

Zusatzbedingungen (ZB) zu den Allg. Versicherungsbedingungen (AVB) – *sanvita* Krankenzusatzversicherung für Nichtraucher.

Ausgabe 1. Januar 2022 (Version 2026)

Inhaltsverzeichnis

Leistungseinschränkung Krankenzusatzversicherung für Nichtraucher

plus Zusatzversicherung ambulante Behandlungen für Nichtraucher

- 1 Deckungsvarianten
- 2 Versicherungsdeckung und Leistungseinschränkung
- 3 Sterilisation
- 4 Zahnbehandlungen
- 5 Transporte und Reisekosten
- 6 Ohrenkorrekturen
- 7 Sehhilfen
- 8 Hilfsmittel
- 9 Gesundheitsförderung
- 10 Ernährungs- und Diabetesberatung
- 11 Haushaltshilfe
- 12 Prävention
- 13 Komplementärmedizin
- 14 Nichtkassenpflichtige Arzneimittel
- 15 Auslandbehandlung
- 16 Ambulante Behandlungen in Spitälern oder Spitalambulatorien
- 17 Medizinische Beratung
- 18 Gesundheitsrechtsschutzversicherung

Spitalzusatzversicherung für Nichtraucher

- 19 Deckungsvarianten
- 20 Versicherungsdeckung und Leistungseinschränkung
- 21 Kürzung bei Aufenthalt in einer anderen als der versicherten Abteilung
- 22 Kostenanteil
- 23 Ausland
- 24 Assistance Dienstleistung bei medizinischen Notfällen im Ausland
- 25 Leistungen bei Mutterschaft
- 26 Second opinion
- 27 Besondere Heilanstalten
- 28 Kuren
- 29 Wirtschaftlichkeit der Behandlung

Leistungseinschränkung Krankenzusatzversicherung für Nichtraucher

- 1 **Krankheiten, bei denen das Rauchen von Tabakwaren nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine wesentliche Ursache oder Teilursache für deren Entstehung darstellt oder die durch das Rauchen wesentlich intensiviert werden, sind aus der *sanvita* nicht gedeckt.** Dies gilt insbesondere (keine abschliessende Aufzählung) für nachstehende Krankheiten: Thrombangiitis obliterans (Bürgerkrankheit), Lungenkrebs, Kehlkopfkrebs, Speiseröhrenkrebs, Zungenkrebs, chronische Bronchitis, periphere arterielle Verschlusskrankheit.
- 2 Der Versicherte ist verpflichtet, auf Verlangen von *innova* und auf deren Kosten diejenigen **Abklärungen auf sich zu nehmen, welche es ermöglichen, einen allfälligen Zusammenhang einer Krankheit mit dem Rauchen von Tabakwaren zu klären.** Verletzt ein Versicherter diese Mitwirkungspflichten, so kann *innova* ihre Leistungen kürzen oder gänzlich verweigern.

plus Zusatzversicherung ambulante Behandlungen für Nichtraucher

1 Deckungsvarianten

Die Zusatzversicherung *plus* umfasst folgende Deckungsvarianten:

- *plus eins*
- *plus zwei*
- *plus drei*

2 Versicherungsdeckung und Leistungseinschränkung

- 1 Die Zusatzversicherung *plus* gewährt Leistungen an die Kosten für ambulante Behandlungen in der Schweiz und bei Notfällen im Ausland gemäss nachfolgenden Bestimmungen.
- 2 Die Leistungen der Zusatzversicherung *plus* werden subsidiär zu Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder weiteren Sozialversicherungen erbracht.
- 3 *innova* führt Listen zu den anerkannten Leistungen und Leistungserbringern gemäss nachfolgenden Ziffern. Diese Listen können laufend angepasst werden. Der versicherten Person steht bei einer Änderung der Listen kein Kündigungsrecht zu. Massgebend sind immer die zum Behandlungszeitpunkt gültigen Listen. Die Listen können auf der Website von *innova* eingesehen oder bei *innova* auszugsweise verlangt werden.
- 4 Die Leistungen der Deckungsvariante *plus drei* werden subsidiär zu den Deckungsvarianten *plus eins* oder *plus zwei* erbracht, sofern die entsprechenden Deckungsvarianten in Kombination abgeschlossen sind.

3 Sterilisation

- 1 Nicht medizinisch indizierte Sterilisation bei Frauen.
 - Deckungsvariante *plus eins*: 1'000 Franken (einmalig)
 - Deckungsvariante *plus zwei*: 1'000 Franken (einmalig)
 - Deckungsvariante *plus drei*: keine Leistungen
- 2 Nicht medizinisch indizierte Unterbindung bei Männern.
 - Deckungsvariante *plus eins*: 500 Franken (einmalig)
 - Deckungsvariante *plus zwei*: 500 Franken (einmalig)
 - Deckungsvariante *plus drei*: keine Leistungen

4 Zahnbehandlungen

- 1 Zahnärztliche Behandlungen (inkl. kieferorthopädische Behandlungen) bis zum zurückgelegten 20. Altersjahr.
 - Deckungsvariante *plus eins*: 75 Prozent der Kosten
 - Deckungsvariante *plus zwei*: 75 Prozent der Kosten
 - Deckungsvariante *plus drei*: keine Leistungen
- 2 *innova* anerkennt den in der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) gültigen Tarif. Die Leistungen werden nur gewährt für Behandlungen in der Schweiz und in den unmittelbar an die Schweiz angrenzenden Ländern. Behandlungskosten infolge eines Unfalls sind nicht versichert.
- 3 Die Kostenübernahme von kieferorthopädischen Behandlungen (gemäss Ziffer 1) erfolgt gestützt auf eine vorgängig erteilte Kostengutsprache.
- 4 Mit Wegfall der Leistungen für zahnärztliche Behandlungen (inkl. Kieferorthopädie) in der Deckungsvariante *plus eins* und *plus zwei* nach zurückgelegtem 20. Altersjahr gemäss Ziffer 1, erhalten Versicherte automatisch und ohne erneute Risikoprüfung die *denta* Zahnpflegeversicherung (Klasse 1) eingeschlossen. Diese Versicherung beginnt am 1. Januar nach Vollendung des 20. Altersjahres. Die Prämie wird vorgängig mit der Police mitgeteilt. Versicherte, welche auf diesen zusätzlichen Versicherungsschutz verzichten wollen, haben das Recht, bis spätestens drei Monate nach Versicherungsbeginn rückwirkend von der *denta* Zahnpflegeversicherung zurückzutreten.

5 Transporte und Reisekosten

- 1 Medizinisch bedingte Kranken-, Unfall-, Verlegungs- und Rücktransporte sowie Bergungs- und Rettungsaktionen (Mannschafts- und Materialeinsatz).
 - Deckungsvariante *plus eins*: 75 Prozent der Kosten

- Deckungsvariante *plus zwei*: 100 Prozent der Kosten
 - Deckungsvariante *plus drei*: 100 Prozent der Kosten
- 2 Voraussetzung für die Ausrichtung der Leistungen ist, dass der Transport durch öffentliche Notfalldienste oder Transportunternehmen mit Bewilligung für gewerbmässige Kranken- und Unfalltransporte ausgeführt wird. Das Transportmittel muss wirtschaftlich und zweckmässig sein.
- 3 Reisekosten bei speziellen ambulanten Serienbehandlungen gemäss Liste, die nur in bestimmten, vom Wohnort weit entfernten (Distanz grösser 50 Kilometer für einen Weg) Behandlungszentren (beispielsweise Universitätsklinik) durchgeführt werden können. Als Bemessungsgrundlage zur Leistungsfestsetzung gelten die Kosten für die Reise 2. Klasse mit öffentlichen Transportmitteln.
- Deckungsvariante *plus eins*: keine Leistungen
 - Deckungsvariante *plus zwei*: keine Leistungen
 - Deckungsvariante *plus drei*: 75 Prozent der Kosten, im Maximum 500 Franken innerhalb von drei Kalenderjahren

6 Ohrenkorrekturen

Korrekturen absteher Ohren.

- Deckungsvariante *plus eins*: 75 Prozent der Kosten, im Maximum 1'500 Franken (einmalig)
- Deckungsvariante *plus zwei*: 75 Prozent der Kosten, im Maximum 1'500 Franken (einmalig)
- Deckungsvariante *plus drei*: keine Leistungen

7 Sehhilfen

Brillen und Kontaktlinsen, die zur Sehkorrektur benötigt werden.

- Deckungsvariante *plus eins*: keine Leistungen
- Deckungsvariante *plus zwei*: Bis zum zurückgelegten 18. Altersjahr 75 Prozent der Kosten, im Maximum 200 Franken pro Kalenderjahr. Ab dem 19. Altersjahr 75 Prozent der Kosten, im Maximum 200 Franken innerhalb von drei Kalenderjahren.
- Deckungsvariante *plus drei*: Bis zum zurückgelegten 18. Altersjahr 75 Prozent der Kosten, im Maximum 200 Franken pro Kalenderjahr. Ab dem 19. Altersjahr 75 Prozent der Kosten, im Maximum 200 Franken innerhalb von drei Kalenderjahren

8 Hilfsmittel

- 1 An die Miet- oder Kaufpreise von Hilfsmitteln gemäss Liste, **an die aus der Grundversicherung keine Leistungen erbracht werden**, bezahlt *innova* bei ärztlicher Verordnung folgende Kosten.

- Deckungsvariante *plus eins*: keine Leistungen.
 - Deckungsvariante *plus zwei*: 75 Prozent der Kosten, im Maximum 300 Franken innerhalb von drei Kalenderjahren.
 - Deckungsvariante *plus drei*: keine Leistungen
- 2 An die Miet- oder Kaufpreise von Hilfsmitteln gemäss Liste, **an die aus der Grundversicherung Leistungen erbracht wurden**, bezahlt *innova* bei ärztlicher Verordnung folgende Kosten.
- Deckungsvariante *plus eins*: keine Leistungen.
 - Deckungsvariante *plus zwei*: keine Leistungen.
 - Deckungsvariante *plus drei*: 75 Prozent der Kosten, im Maximum 3'000 Franken innerhalb von drei Kalenderjahren

9 Gesundheitsförderung

- 1 Gesundheitsfördernde Massnahmen, Besuch von gesundheitsfördernden Kursen oder Kostenübernahme an Jahresbeiträge anerkannter Vereine. Die Leistung für Vereinsbeiträge wird pro Kalenderjahr für einen Vereinsbeitrag übernommen. *innova* führt eine Liste der anerkannten Massnahmen, Beratungen, Kurse und Vereine.
- Deckungsvariante *plus eins*: keine Leistungen
 - Deckungsvariante *plus zwei*: keine Leistungen
 - Deckungsvariante *plus drei*: 75 Prozent der Kosten, im Maximum 300 Franken pro Kalenderjahr. Für Beiträge an Vereine werden 50 Prozent der Kosten, im Maximum 100 Franken pro Kalenderjahr erbracht (unter Berücksichtigung der Gesamtlimitierung pro Kalenderjahr)
- 2 An Halbjahres- oder Jahresabonnemente in Fitnesscentern bezahlt *innova* folgende Kosten.
- Deckungsvariante *plus eins*: keine Leistungen
 - Deckungsvariante *plus zwei*: 75 Prozent der Kosten, im Maximum 250 Franken pro Kalenderjahr
 - Deckungsvariante *plus drei*: keine Leistungen

Die Leistungen werden für vorbeugendes Krafttraining unter qualifizierter Anleitung zur Verhinderung von Rückfällen von Rückenleiden, Knieverletzungen usw. erbracht. *innova* führt eine Liste der anerkannten Fitnesscenter.

10 Ernährungs- oder Diabetesberatung

Ärztlich verordnete und von diplomierten Ernährungs- sowie Diabetesberatern oder einer anerkannten Organisation gemäss Liste durchgeführte Ernährungs- oder Diabetesberatungen.

- Deckungsvariante *plus eins*: 75 Prozent der Kosten.
- Deckungsvariante *plus zwei*: 75 Prozent der Kosten.
- Deckungsvariante *plus drei*: 100 Prozent der Kosten.

11 Haushaltshilfe

- 1 Ärztlich verordnete Haushaltshilfe im Zusammenhang mit akuter Krankheit, akuten Unfallfolgen oder Mutterschaft der versicherten Person durch familienfremdes, ausgebildetes gemäss Liste anerkanntes Haushaltshilfepersonal. *innova* führt eine Liste des anerkannten Haushaltshilfepersonals respektive der anerkannten Organisationen.
 - Deckungsvariante *plus eins*: 50 Prozent der Kosten, im Maximum 2'000 Franken pro Kalenderjahr.
 - Deckungsvariante *plus zwei*: 50 Prozent der Kosten, im Maximum 2'000 Franken pro Kalenderjahr.
 - Deckungsvariante *plus drei*: 50 Prozent der Kosten, im Maximum 2'000 Franken pro Kalenderjahr.
- 2 Ärztlich verordnete Haushaltshilfe im Zusammenhang mit akuter Krankheit, akuten Unfallfolgen oder Mutterschaft der versicherten Person durch im selben Haushalt lebende mündige Personen, sofern diesen durch die geleistete Hilfe ein nachweisbarer Verdienstausschlag entsteht. Die versicherte Person muss vorgängig einen Antrag auf Kostenübernahme stellen.
 - Deckungsvariante *plus eins*: keine Leistungen
 - Deckungsvariante *plus zwei*: 50 Franken pro Tag, im Maximum während 14 Tagen pro Kalenderjahr. Für Leistungen gemäss Ziffer 1 und Ziffer 2 gilt der in Ziffer 1 genannte Maximalbetrag.
 - Deckungsvariante *plus drei*: 50 Franken pro Tag, im Maximum während 14 Tagen pro Kalenderjahr. Für Leistungen gemäss Ziffer 1 und Ziffer 2 gilt der in Ziffer 1 genannte Maximalbetrag.

12 Prävention

Präventions-, Check-up und Impfkosten durch einen eidg. diplomierten Arzt oder eine anerkannte Organisation gemäss Liste.

- Deckungsvariante *plus eins*: 75 Prozent der Kosten, im Maximum 300 Franken pro Kalenderjahr.
- Deckungsvariante *plus zwei*: 75 Prozent der Kosten, im Maximum 500 Franken pro Kalenderjahr.
- Deckungsvariante *plus drei*: 75 Prozent der Kosten, im Maximum 500 Franken pro Kalenderjahr.

13 Komplementärmedizin

- 1 Ambulante Behandlungen und Therapien nach komplementärmedizinischen Heilmethoden durch einen eigenössisch diplomierten und anerkannten Arzt.
 - Deckungsvariante *plus eins*: 75 Prozent der Kosten, im Maximum 1'500 Franken pro Kalenderjahr
 - Deckungsvariante *plus zwei*: 75 Prozent der Kosten, im Maximum siehe Absatz 3
 - Deckungsvariante *plus drei*: keine Leistungen

- 2 Ambulante Behandlungen und Therapien nach komplementärmedizinischen Heilmethoden und verordnete Heilmittel, sofern sie nicht in der Liste pharmazeutischer Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV) aufgeführt sind, durch einen Naturheilarzt oder anerkannte komplementärmedizinische Medizinalperson. Nicht versichert sind Kosten des Naturheilarztes oder der anerkannten komplementärmedizinischen Hilfsperson die keine Verrichtung oder Behandlung am Patienten darstellen. Behandlungen von Familienangehörigen oder eine Selbstbehandlung sind nicht versichert. *innova* führt eine Liste der anerkannten Therapeuten und Therapieformen.
 - Deckungsvariante *plus eins*: 75 Prozent der Kosten, im Maximum 1'500 Franken pro Kalenderjahr
 - Deckungsvariante *plus zwei*: 75 Prozent der Kosten, im Maximum siehe Absatz 3
 - Deckungsvariante *plus drei*: keine Leistungen
- 3 In der Deckungsvariante *plus eins* werden für Komplementärmedizin gemäss Ziffer 1 maximal 1'500 Franken pro Kalenderjahr und gemäss Ziffer 2 maximal 1'500 Franken pro Kalenderjahr bezahlt (die betragsmässige Limitierung gilt je Ziffer). In der Deckungsvariante *plus zwei* werden für Komplementärmedizin gemäss Ziffer 1 und Ziffer 2 insgesamt maximal 3'000 Franken pro Kalenderjahr bezahlt.
- 4 Wenn eine komplementärmedizinische Behandlung nicht mehr medizinisch indiziert ist oder keine therapeutischen Verbesserungen bewirkt, informiert *innova* den Versicherten über die Einschränkung oder das Ende der Kostenübernahme.
- 5 *innova* ist berechtigt, für die gemäss Ziffer 2 erbrachten Leistungen Tarif- und Preislimiten festzusetzen. Diese Tarifbestimmungen orientieren sich an den üblichen Marktpreisen und können der Liste der anerkannten Therapeuten und Therapieformen entnommen werden.

14 Nichtkassenpflichtige Arzneimittel

Ärztlich verordnete Arzneimittel, sofern sie bei swissmedic (Kontrollstelle für Heilmittel) für die in Frage stehende Indikation registriert sind und nicht in der Liste pharmazeutischer Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV) aufgeführt sind (beispielsweise Nahrungsergänzung, Komfort- oder Lifestylepräparate).

- Deckungsvariante *plus eins*: 75 Prozent der Kosten, im Maximum 1'000 Franken pro Kalenderjahr
- Deckungsvariante *plus zwei*: 75 Prozent der Kosten, im Maximum 2'000 Franken pro Kalenderjahr
- Deckungsvariante *plus drei*: 75 Prozent der Kosten, im Maximum 5'000 Franken pro Kalenderjahr

15 Auslandbehandlung

Ambulante ärztliche Behandlung durch diplomierten Arzt, sofern es sich um einen Notfall handelt.

- Deckungsvariante *plus eins*: 90 Prozent der Kosten

- Deckungsvariante *plus zwei*: 90 Prozent der Kosten
- Deckungsvariante *plus drei*: 100 Prozent der Kosten

16 Ambulante Behandlungen in Spitälern oder Spitalambulatorien

- Bei einem ambulanten chirurgischen Eingriff, gemäss Liste, in einem Akutspital oder einem gemäss Artikel 36a Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) anerkannten Ambulatorium, werden folgende Leistungen erbracht:
 - Deckungsvariante *plus eins*: keine Leistungen
 - Deckungsvariante *plus zwei*: keine Leistungen
 - Deckungsvariante *plus drei*: 300 Franken pro ambulante Behandlung
- Die Leistung für ambulante Spitalbehandlungen wird erbracht, wenn der Ein- und Austritt der versicherten Person im Akutspital oder einem anerkannten Ambulatorium am selben Tag erfolgen (keine Übernachtung).
- Pro Kalenderjahr werden die versicherten Leistungen für ambulante Spitalbehandlungen einmal erbracht.
- Für ambulante Spitalbehandlungen werden keine Leistungen erbracht:
 - wenn die ambulanten Behandlungen nicht auf der *innova*-Liste der anerkannten ambulanten Behandlungen aufgeführt sind;
 - bei einem medizinisch indizierten stationären Aufenthalt in einem Akutspital oder Ambulatorium (Aufenthalt mit Übernachtung);
 - bei ambulanten Behandlungen oder Aufenthalten in einer psychiatrischen, geriatrischen oder palliativen Klinik respektive einer psychiatrischen, geriatrischen oder palliativen Abteilung eines Akutspitals oder einer Heilanstalt;
 - bei ambulanten Behandlungen oder Aufenthalten in einer Klinik für chronisch Kranke, einer Entzugsklinik, einem Alters- und/oder Pflegeheim, in einer Rehabilitationsklinik.
- Die Leistung für ambulante Spitalbehandlungen wird als Pauschale (Summenversicherung nach Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag VVG) erbracht. Die versicherte Leistung wird unter der Voraussetzung der Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG) erbracht. Bestehen weitere Zusatzversicherungen bei Dritten, wird die Leistung für ambulante Spitalbehandlungen unabhängig der Leistung dieser weiteren Zusatzversicherungen erbracht.
- Die Versicherten können auf Kosten von *innova* vor einer ambulanten Behandlung die Zweitmeinung (Second opinion) eines weiteren Arztes oder Spezialisten einholen. Die Kosten für die Zweitmeinung werden von *innova* getragen, wenn der bevorstehende Eingriff auf der Liste der anerkannten ambulanten Behandlungen geführt wird.
- Die Versicherung gilt für ambulante Behandlungen auf der ganzen Welt. Im Ausland jedoch nur bei einem notfallmässig ambulant durchgeführten Eingriff in einem

Akutspital oder einem durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (KVG) anerkannten Ambulatorium, sofern auch Leistungen aus einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG) erbracht werden.

17 Medizinische Beratung

Telefonische Beratung zu medizinischen Fragen und Gesundheitsthemen. Die Nutzung kann freiwillig erfolgen. Die Kontaktinformationen sind auf der *innova*-Website ersichtlich.

- Deckungsvariante *plus eins*: nicht eingeschlossen
- Deckungsvariante *plus zwei*: nicht eingeschlossen
- Deckungsvariante *plus drei*: eingeschlossen

18 Gesundheitsrechtsschutzversicherung

- Gesundheitsrechtsschutzversicherung der Coop Rechtsschutz AG.
 - Deckungsvariante *plus eins*: nicht eingeschlossen
 - Deckungsvariante *plus zwei*: nicht eingeschlossen
 - Deckungsvariante *plus drei*: eingeschlossen
- Versicherungsträgerin ist die Coop Rechtsschutz AG, Entfelderstrasse 2, 5000 Aarau. Die *innova* Versicherungen AG (nachfolgend *innova*) hat als Versicherungsnehmerin mit der Coop Rechtsschutz AG als Versicherer einen Kollektivversicherungsvertrag zur Gewährung des Gesundheitsrechtsschutzes abgeschlossen. Die versicherte Person verfügt gegenüber der Coop Rechtsschutz AG über ein direktes Forderungsrecht. *innova* übernimmt keine Haftung für Ansprüche aus dieser Rechtsschutzversicherung.
- Es gelten die in der Police genannten Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gesundheitsrechtsschutzversicherung der Coop Rechtsschutz AG. Diese sind integrierender Bestandteil der vorliegenden Zusatzbedingungen.
- Die Versicherungsdeckung gilt weltweit.
- Der Rechtsschutz wird gewährt für Streitfälle, die während der Versicherungsdauer eintreten. Der Fall gilt zum Zeitpunkt der Rechtsverletzung als eingetreten, in versicherungsrechtlichen Fällen zum Zeitpunkt des versicherten Ereignisses. Mit der Auflösung dieser Versicherung erlischt auch der Anspruch auf Rechtsschutz für nach diesem Zeitpunkt eingetretene Fälle.
- Unter der Voraussetzung der Gewährung einer möglichst gleichwertigen Versicherungsdeckung hat *innova* das Recht die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (gemäss Ziffer 3) oder den Risikoträger der Gesundheitsrechtsschutzversicherung zu ersetzen (Kündigung Kollektivvertrag durch *innova* oder den Risikoträger). *innova* teilt dem Versicherungsnehmer diese Anpassungen mit Bekanntgabe des Versicherungsschutzes bis spätestens 45 Tage vor dem nächsten Prämienverfall schriftlich mit. Versicherungsnehmer, die mit dieser Anpassung nicht einverstanden sind, können die Deckung plus drei auf das Datum der Anpassung schriftlich kündigen. Erhält *innova* innert

30 Tagen seit Ankündigung der Anpassung keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Neuregelung der Versicherung.

- 7 Wird der Risikoträger von *innova* ersetzt, übernimmt die Coop Rechtsschutz AG alle gedeckten Fälle, die vor dem Wechsel eingetreten sind, längstens jedoch bis zum Eintritt der Verjährung.

Spitalzusatzversicherung für Nichtraucher

19 Deckungsvarianten

- 1 Die Spitalzusatzversicherung umfasst vier Deckungsvarianten:
 - 1: Allgemeine Abteilung Akutspital: Mehrbett-Zimmer
 - 2: Halbprivate Abteilung Akutspital: Zweibett-Zimmer
 - 3: Private Abteilung Akutspital: Einbett-Zimmer
 - 4: *switch*: frei wählbare Zimmerklasse bei Eintritt ins Akutspital.
- 2 Kennt ein Akutspital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilungen als die in diesen Zusatzbedingungen genannten, so werden diese versicherungsmässig als private Abteilungen behandelt.

20 Versicherungsdeckung und Leistungseinschränkung

- 1 Bei medizinisch notwendiger stationärer Behandlung in einem Akutspital übernimmt *innova* im Rahmen der versicherten Deckungsvariante sowie in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Mehrleistungskosten für den Aufenthalt (Unterkunft und Verpflegung) und die Behandlung (Spital- und Arztleistung) zeitlich und betragsmässig unbeschränkt. Vorbehalten bleiben die nachstehenden Leistungseinschränkungen.
- 2 Übernommen werden die Aufenthalts- und Behandlungskosten in **Akutspitälern oder Spitalabteilungen von Akutspitälern gemäss Spitalliste**, welche die folgenden **Voraussetzungen** kumulativ erfüllen:
 - a) **das Spital oder die Spitalabteilung ist in den kantonalen Planungs- und Spitalisten gemäss Art. 39 KVG aufgeführt und der zuständige Kanton erbringt effektiv seinen in Art. 39 KVG vorgesehenen Kostenanteil;**
 - b) ***innova* hat mit dem Spital im Zeitpunkt des Eingangs des Kostengutsprachegesuchs für die stationäre Behandlung einen gültigen Tarifvertrag abgeschlossen, nach welchem die Aufenthalts- und Behandlungskosten vom Spital abgerechnet und von *innova* übernommen werden.**

Die Spitalliste kann auf der Webseite von *innova* eingesehen oder bei *innova* auszugsweise verlangt werden. Massgebend ist immer die zum Zeitpunkt des Eingangs des Kostengutsprachegesuchs auf der Website von *innova* publizierte Liste.

- 3 Liegt zwischen *innova* und dem Akutspital kein gültiger Tarifvertrag im Sinne von Absatz 2 lit. b vor, gilt Folgendes:

- ***innova* kann die Aufenthalts- und Behandlungskosten bis zu einer im Voraus festgelegten maximalen Höhe (Maximaltarif) übernehmen. Grundlage für den festgelegten Maximaltarif bilden die von *innova* anerkannten vergleichbaren Tarife für Mehrleistungen mit anderen Akutspitalern. Aufenthalts- und Behandlungskosten, die über dem von *innova* definierten Maximaltarif liegen, werden von *innova* nicht übernommen.** Die Spitäler oder Spitalabteilungen, für die eine maximale Kostenübernahme gilt, sowie der definierte Maximaltarif können einer entsprechenden Liste (Maximaltarifliste) entnommen werden. Bei Anwendung des Maximaltarifs informiert *innova* die Versicherten vor Spitaleintritt über den Umfang der übernommenen Kosten. Der Kostenanteil gemäss Artikel 22 wird vom Maximaltarif in Abzug gebracht;
- **die Übernahme von Aufenthalts- und Behandlungskosten ist ausgeschlossen, wenn die vom Spital abgerechneten Kosten offensichtlich übersetzt sind und bei deren Übernahme gegen die Interessen der Kunden und deren Schutz vor missbräuchlichen Tarifen gemäss Versicherungsaufsichtsgesetz Artikel 38 verstossen würde. *innova* führt eine entsprechende Negativliste, die die Ausschlüsse abschliessend und konkret aufführt.**

Die Maximaltarifliste und die Negativliste können auf der Webseite von *innova* eingesehen oder bei *innova* auszugsweise verlangt werden. Massgebend ist immer die zum Zeitpunkt des Eingangs des Kostengutsprachegesuchs auf der Website von *innova* publizierte Liste.

- 4 Die **Versicherten haben sich vor einem planbaren Spitalaufenthalt zu vergewissern, dass das gewählte Spital oder die gewählte Spitalabteilung, in dem die Behandlung erfolgen soll, nicht auf der Negativliste aufgeführt ist oder ob eine Kostendeckung gemäss Maximaltarifliste gegeben ist.**
- 5 Als Behandlungskosten gelten die Aufwendungen der Behandlung einschliesslich Operation, Untersuchungen, Narkose, Assistent, Operationssaalbenützung, Medikamente, Verbandsmaterial, Wache und Desinfektion.
- 6 Aus der Spitalzusatzversicherung werden nur Arzthonorare (inkl. Narkose- und Assistenzarzt) von Ärzten übernommen, welche gemäss KVG Artikel 44 nicht in den Ausstand getreten sind.

21 Kürzung bei Aufenthalt in einer anderen als der versicherten Abteilung

Für Aufenthalte in einer anderen als der versicherten Abteilung übernimmt *innova* nach Abzug der Grundversicherungsleistungen folgende Kosten:

Versichert für:	Aufenthalt in:	%
Allgemeine Abteilung	Halbprivate Abteilung	60%
Allgemeine Abteilung	Private Abteilung	30%
Halbprivate Abteilung	Private Abteilung	70%

Für Akutspitalaufenthalte in der Schweiz hat der Versicherte die Möglichkeit, den Nachweis zu erbringen, dass die Kosten der versicherten Abteilung höher gewesen wären als die nach der Reduktion ausgerichteten Leistungen. In diesem Fall erbringt *innova* die Leistungen im Rahmen der nachgewiesenen Höhe.

22 Kostenanteil

Bei Aufenthalten in einem Akutspital wird allen Versicherten mit Deckungsvariante 1, 2 oder 3 pro Spitaltag ein Beitrag von 10 Franken an die Verpflegung in Abzug gebracht.

Der Versicherte mit Deckungsvariante 4 hat folgenden Kostenanteil pro Tag während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr und gewähltem Zimmer zu übernehmen:

- Mehrbett-Zimmer 10 Franken
- Zweibett-Zimmer 75 Franken
- Einbett-Zimmer 200 Franken

Bei Akutspitalaufenthalten von Personen bis zum zurückgelegten 18. Altersjahr in einem Mehrbett-Zimmer wird kein Kostenanteil in Abzug gebracht.

23 Ausland

Für einen notfallmässigen Aufenthalt im Ausland werden die Leistungen im Rahmen der gewählten Deckungsvariante übernommen. Bestehen keine analogen Einteilungskriterien, erfolgt die Rückerstattung nach den Ansätzen der Versicherung entsprechenden oder am nächsten kommenden Spitalabteilung. Die Leistung wird erbracht solange eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist.

24 Assistance Dienstleistung bei medizinischen Notfällen im Ausland

Die Assistance Dienstleistung (telefonische Beratung und Organisation von Verlegung sowie Repatriierung bei medizinischen Notfällen im Ausland) ist in allen Spitalzusatzversicherungen eingeschlossen und fakultativ nutzbar. Die Kontaktinformationen sind auf der Versichertenkarte oder der *innova*-Website ersichtlich. Voraussetzung zur Nutzung ist eine abgeschlossene Spitalzusatzversicherung. Aus der Spitalzusatzversicherung werden keine Kosten für Verlegung oder Repatriierung übernommen.

25 Leistungen bei Mutterschaft

Bei Hausgeburten oder bei einem Spitalaustritt von Mutter und Kind innerhalb von drei Nächten (das Kriterium der Nacht ist erfüllt, wenn sich die Mutter um Mitternacht, 0:00 Uhr, im Spital befindet), richtet *innova* die folgende Entschädigung aus:

- Deckungsvariante 1: 450 Franken
- Deckungsvariante 2: 600 Franken
- Deckungsvariante 3: 800 Franken
- Deckungsvariante 4: 600 Franken

26 Second opinion

Die Versicherten können auf Kosten von *innova* vor einer Operation die Zweitmeinung (Second opinion) eines weiteren Arztes oder Spezialisten einholen. Auf dieser Leistung wird keine Kostenbeteiligung erhoben.

27 Besondere Heilanstalten

Ein Akut- oder Übergangsaufenthalt in einer besonderen Heilanstalt (psychiatrische, geriatrische und palliative Kliniken, psychiatrische, geriatrische und palliative Abteilungen von Heilanstalten, Mehrzwecksanatorien und medizinische Rehabilitationsstationen) setzt eine medizinische Notwendigkeit, mit dem Ziel der Rückkehr des Versicherten zu jenem Zustand, in dem sich der Versicherte vor dem Aufenthalt befand, voraus (Aufenthalte in palliativen Kliniken resp. Abteilungen sind vom Ziel der Rückkehr des Versicherten zu jenem Zustand, in dem sich er Versicherte vor dem Aufenthalt befand, ausgenommen. Leistungen werden im Rahmen einer Übergangspflege von 14 Tagen erbracht).

Leistung: 100 Franken pro Tag während maximal 90 Tagen pro Kalenderjahr.

28 Kuren

- 1 Ärztlich verordnete Bade- und Erholungskuren in einer Kur-anstalt gemäss Liste des Verbandes Heilbäder und Kurhäuser Schweiz. Leistung im Rahmen der versicherten Deckungsvariante während längstens 21 Tagen pro Kalenderjahr:
 - Deckungsvariante 1: 20 Franken pro Tag
 - Deckungsvariante 2: 40 Franken pro Tag
 - Deckungsvariante 3: 60 Franken pro Tag
 - Deckungsvariante 4: 20 Franken pro Tag
- 2 Voraussetzung für die Ausrichtung der Badekurleistung ist, dass sich die versicherte Person einer ärztlichen Ein- und Austrittsvisite und bei Badekuren intensiven balneologischen und physiotherapeutischen Massnahmen unterzieht.
- 3 Die ärztliche Kurverordnung ist *innova* 14 Tage vor Kurantritt einzureichen.

29 Wirtschaftlichkeit der Behandlung

- 1 *innova* übernimmt die Kosten für stationäre Behandlungen und Operationen nach stationären Ansätzen nur aufgrund medizinischer Notwendigkeit und nur für jenes Spital oder jene Spitalabteilung, in welche(s) die versicherte Person aus medizinischen Gründen gehört.
- 2 Ausnahmen müssen mit medizinischen oder sozialen Risikofaktoren begründet sein und *innova* vorgängig zur Bewilligung eingereicht werden.
- 3 Für Operationen und Aufenthalte, welche aus medizinischer und sozialer Indikation keine stationäre Infrastruktur erfordern, werden keine Leistungen für stationäre Behandlungen aus dieser Spitalzusatzversicherung ausgerichtet.