

Ergänzende Versicherungsbedingungen EGK-SUN nach Versicherungsvertrags- Gesetz (EVB/VVG)

Ausgabe 1.1.2020



Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Rechtsgrundlagen
Art. 2	Versicherungsmöglichkeiten
Art. 3	Vertragsabschluss
Art. 4	Selbstbehalt
Art. 5	Leistungsumfang
Art. 6	Stationäre Spitalbehandlung
Art. 7	Stationäre Behandlung im Akutspital
Art. 8	Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken
Art. 9	Geburt in einem Geburtshaus
Art. 10	Bade- und Erholungskuren
Art. 11	Krankenpflege zu Hause, Haushalthilfe
Art. 12	Transportkosten
Art. 13	Kieferorthopädie
Art. 14	Hilfsmittel bei Unfall
Art. 15	Ausland
Art. 16	Ambulante und komplementärmedizinische Leistungen
Art. 17	Familienprämienrabatt
Art. 18	Leistungsausschlüsse
Art. 19	Unübliche Honoraransätze / Höchstansätze
Art. 20	Sistierung

Ergänzende Versicherungsbedingungen EGK-SUN nach Versicherungsvertrags-Gesetz (EVB/VVG)

Art. 1 Rechtsgrundlagen

Soweit vorliegende Ergänzende Versicherungsbedingungen (EVB) keine abweichenden Bestimmungen enthalten, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherungen (AVB/VVG) sowie das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag in der jeweils gültigen Version.

Art. 2 Versicherungsmöglichkeiten

Es bestehen folgende Versicherungsstufen:

1. **EGK-SUN-1**
Private Abteilung bei Spitalaufenthalt (1-Bett-Zimmer) sowie ambulante und komplementärmedizinische Leistungen.
2. **EGK-SUN-2**
Halbprivate Abteilung bei Spitalaufenthalt (2-Bett-Zimmer) sowie ambulante und komplementärmedizinische Leistungen.
3. **EGK-SUN-3**
Allgemeine Abteilung bei Spitalaufenthalt sowie ambulante und komplementärmedizinische Leistungen.
4. **EGK-SUN-Flex**
Wahl der Spitalabteilung vor dem Aufenthalt sowie ambulante und komplementärmedizinische Leistungen.
5. **EGK-SUN-5**
Ambulante und komplementärmedizinische Leistungen gemäss Art. 16.

Art. 3 Vertragsabschluss

1. Wer das 60. Altersjahr noch nicht vollendet hat, kann einen Antrag auf Abschluss einer Zusatzversicherung EGK-SUN stellen.
2. Gegen einen Prämienzuschlag kann das Unfallrisiko mitversichert werden.
3. Bei Vertragsabschluss vor der Geburt wird das Kind ohne Vorbehalt in die Versicherungsstufe EGK-SUN-3 aufgenommen.

Ein vorgeburtlicher Vertragsabschluss ist auch für die Versicherungsstufen EGK-SUN-1, EGK-SUN-2 oder EGK-SUN-Flex möglich. Falls im ersten Lebensjahr des Kindes ein Geburtsgebrechen gemäss der Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV) ärztlich festgestellt wird, so fällt dieses automatisch rückwirkend ab Versicherungsbeginn unter einen Vorbehalt. Die unter den Vorbehalt des Geburtsgebrechens fallenden Behandlungen werden entsprechend den Leistungen der Versicherungsstufe EGK-SUN-3 vergütet. Versicherungsleistungen, die bereits vor der Feststellung des Geburtsgebrechens aus diesen Versicherungsstufen bezahlt wurden, werden von der versicherten Person nicht zurückgefordert.

Alle anderen Erkrankungen oder Geburtsgebrechen, die später festgestellt werden, sind entsprechend der gewählten Versicherungsstufe versichert.

Art. 4 Selbstbehalt

1. Sowohl auf die Leistungen bei stationären Spital- und Klinikaufenthalten als auch auf die ambulanten und komplementärmedizinischen Leistungen können unterschiedliche Selbstbehalte vereinbart werden.
2. Selbstbehalt bei stationären Spital- und Klinikaufenthalten:
 - 2.1 In den Versicherungsstufen EGK-SUN-1, EGK-SUN-2 und EGK-SUN-3 kann ein Selbstbehalt pro Kalenderjahr vereinbart werden. Je nach gewählter Selbstbehaltstufe reduziert sich die Prämie entsprechend.
 - 2.2 In der Versicherungsstufe EGK-SUN-Flex gilt bei stationären Spital- oder Klinikaufenthalten je nach Wahl der Spitalabteilung der bei Vertragsabschluss definierte Selbstbehalt pro Kalenderjahr.
 - 2.3 Dieser Selbstbehalt wird an den Kosten für stationäre Spital- und Klinikaufenthalte sowie die für diese Zeit in Rechnung gestellten Behandlungskosten angerechnet.
 - 2.4 Bei Spitalaufenthalt über den Jahreswechsel ist der Selbstbehalt nur einmal geschuldet. Er wird jenem Kalenderjahr angerechnet, welches dem Eintrittsdatum entspricht.
3. Selbstbehalt auf ambulante und komplementärmedizinische Leistungen:
 - 3.1 Auf die ambulanten und komplementärmedizinischen Leistungen wird ein Selbstbehalt pro Kalenderjahr vereinbart.
 - 3.2 Dieser Selbstbehalt wird an alle Kosten für ambulante und komplementärmedizinische Leistungen gemäss Art. 16 angerechnet.
 - 3.3 Dieser Selbstbehalt ist Bestandteil des Prämientarifs und kann im Rahmen einer Tarifänderung von der EGK an die in der Krankenversicherung massgebliche Teuerung angepasst werden. Die Änderung der Selbstbehaltansätze ist einer Prämienänderung gleichgestellt.
4. Die Erhöhung des Selbstbehaltes durch die versicherte Person ist mit einmonatiger Voranzeige auf den Beginn eines Kalenderjahres möglich.
5. Die Reduktion des Selbstbehaltes ist bis zum vollendeten 60. Altersjahr auf den Anfang eines Kalenderjahres möglich. Sie untersteht den Bedingungen über den Neuabschluss oder den Wechsel in eine höhere Versicherungsstufe und beruht auf einer Neubeurteilung des Gesundheitszustandes durch die EGK.

Ergänzende Versicherungsbedingungen EGK-SUN nach Versicherungsvertrags-Gesetz (EVB/VVG)

Art. 5 Leistungsumfang

In Ergänzung zu den Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden bei stationärem Aufenthalt in Spitälern und Kliniken folgende Leistungen vergütet:

1. EGK-SUN-1

Die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Behandlungs- und Aufenthaltskosten der privaten Abteilung bei stationärem Aufenthalt in allen kantonal anerkannten Akutspitälern, Rehabilitations- und psychiatrischen Kliniken.

Bei einem Aufenthalt in psychiatrischen Kliniken bestehen Leistungseinschränkungen gemäss Art. 8.

Zusätzlich gedeckt sind die Kosten für Aufenthalt und Behandlung in der privaten Abteilung von Spitälern mit komplementärmedizinischer Ausrichtung. Da sich Angebot und Nachfrage im komplementärmedizinischen Bereich ändern können, führt die EGK eine Liste dieser Spitäler («01 – Liste der anerkannten Spitäler mit komplementärmedizinischer Ausrichtung»).

Massgebend ist die bei Spitaleintritt gültige Liste von Spitälern mit komplementärmedizinischer Ausrichtung. Änderungen dieser Liste sind jederzeit möglich und bleiben ausdrücklich vorbehalten. Die aktuelle Liste kann bei der EGK angefordert oder auf der Homepage eingesehen werden.

2. EGK-SUN-2

Die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Behandlungs- und Aufenthaltskosten der halbprivaten Abteilung bei stationärem Aufenthalt in allen kantonal anerkannten Akutspitälern, Rehabilitations- und psychiatrischen Kliniken.

Bei einem Aufenthalt in psychiatrischen Kliniken bestehen Leistungseinschränkungen gemäss Art. 8.

Zusätzlich gedeckt sind die Kosten für Aufenthalt und Behandlung in der halbprivaten Abteilung von Spitälern mit komplementärmedizinischer Ausrichtung. Da sich Angebot und Nachfrage im komplementärmedizinischen Bereich ändern können, führt die EGK eine Liste dieser Spitäler («01 – Liste der anerkannten Spitäler mit komplementärmedizinischer Ausrichtung»).

Massgebend ist die bei Spitaleintritt gültige Liste von Spitälern mit komplementärmedizinischer Ausrichtung. Änderungen dieser Liste sind jederzeit möglich und bleiben ausdrücklich vorbehalten. Die aktuelle Liste kann bei der EGK angefordert oder auf der Homepage eingesehen werden.

3. EGK-SUN-3

Die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Behandlungs- und Aufenthaltskosten der allgemeinen Abteilung bei stationärem Aufenthalt in allen kantonal anerkannten Akutspitälern, Rehabilitations- und psychiatrischen Kliniken, die auf einer kantonalen Spitalliste mit entsprechendem Leistungsauftrag aufgeführt sind. Sind nur einzelne Abteilungen aufgelistet oder besteht ein eingeschränkter Leistungsauftrag, so gilt die Versicherungsdeckung ausschliesslich dafür.

Bei einem Aufenthalt in psychiatrischen Kliniken bestehen Leistungseinschränkungen gemäss Art. 8.

Zusätzlich gedeckt sind die Kosten für Aufenthalt und Behandlung in der allgemeinen Abteilung von Spitälern mit komplementärmedizinischer Ausrichtung. Da sich Angebot und Nachfrage im komplementärmedizinischen Bereich ändern können, führt die EGK eine Liste dieser Spitäler («01 – Liste der anerkannten Spitäler mit komplementärmedizinischer Ausrichtung»).

Massgebend ist die bei Spitaleintritt gültige Liste von Spitälern mit komplementärmedizinischer Ausrichtung. Änderungen dieser Liste sind jederzeit möglich und bleiben ausdrücklich vorbehalten. Die aktuelle Liste kann bei der EGK angefordert oder auf der Homepage eingesehen werden.

4. EGK-SUN-Flex

Die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Behandlungs- und Aufenthaltskosten in der von der versicherten Person gewählten Spitalabteilung bei stationärem Aufenthalt in allen kantonal anerkannten Akutspitälern, Rehabilitations- und psychiatrischen Kliniken.

Bei einem Aufenthalt in psychiatrischen Kliniken bestehen Leistungseinschränkungen gemäss Art. 8.

Zusätzlich gedeckt sind die Kosten für Aufenthalt und Behandlung in der gewählten Abteilung von Spitälern mit komplementärmedizinischer Ausrichtung. Da sich Angebot und Nachfrage im komplementärmedizinischen Bereich ändern können, führt die EGK eine Liste dieser Spitäler («01 – Liste der anerkannten Spitäler mit komplementärmedizinischer Ausrichtung»).

Massgebend ist die bei Spitaleintritt gültige Liste von Spitälern mit komplementärmedizinischer Ausrichtung. Änderungen dieser Liste sind jederzeit möglich und bleiben ausdrücklich vorbehalten. Die aktuelle Liste kann bei der EGK angefordert oder auf der Homepage eingesehen werden.

5. EGK-SUN-5

Aus dieser Versicherungsstufe werden ausschliesslich die Kosten für ambulante und komplementärmedizinische Leistungen gemäss Art. 16 bezahlt.

Ergänzende Versicherungsbedingungen EGK-SUN nach Versicherungsvertrags-Gesetz (EVB/VVG)

Art. 6 Stationäre Spitalbehandlung

Als stationäre Spitalbehandlung gilt die akute medizinische Behandlung in einem Spital oder einer Klinik, wenn:

- diese nach allgemeiner ärztlicher Beurteilung einen stationären Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert.
- diese weniger als 24 Stunden dauert, aber über Mitternacht ein Pflegestationsbett belegt wird. Dem Pflegestationsbett gleichgestellt sind Betten auf der Intensivstation, auf der Station der Intermediate Care und das Wöchnerinnenbett. Die Behandlung von Patienten, welche ausschliesslich die Notfallstation, das Schlaflabor oder das Geburtszimmer beanspruchen (sowohl während des Tages als auch nachts) gelten als ambulant.

Art. 7 Stationäre Behandlung im Akutspital

1. Die EGK-SUN übernimmt die Kosten für medizinische Eingriffe und Untersuchungen, Behandlungen durch Ärzte und medizinisch-therapeutisches Hilfspersonal, Laboranalysen und Arzneimittel sowie für Unterkunft und Verpflegung soweit diese Kosten nicht zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehen.
2. Die Kostenübernahme richtet sich nach der abgeschlossenen Versicherungsdeckung. Bei Aufenthalt in einer teureren Abteilung werden die entsprechenden Mehrkosten nicht übernommen.
3. Im Zusammenhang mit der Geburt werden die Kosten für den gesunden Säugling aus der Versicherung der Mutter bezahlt, solange sich Mutter und Kind zusammen im Spital aufhalten.

Art. 8 Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken

Für stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken oder psychiatrischen Abteilungen in Spitälern werden die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Behandlungs- und Aufenthaltskosten während längstens 90 Tagen pro Kalenderjahr in der versicherten Spitalabteilung übernommen.

Beträgt die Aufenthaltsdauer mehr als 90 Tage, werden für weitere 90 Tage folgende Ansätze vergütet:

EGK-SUN-3	CHF	30.-/Tag
EGK-SUN-2	CHF	50.-/Tag
EGK-SUN-1	CHF	100.-/Tag
EGK-SUN-Flex	CHF	50.-/Tag

Ab dem 181. Tag werden keine Leistungen mehr übernommen.

Art. 9 Geburt in einem Geburtshaus

In Ergänzung zu den Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfolgt eine Kostenübernahme im Rahmen der von der EGK im Voraus garantierten Behandlungs- und Aufenthaltskosten.

Art. 10 Bade- und Erholungskuren

Mindestens 2 Arbeitstage vor Kurantritt muss eine Verordnung von einem in der Schweiz zugelassenen Arzt oder Spital eingereicht werden. Folgende Bedingungen müssen erfüllt sein, damit eine stationäre Bade- oder Erholungskur vergütet wird:

- die versicherte Person leidet an einer akuten, somatischen Erkrankung, welche einen stationären Spitalaufenthalt erforderte und die Kur wird innert 7 Tagen nach Spitalaustritt angetreten
- oder
- die versicherte Person leidet an einer chronischen, somatischen Erkrankung und ist seit mehr als 3 Monaten in regelmässiger ambulanter, ärztlicher Behandlung.

Falls der Kurantritt aus objektiven und nachweisbaren Gründen, die nicht im Einflussbereich der versicherten Person liegen, nicht innert 7 Tagen erfolgen kann, wird dieser vom Versicherer nach vorgängiger Rücksprache mit den Leistungserbringern und der versicherten Person festgelegt.

Anspruch besteht bei Behandlung in nach Art. 40 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung anerkannten Heilbädern sowie bei Erholungskuren in anerkannten Kurhäusern der Schweiz. Entsprechende Informationen befinden sich auf der Homepage der EGK.

Bei Badekuren wird der Kurbeitrag nur bezahlt, wenn während der Kur ärztlich verordnete therapeutische Behandlungen durch paramedizinisches Personal erfolgen.

Die EGK vergütet für insgesamt höchstens 21 Tage pro Kalenderjahr folgende Beträge:

EGK-SUN-3	maximal CHF	30.-/Tag
EGK-SUN-2	maximal CHF	50.-/Tag
EGK-SUN-1	maximal CHF	100.-/Tag
EGK-SUN-Flex	maximal CHF	50.-/Tag

Ergänzende Versicherungsbedingungen EGK-SUN nach Versicherungsvertrags-Gesetz (EVB/VVG)

Art. 11 Krankenpflege zu Hause, Haushalthilfe

1. Ist die vorübergehende Behandlung durch eine anerkannte Hauspflegeorganisation oder Pflegefachperson aufgrund einer vorgängigen Verordnung von einem in der Schweiz zugelassenen Arzt oder Spital medizinisch indiziert und eine Arbeitsunfähigkeit nachgewiesen, so werden für die Krankenpflege zu Hause, eingeschlossen Haushalthilfen, für maximal 21 Tage pro Kalenderjahr folgende Beträge vergütet:

EGK-SUN-3	maximal CHF	30.-/Tag
EGK-SUN-2	maximal CHF	50.-/Tag
EGK-SUN-1	maximal CHF	100.-/Tag
EGK-SUN-Flex	maximal CHF	50.-/Tag

Im Zweifelsfalle gibt die EGK auf Anfrage Auskunft über die Anerkennung von Hauspflegeorganisationen oder Pflegefachpersonen.

Bei Pflege durch Angehörige werden die Leistungen nur erbracht, wenn der Angehörige nachweislich in seiner beruflichen Tätigkeit einen Lohn- oder Erwerbsausfall erleidet.

2. Auf vorgängiges Gesuch durch einen in der Schweiz zugelassenen Arzt oder ein Spital werden für maximal 21 Tage pro Kalenderjahr folgende Beiträge für die Kinderbetreuung während eines Spitalaufenthaltes der haushaltführenden Person vergütet:

EGK-SUN-3	maximal CHF	30.-/Tag
EGK-SUN-2	maximal CHF	50.-/Tag
EGK-SUN-1	maximal CHF	100.-/Tag
EGK-SUN-Flex	maximal CHF	50.-/Tag

Der Leistungsanspruch besteht ausschliesslich aus der Versicherung der hospitalisierten Person.

Bei Pflege durch Angehörige werden die Leistungen nur erbracht, wenn der Angehörige nachweislich in seiner beruflichen Tätigkeit einen Lohn- oder Erwerbsausfall erleidet.

3. Nach einer ambulant erfolgten Geburt werden für maximal 10 Tage folgende Beträge für eine Haushalthilfe vergütet:

EGK-SUN-3	maximal CHF	60.-/Tag
EGK-SUN-2	maximal CHF	70.-/Tag
EGK-SUN-1	maximal CHF	100.-/Tag
EGK-SUN-Flex	maximal CHF	70.-/Tag

Art. 12 Transportkosten

Die Kosten für Nottransporte in der Schweiz und im Ausland durch anerkannte Transport- und Rettungsdienste ins nächstgelegene, geeignete Spital werden bis maximal CHF 100 000.– pro Kalenderjahr übernommen.

Im Zweifelsfalle gibt die EGK auf Anfrage Auskunft über die Anerkennung von Transport- und Rettungsdiensten.

Krankentransporte in psychiatrische Kliniken sowie Such- und Bergungskosten werden nicht übernommen.

Ausgenommen von diesem Leistungsausschluss sind Personen, die bereits vor dem 1. Januar 1997 im Rahmen der EGK-SUN versichert waren.

Art. 13 Kieferorthopädie

Eine Übernahme der Kosten für kieferorthopädische oder kieferchirurgische Behandlungen erfolgt bei Kindern bis zum vollendeten 18. Altersjahr zu 80 % bis maximal CHF 10 000.– pro Kalenderjahr.

Ein Anspruch auf Übernahme der Kosten für kieferorthopädische oder kieferchirurgische Behandlungen besteht nach einer Karenzfrist von 3 Jahren ab Versicherungsbeginn.

Art. 14 Hilfsmittel bei Unfall

Übernommen werden auch die Kosten für den erstmaligen Kauf von Prothesen, Brillen, Kontaktlinsen, Hörapparaten und orthopädischen Hilfsmitteln, wenn diese in direktem Zusammenhang mit einem versicherten Unfall entstanden sind.

Zudem bezahlt der Versicherer die aus Mieten entstehenden Kosten von Krankenmobilen während 6 Monaten ab Unfalldatum bis maximal CHF 500.–. Wurden obgenannte Hilfsmittel bei einem versicherten Unfall, der eine ärztliche Behandlung bedingte, beschädigt oder zerstört, so werden die Reparatur- oder gar die Ersatzkosten bezahlt.

Art. 15 Ausland

1. Notfallbehandlungen
- 1.1 Begibt sich die versicherte Person vorübergehend ins Ausland und besteht weiterhin eine Versicherungspflicht nach Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), so gelten für Notfälle während 12 Monaten ab Abreise in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Leistungen gemäss Ziffer 1.3 – 1.5.
- 1.2 Für die Versicherungsstufe EGK-SUN-1 gilt die in Ziffer 1.1 statuierte Beschränkung auf 12 Monate ab Abreisedatum nicht.

Ergänzende Versicherungsbedingungen EGK-SUN nach Versicherungsvertrags-Gesetz (EVB/VVG)

- 1.3** Versichert sind die notfallmässigen und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten, ambulanten Behandlungskosten sowie bei stationärem Aufenthalt in einem Akutspital die ungedeckten Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten.
- 1.4** Ein Notfall liegt vor, wenn die versicherte Person bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedarf und die Rückreise in die Schweiz medizinisch weder möglich noch angemessen ist. Kein Notfall besteht, wenn sich die versicherte Person zum Zweck der Behandlung ins Ausland begibt.
- 1.5** Bei stationärem Spitalaufenthalt im Ausland oder Repatriierung ist umgehend die EGK-Assistance zu informieren, welche eine Kostengutsprache erteilt und den Aufenthalt sowie die Rückführung in die Schweiz koordiniert und organisiert. Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der EGK-Assistance. Wenn die EGK-Assistance nicht informiert wird, werden keine Kosten übernommen.

2. Stationäre Wahlbehandlungen

- 2.1** Für geplante, im Ausland durchgeführte stationäre Behandlungen ist in den Versicherungsstufen EGK-SUN-1, EGK-SUN-2 und EGK-SUN-Flex ein Kostenbeitrag durch die EGK möglich. Dazu ist ihr vorgängig ein Gesuch mit Kostenvorschlag einzureichen.
- 2.2** Die Höhe des Kostenbeitrags wird durch die EGK festgelegt. Er entspricht maximal den Kosten, wie sie bei Behandlung in der Schweiz aus der Zusatzversicherung geleistet würden.
- 2.3** Ausgeschlossen ist die Übernahme des Kantonsanteils aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Art. 16 Ambulante und komplementärmedizinische Leistungen

- 1.** Die Kostenübernahme von kassenpflichtigen Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss den Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes geht den nachfolgenden Leistungen vor. Ein diesbezügliches Wahlrecht besteht nicht.

1.1 Komplementärmedizinische Behandlungen

Eine Kostenübernahme erfolgt zu 80 %, sofern die Behandlung durch einen von der EGK anerkannten und registrierten Naturheilpraktiker, einen Arzt mit Zahlstellenregisternummer oder einen durch die EGK anerkannten Arzt mit kantonaler Berufsausübungsbewilligung durchgeführt wird.

Die Therapeutenstelle (Tel. 032 623 64 80) gibt aktuelle Auskunft über die von der EGK anerkannten Leistungserbringer.

1.2 Natürliche Heilmittel

Natürliche Heilmittel wie phytotherapeutische, homöopathische und anthroposophische Präparate werden zu 80 % übernommen, sofern sie von Leistungserbringern gemäss Art. 16 Ziffer 1.1 vorgängig zum Bezug verordnet wurden.

1.3 Nicht kassenpflichtige Arzneimittel

Eine Kostenübernahme erfolgt zu 80 % bis maximal CHF 2000.– pro Kalenderjahr von verordneten Arzneimitteln, die nicht zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG gehen, sofern sie bei Swissmedic (Schweizerisches Heilmittelinstitut) für die infrage stehende Indikation zugelassen, jedoch nicht in der Spezialitätenliste (SL) aufgeführt sind. Voraussetzung ist eine vorgängig zum Bezug ausgestellte Verordnung durch in der Schweiz zugelassene Ärzte oder Spitäler.

Für Produkte, die in der Liste der pharmazeutischen Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV) oder auf der von der EGK geführten Liste («02 – Liste der Arzneimittel und Präparate ohne Kostenübernahme») aufgeführt sind, besteht kein Anspruch auf Vergütung.

Massgebend sind die bei Bezug gültigen Listen. Änderungen dieser Listen sind jederzeit möglich und bleiben ausdrücklich vorbehalten. Die aktuellen Listen können bei der EGK angefordert oder auf der Homepage eingesehen werden.

1.4 Akupunktur

Eine Kostenübernahme für Akupunktur erfolgt zu 80 %.

1.5 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

In Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden zwei gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen innerhalb von drei Kalenderjahren übernommen.

1.6 Mammographie

Ab dem 50. Altersjahr wird alle zwei Jahre eine Mammographie nach KVG-Tarif übernommen, sofern diese nicht zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geht.

1.7 Kontrolluntersuchungen bei Mutterschaft

In Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden in der normalen Schwangerschaft ärztliche Kontrolluntersuchungen inklusive Ultraschallkontrollen nach KVG-Tarif übernommen.

1.8 Geburtsvorbereitung/Rückbildungsturnen

Eine Kostenübernahme für Geburtsvorbereitung/Rückbildungsturnen erfolgt zu 50 %.

1.9 Wöchnerinnen-Paket

Es erfolgt eine Kostenübernahme für medizinische Utensilien bei ambulanten Geburten.

Ergänzende Versicherungsbedingungen EGK-SUN nach Versicherungsvertrags-Gesetz (EVB/VVG)

1.10 Pikettdienst der Hebamme

Eine Kostenübernahme für den Pikettdienst der Hebamme bei einer Hausgeburt erfolgt bis maximal CHF 400.–.

1.11 Geburtswanne

Eine Kostenübernahme für eine Geburtswanne bei einer Hausgeburt erfolgt bis maximal CHF 300.–.

1.12 Stillberatung

In Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden Stillberatungen zu 50 % vergütet.

1.13 Ärztliche Vorsorgeuntersuchung (Check-up)

Kostenübernahme einer ärztlichen Vorsorgeuntersuchung bis zum Betrag von maximal CHF 200.– pro Kalenderjahr.

1.14 Nichtärztliche Psychotherapie

Übernommen werden die Kosten für eine nichtärztliche Psychotherapie bei selbstständigen Psychotherapeuten, welche sich im Verzeichnis der nichtärztlichen Psychotherapeuten für Krankenversicherer befinden zu 80 % bis maximal CHF 1080.– pro Kalenderjahr.

Nicht übernommen werden die Kosten für Therapien, die zum Zweck der Selbsterfahrung, der Selbstverwirklichung, der Persönlichkeitsreifung oder zu anderen, nicht auf die Behandlung einer Krankheit gerichteten Zwecken, durchgeführt werden.

2. Vom Versicherer anerkannte Therapien

Versichert sind ambulante, komplementärmedizinische Therapien zu 80 % bis maximal CHF 2600.– pro Kalenderjahr.

Die Therapie muss von der EGK anerkannt sein und durch einen, im Zeitpunkt der Behandlung, von der EGK anerkannten Therapeuten durchgeführt werden.

Da sich Angebot und Nachfrage im komplementärmedizinischen Bereich ändern können, führt die EGK eine Liste mit den anerkannten ambulanten komplementärmedizinischen Therapieformen («03 – Liste der anerkannten ambulanten komplementärmedizinischen Therapien»).

Massgebend ist die zum Behandlungszeitpunkt gültige Liste. Änderungen dieser Liste sind jederzeit möglich und bleiben ausdrücklich vorbehalten. Die aktuelle Liste kann bei der EGK angefordert oder auf der Homepage eingesehen werden.

Für Versicherte, die bereits vor dem 1.1.2020 in einer der Versicherungsstufen EGK-SUN-1, EGK-SUN-2, EGK-SUN-3, EGK-SUN-Flex, EGK-SUN-5 oder EGK-SUN-9 versichert waren, besteht eine Besitzstandgarantie für die Therapiemethoden gemäss Art. 16 Ziffer 2 der Ergänzenden Versicherungsbedingungen EGK-SUN, Ausgabe 1.1.2018.

3. Diverse Leistungen

Die Kostenübernahme von kassenpflichtigen Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss den Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes geht den nachfolgenden Leistungen vor. Ein diesbezügliches Wahlrecht besteht nicht.

3.1 Sehhilfen

Vergütet werden folgende Beiträge für Brillen, Kontaktlinsen und Laserbehandlungen, die zur Sehschärfenkorrektur notwendig sind:

- Erwachsene, maximal CHF 200.– alle drei Kalenderjahre,
- Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr, maximal CHF 200.– alle zwei Kalenderjahre.
- Der Kostenbeitrag an eine Laserbehandlung erfolgt erst ab dem vollendeten 18. Altersjahr.

3.2 Prothetische Ersatz- und Hilfsmittel

Eine Kostenübernahme von 50 % bis maximal CHF 500.– pro Kalenderjahr erfolgt für prothetische Ersatz- und Hilfsmittel wie künstliche Glieder, Stützkorsett, Bruchbänder, Schuheinlagen, Ektoprothesen sowie Gehhilfen.

3.3 Umweltverträglichkeitsprüfung

Eine Kostenübernahme für eine Umweltverträglichkeitsprüfung in den Wohnräumen der versicherten Person erfolgt bis maximal CHF 200.– pro Kalenderjahr.

3.4 Gesundheits- und Ernährungsberatung

Eine Kostenübernahme für Gesundheits- und Ernährungsberatungen erfolgt bis maximal CHF 200.– pro Kalenderjahr.

3.5 Kuren

Eine Kostenübernahme für therapeutische Massnahmen der erweiterten Medizin erfolgt bis maximal CHF 500.– pro Kalenderjahr bei Kuren nach ärztlicher Kurverordnung, sofern die therapeutischen Massnahmen tatsächlich vorgängig verordnet wurden.

3.6 Haarmineralanalyse

Eine Kostenübernahme für Haarmineralanalysen erfolgt bis maximal CHF 100.– pro Kalenderjahr.

4. Medizinisch orientierte Anwendungen und Aktivitäten zur Erhaltung der Gesundheit

Für alle in den Ziffern 4.1 – 4.11 aufgeführten Therapien, Kurse und Untersuchungen erfolgt insgesamt eine Kostenübernahme bis maximal CHF 500.– pro Kalenderjahr. Des Weiteren haben die Therapien, Kurse und Untersuchungen unter Leitung von jeweils dafür qualifizierten und geschulten Personen zu erfolgen.

Ergänzende Versicherungsbedingungen EGK-SUN nach Versicherungsvertrags-Gesetz (EVB/VVG)

4.1 Therapien

Eine Kostenübernahme für von der EGK anerkannte Therapien gemäss Art. 16 Ziffer 2 bei einem nicht anerkannten Therapeuten sowie für von der EGK nicht ausdrücklich anerkannte Therapien erfolgt zu 80 % bis maximal CHF 480.– pro Kalenderjahr.

Da sich Angebot und Nachfrage im komplementärmedizinischen Bereich ändern können, führt die EGK eine Liste mit nicht ausdrücklich anerkannten Therapieformen («04 – Liste der nicht ausdrücklich anerkannten ambulanten komplementärmedizinischen Therapien»).

Massgebend ist die zum Behandlungszeitpunkt gültige Liste. Änderungen dieser Liste sind jederzeit möglich und bleiben ausdrücklich vorbehalten. Die aktuelle Liste kann bei der EGK angefordert oder auf der Homepage eingesehen werden.

4.2 Kurse

Eine Kostenübernahme für Kurse mit gesundheitsförderndem, präventivem Charakter erfolgt bis maximal CHF 100.– pro Kalenderjahr (nicht pro Kurs).

Da sich Angebot und Nachfrage ändern können, führt die EGK eine Liste der Kurse mit gesundheitsförderndem präventivem Charakter («05 – Liste der Kurse»).

Massgebend ist die zum Kursbeginn gültige Liste. Änderungen dieser Liste sind jederzeit möglich und bleiben ausdrücklich vorbehalten. Die aktuelle Liste kann bei der EGK angefordert oder auf der Homepage eingesehen werden.

4.3 Fitness-Studio und Pilates

Eine Kostenübernahme für systematisches Ganzkörpertraining zur Kräftigung der Muskulatur im Fitness-Studio oder für Pilatetraining im Fitness-Studio erfolgt bis maximal CHF 360.– pro Kalenderjahr.

4.4 Heilmittel ohne Arztverordnung

Eine Kostenübernahme für Arzneimittel sowie homöopathische, anthroposophische und phytotherapeutische Naturheilmittel ohne ärztliche Verordnung erfolgt bis maximal CHF 100.– pro Kalenderjahr.

Für Produkte, die in der Liste der pharmazeutischen Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV) oder auf der von der EGK geführten Liste («02 – Liste der Arzneimittel und Präparate ohne Kostenübernahme») aufgeführt sind, besteht kein Anspruch auf Vergütung.

Massgebend sind die bei Bezug der Arzneimittel bzw. der Naturheilmittel gültigen Listen. Änderungen dieser Listen sind jederzeit möglich und bleiben ausdrücklich vorbehalten. Die aktuellen Listen können bei der EGK angefordert oder auf der Homepage eingesehen werden.

4.5 Komplementärmedizinische Laboruntersuchungen

Eine Kostenübernahme für komplementärmedizinische Laboruntersuchungen erfolgt bis maximal CHF 500.– pro Kalenderjahr.

4.6 Impfungen

Eine Kostenübernahme für nicht kassenpflichtige Impfungen erfolgt bis maximal CHF 200.– pro Kalenderjahr.

4.7 Elektroakupunkturtest nach Voll

Eine Kostenübernahme für Elektroakupunkturtests nach Voll erfolgt zu 50 % bis maximal CHF 500.– pro Kalenderjahr.

4.8 Störfeldbezogene Neuraltherapie

Eine Kostenübernahme für störfeldbezogene Neuraltherapie erfolgt bis maximal CHF 500.– pro Kalenderjahr.

4.9 Kneipp-Therapien

Eine Kostenübernahme für Kneipp-Therapien erfolgt bis maximal CHF 500.– pro Kalenderjahr.

4.10 Bachblütenmischungen

Eine Kostenübernahme für Bachblütenmischungen erfolgt bis maximal CHF 50.– pro Kalenderjahr.

4.11 Darmbad

Eine Kostenübernahme für Darmbäder erfolgt bis maximal CHF 400.– pro Kalenderjahr.

5. Ergänzende Bestimmungen

Massgebend für die Berechnung von Selbstbehalten und Limiten ist das Datum der Behandlung respektive das Kauf-, Liefer- oder Bezugsdatum. Im Zweifelsfalle gilt das frühere Datum.

Art. 17 Familienprämienrabatt

1. Allen Versicherten, die gemeinsam im selben Haushalt leben und im gleichen Vertrag wie der Prämienzahler versichert sind (Familienpolice mit gemeinschaftlichem Dokumentenversand), wird ein Familienprämienrabatt von 10 % gewährt.
2. Voraussetzung ist, dass mindestens ein Elternteil zusammen mit einem Kind versichert ist.
3. Der Familienprämienrabatt endet am Ende des Kalenderjahres, in dem das jüngste Kind das 25. Altersjahr vollendet hat.
4. Für die Versicherungsstufe EGK-SUN-5 wird kein Familienprämienrabatt gewährt.

Ergänzende Versicherungsbedingungen EGK-SUN nach Versicherungsvertrags-Gesetz (EVB/VVG)

Art. 18 Leistungsausschlüsse

1. Ausgeschlossen sind Leistungen bei Aufenthalt in Alters- und Pflegeheimen, in Spitälern und Kliniken, stationären Abteilungen oder ähnlichen Einrichtungen für chronisch kranke Personen sowie für Pflege- und Geriatriepatienten, die nicht mehr akut behandlungs- und rehabilitationsbedürftig sind.
2. Nehmen ein oder mehrere Aufenthalte im Akutspital die Eigenschaften einer Chroniker-Behandlung an (in der Regel nach 90 Tagen ununterbrochenem Spitalaufenthalt), so werden nach Ablauf der 90 Tage keine weiteren Leistungen aus dieser Versicherung übernommen.
3. Ausgeschlossen sind Leistungen für Entwöhnungskuren.
4. Bei Organtransplantationen und stationären Hämodialysen werden nach vorgängiger Kostengutsprache aus dieser Versicherung nur die Mehrkosten der Hotellerie-Leistungen für ein Einbettzimmer übernommen, sofern eine entsprechende Versicherungsdeckung besteht und eine Kostengutsprache der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vorliegt.
5. Nicht versichert sind die Kosten für Eingriffe, die ohne medizinische Indikation respektive ohne ausgewiesene Spitalbedürftigkeit stationär statt ambulant durchgeführt werden. Massgebend für die Beurteilung der ambulanten Durchführung sind die Listen des EDI (Eidgenössisches Departement des Innern) oder die relevanten kantonalen Listen.

Art. 19 Unübliche Honoraransätze / Höchstansätze

1. Werden stationäre Aufenthalte oder ambulante Operationen zu übersetzten oder ortsunüblichen Tarifen berechnet, so kann der Versicherer vom Rechnungssteller eine entsprechende Reduktion verlangen. Die versicherte Person reicht dem Versicherer dazu die Rechnungen ein und erteilt ihm auf Verlangen die nötige Stellvertretungs- und Prozessvollmacht. Der Versicherer vergütet dann die Leistungen nach den in solchen Fällen angemessenen Ansätzen.
2. Der Versicherer kann zur Deckung der Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Krankenpflege Höchstansätze festlegen, die die Kosten in der betreffenden Spitalabteilung im Allgemeinen decken aber verhindern, dass die Versicherung durch Beanspruchung ausgesprochener Luxuszimmer oder Luxuskliniken ausgenützt wird. Allfällige Höchstansätze sind auf der Homepage der EGK einsehbar.

Art. 20 Sistierung

1. Auf vorgängigen, schriftlichen Antrag der versicherten Person ist bei einem Auslandsaufenthalt von mehr als 180 Tagen eine Sistierung der Versicherung möglich.
2. Eine Sistierung der Versicherung wird für maximal 36 Monate gewährt.
3. Während der Dauer der Sistierung besteht kein Anspruch auf Leistungen und es wird eine Sistierungsgebühr erhoben.
4. Bei einem Urlaub im Wohnsitzstaat bleibt die Sistierung bestehen.
5. Auf schriftlichen Antrag hin wird die Versicherung frühestens 30 Tage nach Eingang des Antrags wieder aktiviert, sofern keine Zahlungsrückstände bestehen und zum Zeitpunkt der Aktivierung der Auslandsaufenthalt beendet ist.



EGK-Gesundheitskasse
Brislachstrasse 2, 4242 Laufen
Telefon 061 765 51 11
info@egk.ch, www.egk.ch