

Tarifliche Leistungszusage Firmenkunden/Gruppen

Gültig ab 1. Januar 2018



Die folgenden Tarife gelten nur für Firmenkunden mit mindestens drei Mitarbeitern. Diese Tarife stellen einen zusätzlichen Versicherungsschutz zur schweizerischen Pflichtkrankenversicherung dar.

Eine vorherige Kostenzusage ist für alle Leistungen erforderlich, die in den nachstehenden Tabellen mit einer ¹ oder ² gekennzeichnet sind, und kann auch für weitere Leistungen notwendig sein. Bitte beachten Sie dazu Punkt 2 der „Anmerkungen“.

Haupttarife

Leistungen in den Haupttarifen	Suisse Premier	Suisse Club
Höchsterstattungsbetrag	CHF 9.750.000	CHF 1.462.500

Stationäre Leistungen¹ – Bitte beachten Sie dazu Punkt 2 zur vorherigen Kostenzusage

Unterbringung im Krankenhaus ¹	Einbettzimmer	Zweibettzimmer
Intensivpflege ¹	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Verschreibungspflichtige Arzneimittel und Materialien ¹ <small>(nur bei stationärer und teilstationärer Behandlung) (verschreibungspflichtige Arzneimittel sind die Arzneimittel, die nur mit einem ärztlichen Rezept erworben werden können)</small>	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Operationskosten einschl. Kosten für Anästhesie und OP-Saal ¹	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Kosten für Ärzte und Therapeuten ¹ <small>(nur bei stationärer und teilstationärer Behandlung)</small>	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Chirurgische Hilfsmittel und Materialien ¹	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Diagnostische Untersuchungen ¹ <small>(nur bei stationärer und teilstationärer Behandlung)</small>	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Organtransplantation ¹	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Psychiatrie und Psychotherapie ¹ <small>(nur bei stationärer und teilstationärer Behandlung) (nach einer Wartezeit von 10 Monaten)</small>	Volle Erstattung	CHF 13.780
Kosten der Unterbringung im Krankenhaus für einen Elternteil, der ein versichertes Kind unter 18 Jahren begleitet ¹	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Stationäre zahnärztliche Notfallbehandlung	Volle Erstattung	Volle Erstattung

Weitere Leistungen - Bitte beachten Sie dazu Punkt 2 zur vorherigen Kostenzusage

Teilstationäre Behandlung/Tagesklinik ²	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Nierendialyse ²	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Ambulante Operationen ²	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Häusliche Pflege oder Aufenthalt in einem Genesungsheim ² <small>(unmittelbar nach oder anstelle einer stationären Behandlung)</small>	CHF 5.525	CHF 3.680
Rehabilitationsmaßnahmen ² <small>(stationär, teilstationär und ambulant; müssen innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus der medizinischen Einrichtung aufgrund einer akuten medizinischen und/oder chirurgischen Behandlung beginnen)</small>	CHF 5.750	CHF 3.900
Lokaler Krankentransport	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Notfallbehandlung außerhalb des versicherten Geltungsbereichs <small>(für Reisen von maximal sechs Wochen)</small>	Volle Erstattung, max. 42 Tage	Volle Erstattung, max. 42 Tage

Leistungen in den Haupttarifen	Suisse Premier	Suisse Club
Medizinische Überführung² Falls die notwendige Behandlung nicht vor Ort erbracht werden kann, wird die versicherte Person in die nächstgelegene geeignete medizinische Einrichtung überführt ² Falls laufende Behandlungen erforderlich sind, erstatten wir die Kosten für eine Unterbringung in einem Hotel ² Überführung falls keine ausreichend kontrollierten Blutkonserven vorhanden sind ² Wenn aus medizinischen Gründen nach Beendigung einer stationären Behandlung und der Entlassung aus dem Krankenhaus die versicherte Person nicht überführt werden kann, übernehmen wir die Kosten für eine Unterbringung in einem Hotel ²	Volle Erstattung Volle Erstattung Volle Erstattung Volle Erstattung, max. 7 Tage	Volle Erstattung Volle Erstattung Volle Erstattung Volle Erstattung, max. 7 Tage
Kosten für eine Begleitperson im Falle einer medizinischen Überführung ²	CHF 3.900	CHF 3.900
Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung ²	CHF 2.600 pro Überführung	CHF 2.600 pro Überführung
Rücktransport im Todesfall ²	CHF 13.000	CHF 13.000
Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung der sterblichen Überreste ²	CHF 2.600 pro Überführung	CHF 2.600 pro Überführung
Computer- und Kernspintomografie (stationär und ambulant)	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Positronenemissions ² - und Computer-Positronenemissionstomografie ² (stationär und ambulant)	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Onkologie² (stationär, teilstationär und ambulant) Kauf einer Perücke	Volle Erstattung CHF 260 auf Lebenszeit	Volle Erstattung CHF 260 auf Lebenszeit
Reguläre Schwangerschaft² (stationär und ambulant) (nach einer Wartezeit von 10 Monaten)	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Komplikationen bei Schwangerschaft und Entbindung² (nach einer Wartezeit von 10 Monaten)	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Pauschalzahlung bei Hausentbindung	CHF 1.300	Nicht versichert
Krankenhaustagegeld (pro Nacht) (wenn die Behandlung kostenlos erfolgte)	CHF 195, max. 25 Nächte	CHF 195, max. 25 Nächte
Ambulante Notfallbehandlung (wenn die aufgeführten Erstattungsbeträge erreicht sind, werden die Restkosten gemäß den Bedingungen eines evtl. separat gewählten Ambulanttarifs erstattet)	CHF 975	CHF 975
Ambulante zahnärztliche Notfallbehandlung (wenn die aufgeführten Erstattungsbeträge erreicht sind, werden die Restkosten gemäß den Bedingungen eines evtl. separat gewählten Zahntarifs erstattet)	CHF 975	N/A
Palliativmedizinische Betreuung ²	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Langzeitpflege ²	Volle Erstattung, max. 90 Tage auf Lebenszeit	Volle Erstattung, max. 90 Tage auf Lebenszeit

Ambulanttarife

OPTIONAL

Die folgenden Ambulanttarife können nur zusammen mit einem unserer Haupttarife abgeschlossen werden. Sie stehen nicht einzeln zur Verfügung.

Leistungen in den Ambulanttarifen	Suisse Gold	Suisse Silver
Höchsterstattungsbetrag	Keine Erstattungsgrenze	CHF 16.575
Allgemeinmedizinerkosten und verschreibungspflichtige Arzneimittel (verschreibungspflichtige Arzneimittel sind die Arzneimittel, die nur mit einem ärztlichen Rezept erworben werden können)	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Facharztkosten	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Diagnostische Untersuchungen	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Impfungen	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Chiropraktik, Osteopathie, Homöopathie, Traditionelle Chinesische Medizin, Akupunktur und medizinische Fußpflege (max. 12 Sitzungen pro erstellter Diagnose jeweils für chiropraktische und für osteopathische Untersuchungen im Rahmen des maximalen Erstattungsbetrags)	Volle Erstattung	Volle Erstattung
Verordnete Physiotherapie (anfänglich auf 12 Sitzungen pro erstellte Diagnose beschränkt; Beschränkung gilt auch bei einer Kombination von verordneter und nicht verordneter Physiotherapie)	Volle Erstattung	Volle Erstattung
- Nicht verordnete Physiotherapie	5 Sitzungen	5 Sitzungen
Verordnete Sprachtherapie, Okulomotortherapie und Beschäftigungstherapie ²	Volle Erstattung	Volle Erstattung

Leistungen in den Ambulanttarifen	Suisse Gold	Suisse Silver
Vorsorgeuntersuchungen, einschl. Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten Untersuchungen sind beschränkt auf: Ärztliche Untersuchungen Blutuntersuchungen (vollständiges Blutbild, Biochemie, Fettspiegel, Schilddrüsenfunktionstest, Leberfunktionstest, Nierenfunktionstest) Herz-Kreislauf-Untersuchungen (ärztliche Untersuchung, EKG, Blutdruck) Neurologische Untersuchungen (ärztliche Untersuchung) Krebsvorsorgeuntersuchungen - Jährlicher Pap-Abstrich - Mammografie (alle zwei Jahre für Frauen ab 45 Jahren oder jünger bei familiärer Vorbelastung) - Prostata-Untersuchungen (jährlich für Männer ab 50 Jahren oder jünger bei familiärer Vorbelastung) - Darmspiegelung (alle fünf Jahre für Versicherte ab 50 Jahren oder ab 40 Jahren bei familiärer Vorbelastung) - Jährlicher Test auf verstecktes Blut im Stuhl Knochendichtemessung (alle fünf Jahre für Frauen ab 50 Jahren) Kindervorsorgeuntersuchungen (für Kinder bis zum Alter von 6 Jahren, maximal 15 Untersuchungen pro Kind auf Lebenszeit) BRCA1 und BRCA2-Genests (bei direkter familiärer Vorbelastung, ausschließlich im Gold Tarif)	CHF 1.560	CHF 780
Behandlungen bei Unfruchtbarkeit (nach einer Wartezeit von 18 Monaten)	CHF 15.600 auf Lebenszeit	CHF 15.600 auf Lebenszeit
Psychiatrie und Psychotherapie (nach einer Wartezeit von 18 Monaten)	30 Sitzungen	20 Sitzungen
Verschriebene medizinische Hilfsmittel	Volle Erstattung	CHF 3.250
Verschriebene Brillen und Kontaktlinsen einschl. Augenuntersuchung	CHF 260	CHF 234
Ernährungsberaterkosten	4 Sitzungen	Nicht versichert

Zahntarife

OPTIONAL

Die folgenden Zahntarife können nur zusammen mit einem der Haupttarife abgeschlossen werden. Sie stehen nicht einzeln zur Verfügung.

Leistungen in den Zahntarifen	Suisse Dental 1	Suisse Dental 2
Höchsterstattungsbetrag	Keine Erstattungsgrenze	CHF 2.665
Zahnbehandlung	100% Erstattung	80% Erstattung
Chirurgisch zahnärztliche Eingriffe	100% Erstattung	80% Erstattung
Zahnärztliche Parodontalbehandlung	80% Erstattung	80% Erstattung
Kieferorthopädie und Zahnersatz (nach einer Wartezeit von 10 Monaten)	65% Erstattung bis zu CHF 6.500	50% refund

Rücktransporttarif

OPTIONAL

Der folgende Tarif kann nur zusammen mit einem der Haupttarife abgeschlossen werden. Er steht nicht einzeln zur Verfügung.

Leistungen im Rücktransporttarif	
Medizinischer Rücktransport² Falls die notwendige Behandlung nicht vor Ort erbracht werden kann, können Sie sich dafür entscheiden, in Ihr Heimatland rücktransportiert zu werden anstatt in die nächstgelegene geeignete medizinische Einrichtung ² Falls laufende Behandlungen erforderlich sind, erstatten wir die Kosten für eine Unterbringung in einem Hotel ² Rücktransport falls keine ausreichend kontrollierten Blutkonserven vorhanden sind ² Wenn aus medizinischen Gründen nach Beendigung einer stationären Behandlung und der Entlassung aus dem Krankenhaus die versicherte Person nicht überführt werden kann, übernehmen wir die Kosten für eine Unterbringung in einem Hotel ²	Volle Erstattung Volle Erstattung Volle Erstattung Volle Erstattung, max. 7 Tage
Kosten für eine Begleitperson im Falle eines medizinischen Rücktransports ²	CHF 3.900
Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle eines Rücktransports ²	CHF 2.600 pro Rücktransport
Reisekosten für Versicherte, die ein in Lebensgefahr schwebendes oder ein verstorbenes Familienmitglied begleiten	CHF 1.950 auf Lebenszeit

Anmerkungen

1. Geltungsbereich

Wir bieten verschiedene Optionen in Bezug auf den geografischen Geltungsbereich der Versicherung. Der gewählte Geltungsbereich wird im Versicherungsschein bestätigt.

2. Vorherige Kostenzusage

Für bestimmte Behandlungen und Kosten muss im Voraus ein Formular zur vorherigen Kostenzusage eingereicht werden. Nach der Zustimmung durch uns kann dann die Erstattung dieser notwendigen Behandlungen oder Kosten garantiert werden. Die Versicherungsleistungen, die eine vorherige Kostenzusage erfordern, sind in der Tariflichen Leistungszusage mit einer 1 oder einer 2 gekennzeichnet sowie im Folgenden aufgelistet:

- Alle stationären Leistungen¹
- Teilstationäre Behandlung/Tagesklinik²
- Nierendialyse²
- Ambulante Operationen²
- Kernspintomografie (MRT) (vorherige Kostenzusage nur erforderlich, wenn Sie möchten, dass wir die Kosten direkt mit dem medizinischen Anbieter abrechnen)
- Positronenemissions-² (PET) und Computer-Positronenemissionstomografie² (CT-PET)
- Häusliche Pflege oder Aufenthalt in einem Genesungsheim²
- Reguläre Schwangerschaft² sowie Komplikationen bei Schwangerschaft und Entbindung² (nur bei stationärem Aufenthalt)
- Onkologie² (nur bei stationärer oder teilstationärer Behandlung)
- Beschäftigungstherapie² (nur bei ambulanter Behandlung)
- Rehabilitationsmaßnahmen²
- Medizinische Überführung² (oder Rücktransport bei entsprechender Versicherung)
- Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung/eines Rücktransports²
- Rücktransport im Todesfall²
- Reisekosten für versicherte Familienmitglieder im Falle einer Überführung der sterblichen Überreste²
- Kosten für eine Begleitperson im Falle einer/s medizinischen Überführung/ Rücktransports²
- Palliativmedizinische Betreuung²
- Langzeitpflege²

¹ Wenn für die mit einer 1 gekennzeichneten Leistungen keine vorherige Kostenzusage eingeholt wird, behalten wir uns das Recht vor, den Erstattungsantrag abzulehnen. Bei später nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit der Behandlung werden lediglich 80% der erstattungsfähigen Kosten erstattet.

² Wenn für die mit einer 2 gekennzeichneten Leistungen keine vorherige Kostenzusage eingeholt wird, behalten wir uns das Recht vor, den Erstattungsantrag abzulehnen. Bei später nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit der Behandlung werden lediglich 50% der erstattungsfähigen Kosten erstattet.

Wir sollten mindestens fünf Werktage vor Aufnahme einer Behandlung informiert werden, so dass bei Behandlungsbeginn evtl. auftretende Verzögerungen vermieden werden können. Dadurch wird sichergestellt, dass Versicherte bargeldlosen Zugang zu stationären Behandlungen haben (wenn grundsätzlich möglich) und dass die Behandlung von einem unserer Ärzte begleitet wird.

In einem Notfall sollten wir innerhalb von 48 Stunden nach Eintritt des Notfallereignisses benachrichtigt werden, um sicherstellen zu können, dass keine Leistungseinschränkungen wegen fehlender vorheriger Kostenzusage erfolgen.

3. Erstattungsbeträge

In der Tariflichen Leistungszusage können zwei Arten von Erstattungsbeträgen genannt werden. Der **Höchsterstattungsbetrag**, der in einigen Tarifen angegeben wird, ist der maximale Gesamtbetrag, der für sämtliche Leistungen des Tarifs zusammen, pro versicherte Person und pro Versicherungsjahr, erstattet wird. Daneben gibt es **spezifische Erstattungsbeträge** für einzelne Versicherungsleistungen innerhalb eines Tarifs, z. B. für die Leistung „Häusliche Pflege oder Aufenthalt in einem Genesungsheim“. Spezifische Erstattungsbeträge können „pro Versicherungsjahr“, „auf Lebenszeit“ oder „pro Ereignis“, wie z. B. „pro Reise“, „pro Sitzung“ oder auch „pro Schwangerschaft“ gelten. In einigen Fällen kann für Versicherungsleistungen auch eine prozentuale Erstattungsleistung bis zu einem definierten spezifischen Erstattungsbetrag angezeigt werden, z. B. „65% Erstattung, bis zu 6.500 CHF“. Wenn für Versicherungsleistungen ein spezifischer Erstattungsbetrag gilt oder der Begriff „Volle Erstattung“ neben einer Leistung angegeben wird, so erfolgt die Erstattung immer innerhalb des angegebenen maximalen Höchsterstattungsbetrags, soweit dieser auf den Tarif zutrifft. Alle Beträge gelten pro Versicherten und pro Versicherungsjahr, sofern nicht anderweitig in Ihrer Tariflichen Leistungszusage angegeben.

4. Allgemeine Versicherungsbedingungen

Bitte beachten Sie, dass Versicherungsschutz für kleinere Gruppen einer medizinischen Risikoprüfung unterliegt, d. h. Vorerkrankungen könnten vom Versicherungsschutz ausgeschlossen werden oder ein höherer Beitrag könnte festgelegt werden, um ein erhöhtes Risiko durch Vorerkrankungen oder andere Risikofaktoren zu reflektieren. Der Versicherungsschutz besteht erst, wenn wir Ihren Antrag angenommen haben. Die Annahme erfolgt durch die Ausgabe des Versicherungsscheins. In dieser Tariflichen Leistungszusage finden Sie einen Überblick über den Versicherungsschutz, den die einzelnen Tarife beinhalten. Der Versicherungsschutz unterliegt den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die von unserer Website herunter geladen werden können.

Wenn Sie weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns:

Telefonnummern unserer Helpline:

Englisch: + 353 1 630 1301
Deutsch: + 353 1 630 1302
Französisch: + 353 1 630 1303
Spanisch: + 353 1 630 1304
Italienisch: + 353 1 630 1305
Portugiesisch: + 353 1 645 4040
Fax: + 353 1 630 1306

sales@allianzworldwidedcare.com
www.allianz-assistance.ch/healthcare

Der Versicherer Ihrer VVG Versicherung ist AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Paris), Niederlassung Wallisellen (Schweiz), die schweizerische Niederlassung von AWP P&C S.A., Saint-Ouen, Frankreich, eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht. Registriert in Frankreich unter der Nr.: 519 490 080 RCS Paris. Schweizerische Niederlassung ist eingetragen im Handelsregister in Zürich, Registernummer: CHE-115.393.016, Anschrift: Hertistraße 2, 8304 Wallisellen.

KPT Krankenkasse AG, Tellstraße 18, CH-3000 Bern 22, registrierte BAG Nr. 376. KPT stellt Verwaltungsdienste innerhalb der Schweiz bereit.

AWP Health & Life SA, handelt durch ihre irische Niederlassung, ist eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht. Registriert in Frankreich unter der Nr.: 401 154 679 RCS Bobigny. Irische Niederlassung ist eingetragen im irischen Handelsregister, Registernummer: 907619. Anschrift: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland. AWP Health & Life SA agiert als Rückversicherer der VVG Policen und bietet Verwaltungsdienste sowie technischen Support außerhalb der Schweiz. Allianz Worldwide Care ist eine eingetragene Firma von AWP Health & Life SA.