

ZB InVita Änderungen 2023 zu 2014

bisherige Formulierung	neue Formulierung
<p>2.1 Ambulante Behandlungen ganze Schweiz Versichert sind die Kosten von ambulanten ärztlichen Behandlungen ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes nach anerkanntem Tarif. Voraussetzung ist die Behandlung durch Ärzte, welche gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) anerkannt sind und gemäss KVG abrechnen (Tarifschutz nach Artikel 44 KVG).</p> <p>Light 90% / Standard 90% / Flex 90%</p>	<p>2.1 Ambulante Behandlungen ganze Schweiz Versichert sind die Kosten von ambulanten ärztlichen Behandlungen ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes nach anerkanntem Tarif. Voraussetzung ist die Behandlung durch Ärzte, welche gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) anerkannt sind und gemäss KVG abrechnen (Tarifschutz nach Artikel 44 KVG).</p> <p>Light 90% / Standard 90% / Flex 90%</p>
<p>3.3 Maximaler Beitrag Der maximale Beitrag pro Kalenderjahr ist abhängig von der Versicherungsdauer. Die genannten maximalen Beiträge entsprechen 100% und werden nach Ablauf von 48 Monaten nach Versicherungsbeginn erreicht. Maximaler Beitrag im 1. Versicherungsjahr = 20%, im 2. Versicherungsjahr = 40%, im 3. Versicherungsjahr = 60%, im 4. Versicherungsjahr = 80%. Light CHF 1`000.- / Standard CHF 2`000.- / Flex CHF 3`000.-</p>	<p>3.3 Maximaler Beitrag Der maximale Beitrag pro Kalenderjahr ist abhängig von der Versicherungsdauer. Die genannten maximalen Beiträge entsprechen 100% und werden nach Ablauf von 48 Monaten nach Versicherungsbeginn erreicht. Maximaler Beitrag im 1. Versicherungsjahr = 20%, im 2. Versicherungsjahr = 40%, im 3. Versicherungsjahr = 60%, im 4. Versicherungsjahr = 80%. Light CHF 1`000.- / Standard CHF 2`000.- / Flex CHF 4`000.-</p>
<p>3.4 Leistungsvoraussetzung Vor jeder komplementärmedizinischen Behandlung ist bei der KKSt ein Gesuch um Kostengutsprache einzureichen. Der Entscheid der KKSt ist dem Versicherten innert fünf Arbeitstagen mitzuteilen. An Behandlungen ohne positiven Entscheid der KKSt werden keine Leistungen erbracht.</p>	<p>3.4 Leistungsvoraussetzung Vor jeder komplementärmedizinischen Behandlung ist bei der KKSt ein Gesuch um Kostengutsprache einzureichen. Der Entscheid der KKSt ist dem Versicherten innert fünf Arbeitstagen mitzuteilen. An Behandlungen ohne positiven Entscheid der KKSt werden keine Leistungen erbracht. In strittigen Fällen entscheidet das zuständige Gericht.</p>

<p>5. Spital 5.1 Allgemeines Versichert sind die Kosten bei Aufenthalt im Akutspital in der Schweiz in Ergänzung zur oblig. Krankenpflegeversicherung. Das Spital muss auf der Liste der kantonalen Spitalversorgung aufgeführt sein und die Kriterien gemäss Artikel 39 Krankenversicherungsgesetz (KVG) erfüllen. Als Akutspitäler gelten alle von der KKSt anerkannten Institutionen, welche der Behandlung akuter Krankheiten oder stationären Rehabilitationen dienen, unter ärztlicher Leitung stehen und über das erforderliche Personal und über die notwendige, zweckentsprechende, medizinische Einrichtungen verfügen.</p>	<p>5. Spital 5.1 Allgemeines Versichert sind die Kosten bei Aufenthalt im Akutspital in der Schweiz in Ergänzung zur oblig. Krankenpflegeversicherung. Das Spital muss auf der Liste der kantonalen Spitalversorgung aufgeführt sein und die Kriterien gemäss Artikel 39 Krankenversicherungsgesetz (KVG) erfüllen. Als Akutspitäler gelten alle von der KKSt anerkannten Institutionen, welche der Behandlung akuter Krankheiten oder stationären Rehabilitationen dienen, unter ärztlicher Leitung stehen und über das erforderliche Personal und über die notwendige, zweckentsprechende, medizinische Einrichtungen verfügen.</p> <p>Es werden die Aufenthalts- und Behandlungskosten gemäss gültiger vertraglicher Regelung (Tarife für VVG-Mehrleistungen) zwischen der KKSt und dem Akutspital übernommen. Liegt keine vertragliche Regelung zwischen KKSt und dem Akutspital vor, kann KKSt einen Maximaltarif festlegen. Dieser legt die von KKSt maximal übernommenen Kosten für Aufenthalt und Behandlung im Akutspital fest. Grundlage für den festgelegten Maximaltarif bilden die von KKSt vergleichbaren anerkannten Tarife für VVG-Mehrleistungen mit anderen Akutspitälern. Arzthonorare (inkl. Narkose- und Assistenzarzt) werden nur für Ärzte übernommen, welche gemäss KVG Artikel 44 nicht in den Ausstand getreten sind.</p>
<p>5.2 Kostenbeteiligung InVita deckt keine Kostenanteile, welche der Wohnsitzkanton bei medizinisch bedingter ausserkantonomer Hospitalisation gemäss Krankenversicherungsgesetz übernehmen muss.</p> <p>Light: keine / Standard: keine</p> <p>Flex: - Allgemeine Abteilung CHF 0.- - Halbprivate Abteilung 15%, max. CHF 1500.- pro Kalenderjahr - Private Abteilung 25%, max. CHF 4500.- pro Kalenderjahr</p>	<p>5.2 Kostenbeteiligung InVita deckt keine Kostenanteile, welche der Wohnsitzkanton bei medizinisch bedingter ausserkantonomer Hospitalisation gemäss Krankenversicherungsgesetz übernehmen muss.</p> <p>Wurde die Kostenbeteiligung InVita Flex für ein Familienmitglied (im gleichen Haushalt lebend) bereits vollumfänglich entrichtet, so entfällt die Kostenbeteiligung InVita Flex für Kinder sofern sie das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Die Berechnung erfolgt pro Kalenderjahr.</p> <p>Zusätzlich zu der Bedingung «im gleichen Haushalt lebend», müssen die Versicherten im Kundensystem der KKSt als Familie (gleicher Familienstamm) geführt werden. Sind die Versicherten als Einzelpersonen geführt, wird die Kostenbeteiligung erhoben.</p> <p>Light: keine / Standard: keine</p> <p>Flex: - Allgemeine Abteilung CHF 0.- - Halbprivate Abteilung 15%, max. CHF 1500.- pro Kalenderjahr - Private Abteilung 25%, max. CHF 3000.- pro Kalenderjahr</p>

<p>5.6 Leistungen im Ausland Die KKSt übernimmt bei notfallmässigen stationären Behandlungen in einem Akutspital während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes (maximal 8 Wochen pro Kalenderjahr) die Kosten im Rahmen der versicherten Abteilung. Die Leistungspflicht besteht im Maximum solange, als ein Rücktransport des Versicherten in die Schweiz aus medizinischen Gründen nicht möglich ist, jedoch längstens zwei Monate. Es werden in jedem Fall höchstens die effektiv entstandenen Kosten bis zu einem im Punkt 5.6.1 festgelegten Maximalbetrag übernommen.</p>	<p>5.6 Leistungen im Ausland Die KKSt übernimmt bei notfallmässigen stationären Behandlungen in einem Akutspital während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes (maximal 8 Wochen pro Kalenderjahr) die Kosten im Rahmen der versicherten Abteilung. Die Leistungspflicht besteht im Maximum solange, als ein Rücktransport des Versicherten in die Schweiz aus medizinischen Gründen nicht angemessen ist, jedoch längstens zwei Monate. Es werden in jedem Fall höchstens die effektiv entstandenen Kosten bis zu einem im Punkt 5.6.1 festgelegten Maximalbetrag übernommen.</p>
<p>5.6.1 Maximaler Beitrag Spital Ausland Pro Kalenderjahr sind die Leistungen für Spital Ausland beschränkt. Light: 50%, maximal CHF 30'000.— Standard 70%, maximal CHF 150'000.— Flex: 80%, maximal CHF 250'000.—</p>	<p>5.6.1 Maximaler Beitrag Spital Ausland Pro Kalenderjahr sind die Leistungen für Spital Ausland beschränkt. Light: 50%, maximal CHF 30'000.— Standard 70%, maximal CHF 150'000.— Innerhalb EU/EFTA unbegrenzt Flex: 80%, maximal CHF 250'000.— Innerhalb EU/EFTA unbegrenzt</p>
<p>Gab es vorher noch nicht</p>	<p>7.3 Stillgeld Stillt die Mutter den Säugling während mindestens zehn Wochen, richtet der Versicherer ein einmaliges Stillgeld aus. Die Versicherte hat einen ärztlichen Nachweis über die Stilldauer beizubringen. Bei Mehrlingsgeburten wird das Stillgeld pro gestillten Säugling ausgerichtet. Die Leistung wird nur ausgerichtet, wenn das Kind Grund- und Zusatz-Versicherung bei der KKSt abgeschlossen hat. Light: CHF 50.- / Standard: CHF 150.- / Flex: CHF 250.-</p>
<p>7.3 Maximaler Beitrag Pro Kalenderjahr ist der Beitrag für Leistungen Mutterschaft begrenzt. Light: CHF 200.- / Standard: CHF 200.- / Flex: CHF 200.-</p>	<p>7.4 Maximaler Beitrag Pro Kalenderjahr ist der Beitrag für Leistungen Mutterschaft begrenzt. Light: CHF 200.- / Standard: CHF 250.- / Flex: CHF 400.-</p>
<p>bisheriger Artikel 8.4 neu 8.5</p>	<p>8.4 Sterilisation / Vasektomie Einmaliger Beitrag an den operativen Eingriff. Der maximale Beitrag ist in Artikel 8.5 festgelegt. Light: keine Leistung / Standard: 50% / Flex: 50%</p>
<p>8.4 Maximaler Beitrag Pro Kalenderjahr ist der Beitrag für Leistungen Vorsorge / Prävention / Check-up begrenzt. Light: CHF 0.- / Standard: CHF 400.- / Flex: CHF 400.-</p>	<p>8.5 Maximaler Beitrag Pro Kalenderjahr ist der Beitrag für Leistungen Vorsorge / Prävention / Check-up begrenzt. Light: CHF 0.- / Standard: CHF 400.- / Flex: CHF 600.-</p>

<p>9.4 Leistungsdauer Leistungsdauer pro Kalenderjahr:</p> <p>Light: max. 60 Tage / Standard: max. 60 Tage / Flex: max. 60 Tage</p>	<p>9.4 Leistungsdauer Leistungsdauer pro Kalenderjahr:</p> <p>Light: max. 60 Tage / Standard: max. 60 Tage / Flex: max. 80 Tage</p>
<p>11.2 Maximaler Beitrag Pro Kalenderjahr ist der Beitrag für Leistungen Brillen und Kontaktlinsen begrenzt.</p> <p>Light: CHF 100.- / Standard: CHF 100.- / Flex: CHF 100.-</p>	<p>11.2 Maximaler Beitrag Pro Kalenderjahr ist der Beitrag für Leistungen Brillen und Kontaktlinsen begrenzt.</p> <p>Light: CHF 100.- / Standard: CHF 100.- / Flex: CHF 150.-</p>
<p>12.1 Allgemeines Versichert sind die folgenden Leistungen, nach dem für die obligatorische Krankenpflegeversicherung gültigen Tarif:</p> <p>- kieferorthopädische Behandlungen bis zum vollendeten 17. Altersjahr</p>	<p>12.1 Kieferorthopädische Behandlungen Versichert sind die folgenden Leistungen Behandlungen nach dem für die obligatorische Krankenpflegeversicherung gültigen Tarif kieferorthopädische Behandlungen bis zum vollendeten 17. Altersjahr</p>
<p>12.2 Maximaler Beitrag Der maximale Beitrag pro versicherte Person ist abhängig von der Versicherungsdauer. Die genannten maximalen Beiträge entsprechen 100% und werden nach Ablauf von 7 Jahren nach Versicherungsbeginn erreicht. Maximaler Beitrag nach Ablauf von 36 Monaten nach Versicherungsbeginn = 20%, nach 48 Monaten = 40%, nach 60 Monaten = 60%, nach 72 Monaten = 80%.</p>	<p>12.1.1 Maximaler Beitrag kieferorthopädische Behandlung Der maximale Beitrag pro versicherte Person ist abhängig von der Versicherungsdauer. Die genannten maximalen Beiträge entsprechen 100% und werden nach Ablauf von 7 Jahren nach Versicherungsbeginn erreicht. Maximaler Beitrag nach Ablauf von 36 Monaten nach Versicherungsbeginn = 20%, nach 48 Monaten = 40%, nach 60 Monaten = 60%, nach 72 Monaten = 80%.</p>
<p>Gab es vorher noch nicht</p>	<p>12.2. Weisheitszähne Extraktion Versichert sind Behandlungen nach dem für die obligatorische Krankenpflegeversicherung gültigen Tarif für die zahnärztlichchirurgische Entfernung von Weisheitszähnen (inkl. Anästhesie, notwendige Röntgen und Nachbehandlung).</p> <p>Light: Keine Leistungen / Standard: 50% / Flex: 50%</p>

<p>Gab es vorher noch nicht</p>	<p>12.2.1 Maximaler Betrag Weisheitszähne Extraktion Der Maximalbetrag gilt für die ganze Versicherungsdauer. Bei Wiedereintritt werden bezogene Leistungen angerechnet.</p> <p>Light: keine Leistungen / Standard: CHF 300.- / Flex: CHF 500.-</p>
<p>Gab es vorher noch nicht</p>	<p>12.2.2 Karenzfrist Weisheitszähne Extraktion Leistungen an Extraktion von Weisheitszähnen werden nach einer Karenzfrist von 36 Monaten bezahlt.</p>
<p>Gab es vorher noch nicht</p>	<p>12.3 Dentalhygiene Prophylaktische Behandlungen (Dentalhygiene) durch einen Zahnarzt oder einen diplomierten Dentalhygieniker</p> <p>Light: keine Leistungen / Standard: keine Leistungen / Flex: CHF 50.-</p>
<p>Gab es vorher noch nicht</p>	<p>12.3.1 Leistungsbezug Dentalhygiene Leistungen an Dentalhygiene ab vollendetem 15. Altersjahr alle zwei Jahre</p>
<p>13.3 Maximaler Beitrag Pro Kalenderjahr ist der Beitrag für Leistungen Transport-, Rettungs-, Such- und Bergungskosten begrenzt. Light: 10`000.- / Standard: CHF 10`000 / Flex: CHF 20`000.-</p>	<p>13.3 Maximaler Beitrag Pro Kalenderjahr ist der Beitrag für Leistungen Transport-, Rettungs-, Such- und Bergungskosten begrenzt. Light: 10`000.- / Standard: CHF 15`000 / Flex: CHF 25`000.-</p>

<p>13.4 Reisekosten Leistungen an die Reisekosten bei ambulanten speziellen Serienbehandlungen die nur in bestimmten, vom Wohnort mehr als 30 Kilometer entfernten Behandlungszentren durchgeführt werden können. Darunter fallen insbesondere Strahlentherapien als Krebsbehandlung, Hämodialysen und lähmungsbedingte Behandlungen. Als Berechnungsgrundlage gelten die Kosten für die Reise 2. Klasse mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Die Leistungen werden nur nach vorgängiger schriftlicher Antragsstellung an die KKSt erbracht.</p> <p>Maximalbeitrag innerhalb drei Kalenderjahren: Light: 50% bis CHF 100 / Standard: 50% bis CHF 300.- / Flex: 50% bis CHF 500.-</p>	<p>13.4 Reisekosten Leistungen an die Reisekosten bei ambulanten speziellen Serienbehandlungen die nur in bestimmten, vom Wohnort weiter als im Radius von 30 Kilometern weit entfernten Behandlungszentren durchgeführt werden können. Darunter fallen insbesondere Strahlentherapien als Krebsbehandlung, Hämodialysen und lähmungsbedingte Behandlungen. Als Berechnungsgrundlage gelten die Kosten für die Reise 2. Klasse mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Die Leistungen werden nur nach vorgängiger schriftlicher Antragsstellung an die KKSt erbracht.</p> <p>Maximalbeitrag innerhalb drei Kalenderjahren: Light: 50% bis CHF 100.- / Standard: 50% bis CHF 500.- / Flex: 50% bis CHF 1`000</p>
<p>Gab es vorher noch nicht</p>	<p>15. Ästhetische Operationen 15.1 Allgemeines Korrektur abstehender Ohrmuscheln. Versichert sind Leistungen bis zum vollendeten 16. Altersjahr.</p>