

Krankenkasse Steffisburg  
Unterdorfstrasse 37  
Postfach 138  
3612 Steffisburg  
Telefon 033 439 40 20  
E-Mail info@kkst.ch

 **Krankenkasse Steffisburg**  
*kkst.ch regional & individuell.*

**Zusatzbedingungen (ZB)**  
Ausgabe 01.01.2023

**Krankenzusatzversicherung InVita**



# INHALTSVERZEICHNIS

1	Versicherungsgrundlagen .....	4
Leistungen		
2	Ambulante Behandlungen.....	5
3	Komplementärmedizin.....	5
4	Medikamente .....	5
5	Spital .....	6
6	Rehabilitations-, Bade- und Erholungskuren .....	8
7	Mutterschaft .....	8
8	Vorsorge / Prävention /Check-up .....	8
9	Hauskrankenpflege / Haushalthilfe .....	9
10	Hilfsmittel.....	9
11	Sehhilfen .....	10
12	Zahnbehandlung .....	10
13	Transport-, Rettungs-, Such-, Bergungs- und Reisekosten in der Schweiz .....	10
14	Prämienbefreiung .....	11
15	Ästhetische Operationen.....	11

Anmerkung:

Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Nennung der weiblichen und männlichen Schreibweise verzichtet.

## **1. Versicherungsgrundlagen**

### **1.1 Rechtliches**

Diese Zusatzbedingungen sind Teil des Versicherungsvertrages. Es wird ausdrücklich auf die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) hingewiesen.

### **1.2 Zweck**

Im Rahmen der Zusatzversicherung InVita gewährt die KKSt bei medizinischer Notwendigkeit Leistungen an ambulante Behandlungen, Nichtpflichtmedikamente, Komplementärmedizin, Spitalaufenthalte, Rehabilitations-, Bade- und Erholungskuren, Mutterschaft, Hauskrankenpflege, Hilfsmittel, Brillengläser/Kontaktlinsen, Transport- und Rettungskosten. Bei der Variante Light sind die Leistungen für Rehabilitations-, Bade- und Erholungskuren und Prävention ausgeschlossen.

### **1.3 Leistungshierarchie**

Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gehen denjenigen von InVita vor.

### **1.4 Voraussetzungen**

Leistungen aus InVita werden für wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche diagnostische und therapeutische Massnahmen erbracht. Dies gilt ebenfalls für Medikamente und therapeutische Massnahmen auf dem Gebiet der Komplementärmedizin.

### **1.5 Listen**

Die in den ZB genannten Listen KKSt können jeweils per 1.1. des Folgejahres angepasst werden und beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden. Der Versicherungsnehmer wird spätestens bis am 30.9. des laufenden Jahres über die Änderungen informiert.

Leistungen InVita	Light	Standard	Flex
<p><b>2. Ambulante Behandlungen</b></p> <p><b>2.1 Ambulante Behandlungen ganze Schweiz</b> Versichert sind die Kosten von ambulanten ärztlichen Behandlungen 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><b>2.2 Ambulante Behandlungen Ausland im Notfall</b> Notfallmässige ambulante Behandlung im Ausland. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf ambulante Behandlungen durch Ärzte und auf ambulante Behandlungen nach ärztlicher Verordnung während vorübergehendem Auslandsaufenthalt von maximal acht Wochen pro Kalenderjahr.</p>	<p>90%</p> <p>50%, maximal CHF 250.— pro Kalenderjahr</p>	<p>90%</p> <p>70%, maximal CHF 3'000.— pro Kalenderjahr</p>	<p>90%</p> <p>80% unbegrenzt</p>
<p><b>3. Komplementärmedizin</b></p> <p><b>3.1 Ärzte, Therapeuten und Methoden</b> Von KKSt anerkannten Ärzten und Therapeuten durchgeführte Behandlungen. Die KKSt führt eine Liste der anerkannten Methoden und Leistungserbringer.</p> <p><b>3.2 Medikamente / Heilmittel</b> Phytotherapeutische, homöopathische und anthroposophische Heilmittel sowie Oligosolen, sofern diese durch einen Arzt oder anerkannten Therapeut verordnet wurden und nicht in der Negativliste (NL) und nicht in der Liste pharmazeutischer Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV) aufgeführt sind.</p> <p><b>3.3 Maximaler Beitrag</b> 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%.</p> <p><b>3.4 Leistungsvoraussetzung</b> 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>90%</p> <p>90%</p> <p>CHF 1'000.—</p>	<p>90%</p> <p>90%</p> <p>CHF 2'000.—</p>	<p>90%</p> <p>90%</p> <p>CHF 4'000.—</p>
<p><b>4. Medikamente</b></p> <p><b>4.1 Allgemeines</b> Ärztlich verordnete, von Swissmedic für die betreffende Indikation zugelassene Medikamente die nicht unter die Leistungspflicht der oblig. Krankenpflegeversicherung fallen. Wird für ein Produkt von der oblig. Krankenpflegeversicherung ein Höchstbetrag, ein Teilbetrag oder eine beschränkte Anwendung festgelegt, so kann die Differenz zum Verkaufspreis nicht aus InVita übernommen werden. Wird in der Spezialitätenliste des Bundesamts für Gesundheit bei einem Medikament zur Missbrauchsbekämpfung eine Limitation aufgeführt, werden für Medikamentenbezüge über die Limitation hinaus keine Leistungen aus InVita ausgerichtet.</p>	<p>90%</p>	<p>90%</p>	<p>90%</p>

<p><b>4.2 Ausschluss</b> Für Produkte, die in der Liste pharmazeutischer Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV) aufgeführt sind, sowie Medikamente aus der KKSt-Medikamentenliste (vgl. Ziff. 6.4.2 S der AVB), bestehen keine Ansprüche auf Vergütung.</p> <p><b>4.3 Maximaler Beitrag</b> Innerhalb zwei Kalenderjahren sind die Medikamentenbezüge begrenzt.</p>	CHF 100'000.-	unbegrenzt	unbegrenzt
<p><b>5. Spital</b> <b>5.1 Allgemeines</b> 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><b>5.2 Kostenbeteiligung</b> InVita deckt keine Kostenanteile, welche der Wohnsitzkanton bei medizinisch bedingter ausserkantonaler 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>	Allgemeine Abteilung	Allgemeine Abteilung	Abteilung nach Wahl
	Keine	Keine	<p><b>Allgemeine Abteilung</b> CHF 0.-</p> <p><b>Halbprivate Abteilung</b> 15%, max. CHF 1500.- pro Kalenderjahr</p> <p><b>Private Abteilung</b> 25%, max. CHF 3000.- pro Kalenderjahr</p>



Stationäre Zahnbehandlungen sind in InVita nur versichert, sofern die Leistungspflicht der oblig. Krankenpflegeversicherung gegeben ist.			
<p><b>6. Rehabilitations-, Bade- und Erholungskuren</b></p> <p><b>6.1 Rehabilitationskuren</b> Ärztlich verordnete Rehabilitationskuren im Anschluss an einen Akutspitalaufenthalt in einem von der KKSt anerkannten Kurhaus.</p> <p><b>6.2 Badekuren</b> Ärztlich verordnete, in einem von der oblig. Krankenpflegeversicherung zugelassenen Heilbad. Eine intensive, zweckmässige, ambulante Behandlung muss zwingend vorausgegangen sein.</p> <p><b>6.3 Erholungskuren</b> Ärztlich verordnete Erholungskuren in einem Kurhaus gemäss Liste KKSt die medizinisch begründet sind.</p> <p>Die Kurverordnung ist der KKSt mindestens 14 Tage vor Kurantritt einzureichen.</p> <p><b>6.4 Leistungseinschränkung</b> Ausgenommen sind Leistungsansprüche für die Behandlung von psychischen Gesundheitsstörungen und Suchttherapien. Die geplante Kur muss vorgängig von der KKSt bewilligt werden.</p> <p><b>6.5 Maximale Dauer / Beiträge Kuren</b></p>	Keine Leistungen	ja	ja
	Keine Leistungen	ja	ja
	Keine Leistungen	ja	ja
		21 Tage / Kalenderjahr CHF 40.-/Tag	21 Tage / Kalenderjahr CHF 70.-/Tag
<p><b>7. Mutterschaft</b></p> <p><b>7.1 Geburtsvorbereitung/Rückbildungstherapie</b> Geburtsvorbereitungskurse und Rückbildungstherapien bei von KKSt anerkannten Hebammen oder Therapeuten.</p> <p><b>7.2 Kontrolluntersuchungen und Ultraschall</b> Kontrolluntersuchungen und Ultraschall (nach dem für die oblig. Krankenpflegeversicherung gültigen Tarif).</p> <p><b>7.3 Stillgeld</b> 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.</p> <p><b>7.4 Maximaler Beitrag</b> Pro Kalenderjahr ist der Beitrag für Leistungen Mutterschaft begrenzt.</p>	90%	90%	90%
	90%	90%	90%
	CHF 50.--	CHF 150.--	CHF 250.--
	CHF 200.--	CHF 250.--	CHF 400.--
<p><b>8. Vorsorge / Prävention / Check-up</b></p> <p><b>8.1 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung</b> Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung (nach dem für die oblig. Krankenpflegeversicherung gültigen Tarif).</p>	Keine Leistungen	90%	90%



<p><b>8.2 Vorsorgeuntersuchungen / Check-up</b> Kostenbeteiligung an prophylaktische Massnahmen gemäss Liste KKSt.</p> <p><b>8.3 Prävention</b> Die KKSt richtet Beiträge an ausgewiesene Kosten von einem durch die KKSt anerkannten Leistungserbringer oder an eine von KKSt anerkannte Massnahme/Programm aus. Die KKSt führt eine entsprechende Liste.</p> <p><b>8.4 Sterilisation / Vasektomie</b> Einmaliger Beitrag an den operativen Eingriff. Der maximale Beitrag ist in Artikel 8.5 festgelegt.</p> <p><b>8.5 Maximaler Beitrag</b> Pro Kalenderjahr ist der Beitrag für Leistungen Vorsorge / Prävention / Check-up begrenzt.</p>	Keine Leistungen	90%	90%
<p><b>9. Hauskrankenpflege / Haushalthilfe</b></p> <p><b>9.1 Voraussetzung</b> Aufgrund detaillierter Rechnungen mit Kalendarium werden ausgewiesene Kosten für Hauskrankenpflege und Haushalthilfe im eigenen Haushalt des Versicherten übernommen. Die medizinische Notwendigkeit muss durch ärztliches Zeugnis attestiert sein. Für ambulante ärztlich verordnete Hauskrankenpflege werden die Beiträge erbracht, wenn unter Beizug von entsprechend ausgebildetem Pflegepersonal ein Spital- oder Rehabilitationsaufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann. Leistungen für Haushalthilfe durch eine nicht im gleichen Haushalt lebende Person werden ausschliesslich im Anschluss an einen stationären Spitalaufenthalt vergütet.</p> <p><b>9.2 Leistung durch Familienangehörige und Verwandte</b> Die Leistungen für Haushalthilfe werden auch an Familienangehörige und Verwandte entrichtet, sofern ihnen durch die geleistete Hilfe ein nachweislicher Verdienstaussfall entsteht.</p> <p><b>9.3 Maximaler Beitrag</b></p> <p><b>9.4 Leistungsdauer</b> Leistungsdauer pro Kalenderjahr:</p>	Keine Leistungen	90%	90%
<p><b>10. Hilfsmittel</b></p> <p><b>10.1 Voraussetzung</b> Nicht über eine Sozialversicherung (KV, UV, IV, AHV, EL, MV usw.) gedeckte Kosten für ärztlich verordnete Hilfsmittel (ausgenommen Zahnprothesen und Sehhilfen). Keine Beiträge an Reparatur, Unterhalt und Betrieb der Hilfsmittel.</p> <p><b>10.2 Liste der anerkannten Hilfsmittel</b> Die KKSt führt eine Liste der anerkannten Hilfsmittel.</p> <p><b>10.3 Maximaler Beitrag</b> Pro Kalenderjahr ist der Beitrag für Leistungen Hilfsmittel begrenzt.</p>	CHF 0.-	CHF 400.-	CHF 600.-
<p><b>9.3 Maximaler Beitrag</b></p> <p><b>9.4 Leistungsdauer</b> Leistungsdauer pro Kalenderjahr:</p>	CHF 30.-/Tag	CHF 30.-/Tag	CHF 30.-/Tag
	Max. 60 Tage	Max. 60 Tage	Max. 80 Tage
<p><b>10.1 Voraussetzung</b> Nicht über eine Sozialversicherung (KV, UV, IV, AHV, EL, MV usw.) gedeckte Kosten für ärztlich verordnete Hilfsmittel (ausgenommen Zahnprothesen und Sehhilfen). Keine Beiträge an Reparatur, Unterhalt und Betrieb der Hilfsmittel.</p> <p><b>10.2 Liste der anerkannten Hilfsmittel</b> Die KKSt führt eine Liste der anerkannten Hilfsmittel.</p> <p><b>10.3 Maximaler Beitrag</b> Pro Kalenderjahr ist der Beitrag für Leistungen Hilfsmittel begrenzt.</p>	90%	90%	90%
	CHF 1'000.-	CHF 1'000.-	CHF 1'000.-

<p><b>11. Sehhilfen</b> <b>11.1 Brillen und Kontaktlinsen</b> Brillengläser sowie Kontaktlinsen. Keine Leistungen an die Kosten des Brillengestells und die Kosten für die Anpassung der Kontaktlinsen.</p> <p><b>11.2 Maximaler Beitrag</b> Pro Kalenderjahr ist der Beitrag für Leistungen Brillen und Kontaktlinsen begrenzt.</p>	90%	90%	90%
	CHF 100.-	CHF 100.-	CHF 150.-
<p><b>12. Zahnärztliche Behandlungen</b> <b>12.1 Kieferorthopädische Behandlungen</b> Versichert sind Behandlungen nach dem für die obligatorische Krankenpflegeversicherung gültigen Tarif bis zum vollendeten 17. Altersjahr</p> <p><b>12.1.1 Maximaler Beitrag kieferorthopädische Behandlung</b> 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><b>12.2. Weisheitszähne Extraktion</b> Versichert sind Behandlungen nach dem für die obligatorische Krankenpflegeversicherung gültigen Tarif für die zahnärztlich-chirurgische Entfernung von Weisheitszähnen (inkl. Anästhesie, notwendige Röntgen und Nachbehandlung).</p> <p><b>12.2.1 Maximaler Betrag Weisheitszähne Extraktion</b> Der Maximalbetrag gilt für die ganze Versicherungsdauer. Bei Wiedereintritt werden bezogene Leistungen angerechnet.</p> <p><b>12.2.2 Karenzfrist Weisheitszähne Extraktion</b> Leistungen an Extraktion von Weisheitszähnen werden nach einer Karenzfrist von 36 Monaten bezahlt.</p> <p><b>12.3 Dentalhygiene</b> Prophylaktische Behandlungen (Dentalhygiene) durch einen Zahnarzt oder einen diplomierten Dentalhygieniker</p> <p><b>12.3.1 Leistungsbezug Dentalhygiene</b> Leistungen an Dentalhygiene ab vollendetem 15. Altersjahr alle zwei Jahre</p>	keine Leistungen	70%	80%
		CHF 8000.-	CHF 10'000.-
	Keine Leistungen	50%	50%
		CHF 300.—	CHF 500.—
	Keine Leistungen	Keine Leistungen	CHF 50.--
<p><b>13. Transport-, Rettungs-, Such-, Bergungs- und Reisekosten in der Schweiz</b> <b>13.1 Transportkosten</b> Leistungen an medizinisch notwendige Krankentransporte in die nächstgelegene Heilanstalt (nach dem für die oblig. Krankenpflegeversicherung gültigen Tarif).</p> <p><b>13.2 Rettungs-, Such- und Bergungskosten</b> Befreiung der versicherten Person aus lebensbedrohender Lage oder Bergung des Leichnams.</p>	90%	90%	90%
	90%	90%	90%

<p><b>13.3 Maximaler Beitrag</b> Pro Kalenderjahr ist der Beitrag für Leistungen Transport-, Rettungs-, Such- und Bergungskosten begrenzt.</p> <p><b>13.4 Reisekosten</b> 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:</p> <p><b>13.5 Leistungsausschluss</b> Für Transport-, Rettungs-, Such-, Bergungs- und Reisekosten in der Schweiz infolge gefährlichem oder übermässigem Konsum von Arzneimitteln, Drogen und Alkohol, werden aus InVita keine Leistungen erbracht.</p>	<p>CHF 10'000.-</p> <p>50%</p> <p>CHF 100.-</p>	<p>CHF 15'000.-</p> <p>50%</p> <p>CHF 500.-</p>	<p>CHF 25'000.-</p> <p>50%</p> <p>CHF 1'000.-</p>
<p><b>14. Prämienbefreiung</b></p> <p><b>14.1 Allgemein</b> Bei Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit, Unfall und Lähmung wird die Versicherungsdeckung prämienbefreit weitergeführt. Nach Erreichen des in Artikel 14.4 umschriebenen Maximalbetrages wird die Prämienbefreiung aufgehoben. Die versicherte Person muss die Erwerbsunfähigkeit durch Vorlage der Verfügung der Invalidenversicherung nachweisen können.</p> <p><b>14.2 Altersgrenze</b> Die Prämienbefreiung erlischt mit Erreichen des AHV-Alters.</p> <p><b>14.3 Wartefrist</b> Die Prämienbefreiung tritt frühestens 24 Monate nach der gemäss Absatz 14.1 zu erfüllenden Voraussetzung in Kraft.</p> <p><b>14.4 Maximalbeträge Prämienbefreiung</b> Die Prämienbefreiung wird maximal bis zu folgenden Beträgen vergütet:</p> <p>Bei Krankheit und Unfall                      CHF 6'000.- Bei Lähmung    CHF 70'000.-</p>	<p>Inklusiv.</p>	<p>Inklusiv.</p>	<p>Inklusiv.</p>
<p><b>15. Ästhetische Operationen</b></p> <p><b>15.1 Allgemeines</b> Korrektur abstehender Ohrmuscheln. Versichert sind Leistungen bis zum vollendeten 16. Altersjahr.</p> <p><b>15.2 Maximaler Beitrag</b> Der Beitrag wird einmalig nach einer Karenzfrist von 36 Monaten vergütet.</p>	<p>Keine Leistungen</p>	<p>CHF 500.—</p>	<p>CHF 1'000.—</p>

