

EGK-KOMBI

Ergänzende Versicherungsbedingungen
nach Versicherungsvertrags-Gesetz (EVB/VVG)

Ausgabe 1.1.2024

Kollektivvertrag Schweizerische Ärzte-Krankenkasse

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Rechtsgrundlagen
Art. 2	Versicherungsmöglichkeiten
Art. 3	Rabatt
Art. 4	Selbstbehalt
Art. 5	Vorgeburtliche Aufnahme
Art. 6	Leistungsumfang
Art. 7	Spitalbehandlung
Art. 8	Behandlung im Akutspital
Art. 9	Transportkosten
Art. 10	Bade- und Erholungskuren
Art. 11	Aufenthalte in psychiatrischen Spitälern
Art. 12	Krankenpflege zu Hause, Haushaltshilfe
Art. 13	Ausland
Art. 14	Leistungsausschlüsse
Art. 15	Unübliche Honoraransätze / Höchstansätze für Unterkunft, Verpflegung und allgemeine Pflege
Art. 16	Erweiterte und spezielle Leistungen
Art. 17	Sistierung

Ergänzende Versicherungsbedingungen für die EGK-KOMBI (EVB/VVG) Kollektivvertrag Schweizerische Ärzte-Krankenkasse

Art. 1 Rechtsgrundlagen

1. Soweit diese Ergänzenden Versicherungsbedingungen (EVB) keine abweichenden Bestimmungen enthalten, gelten die AVB/VVG sowie das Versicherungsvertragsgesetz.
2. Jede Person, die gemäss Kollektivvertrag zwischen der EGK und der Schweizerischen Ärzte-Krankenkasse zugelassen ist, kann bis zum zurückgelegten 60. Altersjahr einen Antrag auf Abschluss einer EGK-Kombi stellen.

Art. 2 Versicherungsmöglichkeiten

Es bestehen folgende Versicherungsmöglichkeiten:

1. **EGK-Kombi 3 (K3)**
Allgemeine Abteilung eines öffentlichen oder privaten Akutspitals in der Schweiz (Mehrbettzimmer), das auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist (sind nur einzelne Abteilungen auf der Liste aufgeführt, betrifft die Deckung nur diese Abteilungen). Zusätzlich gedeckt sind die allgemeinen Abteilungen von Spitälern mit komplementärmedizinischer Ausrichtung gemäss separater Spital-Liste der EGK gemäss Einzelversicherung.
2. **EGK-Kombi 2 (K2)**
Halbprivate Abteilung eines öffentlichen oder privaten Akutspitals in der Schweiz (2-Bett-Zimmer).
3. **EGK-Kombi 1 (K1)**
Private Abteilung eines öffentlichen oder privaten Akutspitals in der Schweiz (1-Bett-Zimmer).
4. **EGK-Kombi Flex (K4)**
Der Versicherte kann vor einem Spitaleintritt frei wählen, auf welcher Abteilung er sich behandeln lassen will unter Beachtung folgender Regelung:

Bei Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Akutspitals: Leistungen gemäss K3 ohne Selbstbehalt.

Bei Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung eines Akutspitals: Leistungen gemäss K2, wobei in jedem Fall ein Selbstbehalt von 15% der Kombi-Leistungen bis zu einem Maximalbetrag von CHF 6000.– pro Kalenderjahr gilt.

Bei Aufenthalt in der privaten Abteilung eines Akutspitals: Leistungen gemäss K1, wobei in jedem Fall ein Selbstbehalt von 25% der Kombi-Leistungen bis zu einem Maximalbetrag von CHF 8000.– pro Kalenderjahr gilt.

Art. 3 Rabatt

1. Diese Rabatte werden in der aufgeführten Reihenfolge von der Prämie abgezogen.

2. Familienrabatt

- 2.1 Bei gemeinsamem Prämieninkasso für Versicherte, die im gleichen Haushalt leben, wird allen Versicherten ein Familienrabatt von 10% gewährt.
- 2.2 Voraussetzung ist, dass mindestens ein Elternteil zusammen mit einem Kind versichert ist.
- 2.3 Der Rabatt wird bis Ende Kalenderjahr, in welchem das jüngste Kind das 25. Altersjahr vollendet, gewährt.

3. Langzeitrabatt

Ab dem Kalenderjahr, welches dem vollendeten 18. Altersjahr folgt, wird nach ununterbrochener Versicherungsdauer folgender Langzeitrabatt gewährt:

Versicherungsdauer	Rabatt
5 volle Kalenderjahre	5%
10 volle Kalenderjahre	10%
15 volle Kalenderjahre	12,5%
20 volle Kalenderjahre	15%

Der Anspruch auf Langzeitrabatt berechnet sich ab Versicherungsbeginn, frühestens jedoch ab 1.1.2000.

Art. 4 Selbstbehalt

1. In den Versicherungsstufen K2 und K1 kann ein Selbstbehalt von CHF 1000.–, CHF 2000.– oder CHF 5000.– pro Kalenderjahr vereinbart werden.
2. Der Selbstbehalt wird von den aus dieser Versicherung zu bezahlenden und durch die gesetzliche Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Kosten abgezogen. Ausgenommen davon sind die Leistungen gemäss Artikel 16.
3. Eine Erhöhung des Selbstbehaltes durch den Versicherungsnehmer ist mit einmonatiger Voranzeige auf den Beginn eines Kalenderjahres möglich.
4. Eine Reduktion des Selbstbehaltes ist nur bis zum 60. Altersjahr möglich und erfordert zudem einen ärztlichen Bericht über den Gesundheitszustand zuhanden des Versicherers. Die Reduktion des Selbstbehaltes ist nur auf Anfang eines Kalenderjahres möglich und untersteht den Bestimmungen über die Höherversicherung gemäss AVB/VVG.

Art. 5 Vorgeburtliche Aufnahme

Bei Vertragsabschluss vor der Geburt wird das Kind ohne Vorbehalt in die Stufe K3 aufgenommen. Ein vorgeburtlicher Versicherungsabschluss für andere EGK-Kombi-Varianten ist ausgeschlossen.

Ergänzende Versicherungsbedingungen für die EGK-KOMBI (EVB/VVG) Kollektivvertrag Schweizerische Ärzte-Krankenkasse

Art. 6 Leistungsumfang

In Ergänzung zu den Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet die EGK-Kombi-Versicherung:

1. **EGK-Kombi 3 (K3)**
Die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Behandlungs- und Aufenthaltskosten bei stationärem Aufenthalt in allen Spitälern der Schweiz für Akutpatienten, die auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt sind (sind nur einzelne Abteilungen auf der Liste aufgeführt, betrifft die Deckung nur diese Abteilungen). Zusätzlich gedeckt sind die Kosten der allgemeinen Abteilungen der Spitäler gemäss Art. 2, Ziffer 1.
2. **EGK-Kombi 2 und 1 (K2, K1)**
Die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Behandlungs- und Aufenthaltskosten bei stationärem Aufenthalt in allen Spitälern der Schweiz für Akutpatienten in den jeweiligen Abteilungen.
3. **Geburt und Wochenbett in einem Entbindungsheim/ Geburtshaus**
Die Kostenübernahme erfolgt je nach versicherter Abteilung gemäss Art. 6 Abs. 1 oder 2.
4. **Unfälle**
 - 4.1 Gegen einen Prämienzuschlag gewährt die EGK bei Unfällen die gleichen Leistungen wie bei Krankheit.
 - 4.2 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 sechs Monaten ab Unfalldatum bis maximal CHF 500.–. Wurden obengenannte Hilfsmittel bei einem versicherten Unfall, der eine ärztliche Behandlung bedingte, beschädigt oder zerstört, so werden die Reparatur- oder gar die Ersatzkosten bezahlt.

Art. 7 Spitalbehandlung

Als Spitalbehandlung gilt die akute medizinische Behandlung in einem Spital, die nach allgemeiner ärztlicher Beurteilung einen stationären Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert.

Art. 8 Behandlung im Akutspital

1. Die EGK-Kombi übernimmt im Rahmen der Koordinationsregeln gemäss Art. 26 AVB/VVG Kosten für Untersuchung und Behandlung durch Ärzte, abgegebene oder verordnete Arzneien, Laboranalysen und Behandlungen durch medizinisch-therapeutisches Hilfspersonal. Weiter vergütet die EGK-Kombi die Kosten von Unterkunft, Verpflegung und Grundpflege.
2. Die Vergütung des Versicherers bemisst sich nach den vom Spital angewendeten Ansätzen jener Abteilung, der die gewählte Versicherungsstufe entspricht (allgemeine, halbprivate oder private Abteilung [K3, K2, K1]). Begibt sich der Versicherte in eine teurere Abteilung, so übernimmt der Versicherer nur die Kosten gemäss versicherter Stufe.
3. Bei Geburt werden die Kosten für den gesunden Säugling aus der Versicherung der Mutter bezahlt, solange sich Mutter und Kind zusammen im Spital aufhalten. Voraussetzung dazu ist, dass für den Säugling von Geburt weg beim Versicherer die obligatorische Krankenpflegeversicherung besteht.

Art. 9 Transportkosten

Ungedeckte Kosten für Nottransporte durch medizinische Leistungserbringer ins nächstgelegene, geeignete Spital werden in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung und zur EGK-Assistance übernommen. Ausgenommen sind Transporte in psychiatrische Kliniken.

Art. 10 Bade- und Erholungskuren

Mindestens 14 Tage vor Kurantritt muss der EGK eine ärztliche Verordnung eingereicht werden. Kostengutsprache erfolgt nur nach einem Spitalaustritt oder nach wiederholter ärztlicher Behandlung von mindestens drei Monaten. Folgende Beträge werden für Krankenpflegeleistungen während maximal 21 Tagen ausgerichtet:

EGK-Kombi 3	maximal CHF 30.– pro Tag
EGK-Kombi 2	maximal CHF 50.– pro Tag
EGK-Kombi 1	maximal CHF 70.– pro Tag
EGK-Kombi Flex	maximal CHF 50.– pro Tag

Dieser Anspruch besteht bei Aufenthalt in anerkannten Heilbad- und Rheumastationen, Bäder-, Rekonvaleszenz- und Höhenkliniken, in Sanatorien für Asthma- und TBC-Kuren.

Beiträge an Badekuren werden nur dann geleistet, wenn der Versicherte sich der Behandlung in einer ärztlich geleiteten Badekuranstalt unterzieht, eine kurärztliche Eintrittsuntersuchung stattfindet, balneologische und physikalische Massnahmen absolviert werden und wenn eine Schlusskontrolle mit Bericht an den einweisenden Arzt erfolgt.

Sind obengenannte Bedingungen nicht erfüllt, besteht kein Leistungsanspruch.

Ergänzende Versicherungsbedingungen für die EGK-KOMBI (EVB/VVG) Kollektivvertrag Schweizerische Ärzte-Krankenkasse

Art. 11 Aufenthalte in psychiatrischen Spitälern

Für Klinikaufenthalte in psychiatrischen Spitälern, psychiatrischen Abteilungen in Krankenhäusern und Nervensanatorien übernimmt der Versicherer innerhalb von zwei Jahren ab erstem Spitaleintritt während längstens 90 Tagen in Ergänzung zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und unter Berücksichtigung des vereinbarten Selbstbehaltes die vollen Behandlungs- und Aufenthaltskosten in der versicherten Spitalklasse. Dauert der Aufenthalt länger als 90 Tage, werden für weitere 90 Tage 50 % der durch die Rechnung des Leistungserbringers ausgewiesenen und durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Kosten übernommen bis zu folgender Höchstlimite:

EGK-Kombi 3	maximal CHF 30.– pro Tag
EGK-Kombi 2	maximal CHF 50.– pro Tag
EGK-Kombi 1	maximal CHF 70.– pro Tag
EGK-Kombi Flex	maximal CHF 50.– pro Tag

Ab 181. Tag werden keine Leistungen mehr übernommen.

Art. 12 Krankenpflege zu Hause, Haushalthilfe

- Ist die vorübergehende Behandlung durch eine Hauspflege aufgrund eines ärztlichen Attestes medizinisch indiziert und eine Arbeitsunfähigkeit nachgewiesen, so werden für die Krankenpflege zu Hause, eingeschlossen Haushalthilfen, folgende Leistungen ausgerichtet:

EGK-Kombi 3	maximal CHF 30.– pro Tag
EGK-Kombi 2	maximal CHF 50.– pro Tag
EGK-Kombi 1	maximal CHF 70.– pro Tag
EGK-Kombi Flex	maximal CHF 50.– pro Tag

bis maximal 21 mal pro Kalenderjahr.

Bei Pflege durch Angehörige werden die Leistungen nur erbracht, wenn der Angehörige eine bisherige Tätigkeit infolge der zu übernehmenden Pflege vollständig aufgeben muss.

- Auf spezielles vorausgegangenes Gesuch hin gewährt der Versicherer Beiträge an die Kinderbetreuung durch den Ehepartner oder andere Hilfspersonen während eines Spitalaufenthaltes des haushaltführenden Versicherten aus dessen Versicherung bis zu folgender Höchstlimite:

EGK-Kombi 3	maximal CHF 30.– pro Tag
EGK-Kombi 2	maximal CHF 50.– pro Tag
EGK-Kombi 1	maximal CHF 70.– pro Tag
EGK-Kombi Flex	maximal CHF 50.– pro Tag

bis maximal 21 mal pro Kalenderjahr.

Bei Pflege durch Angehörige werden die Leistungen nur erbracht, wenn der Angehörige eine bisherige Tätigkeit infolge der zu übernehmenden Kinderbetreuung vollständig aufgeben muss.

- Haushalthilfen nach Haus- oder ambulanter Geburt: Bei ambulanter oder Hausgeburt werden folgende Leistungen für maximal 10 Tage erbracht:

EGK-Kombi 3	maximal CHF 60.– pro Tag
EGK-Kombi 2	maximal CHF 70.– pro Tag
EGK-Kombi 1	maximal CHF 80.– pro Tag
EGK-Kombi Flex	maximal CHF 70.– pro Tag

Art. 13 Ausland

- EGK-Kombi 1, EGK-Kombi 2, EGK-Kombi 3, EGK-Kombi Flex**
Mit den erwähnten Zusatzversicherungen, gewährt der Versicherer für eine oder mehrere Auslandsreisen mit einer Dauer von maximal 12 ununterbrochenen Wochen pro Reise die volle Leistungsdeckung für ambulante und stationäre Behandlungskosten bei akuter Erkrankung oder, wenn in der Zusatzversicherung mit eingeschlossen, Unfälle im Ausland. Als Unterbuch gilt jede Rückreise an den Wohnsitz der versicherten Person oder der Eintritt in ein schweizerisches Spital. Die Leistungsdeckung gilt im Nachgang zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Für stationäre Aufenthalte, notwendige Transporte oder Rettungs- und Suchaktionen ist im Sinne einer Leistungsvoraussetzung zwingend vor Inanspruchnahme von versicherten Leistungen die EGK-Assistance Tel. +41 44 283 33 93 zu kontaktieren. Für notwendige Transporte gilt Art. 9. Für Rettungs- und Suchaktionen gilt Art. 4.14 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der EGK-Assistance. In denjenigen Fällen, bei denen die Dringlichkeit der Behandlung oder andere Umstände einen Anruf an die EGK-Assistance verunmöglichen, ist diese Benachrichtigung innert 24 Stunden nach Wegfall des entsprechenden Verhinderungsgrundes vorzunehmen. Die Leistungen sind höchstens so lange versichert, als eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist. Keine Leistungen werden erbracht, wenn sich der Versicherte zum Zwecke der Behandlung ins Ausland begibt. Die Deckung beginnt mit dem Abreisdatum. Mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses in der Kombi-Versicherung endet die Leistungspflicht auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle. Bei Auslandsaufenthalten, die ohne Unterbruch länger als 12 Wochen dauern, gelten die nachfolgenden Bestimmungen oder es kann eine Ferien- und Reiseversicherung abgeschlossen werden. Für die Folgen der verspäteten Krankmeldung gilt Art. 19 Abs. 5 AVB/VVG.

2. EGK-Kombi 3

Bei akuter Erkrankung im Ausland gewährt der Versicherer bei rechtzeitiger Krankmeldung die Versicherungsleistungen im Umfang, wie sie ihm bei Behandlung am schweizerischen Wohnort des Versicherten erwachsen würden. Diese Leistung im Ausland wird nur während maximal 24 Monaten nach Abreise gewährt, wenn diese dem Versicherer schriftlich angezeigt wurde. Die Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gelangen dabei in Anrechnung. Für die Folgen der verspäteten Krankmeldung gilt Art. 19 Abs. 5 AVB/VVG.

Ergänzende Versicherungsbedingungen für die EGK-KOMBI (EVB/VVG) Kollektivvertrag Schweizerische Ärzte-Krankenkasse

3. EGK-Kombi 2 und EGK-Kombi Flex

Bei akuter Erkrankung im Ausland gewährt der Versicherer bei rechtzeitiger Krankmeldung die Versicherungsleistungen in Europa. Diese Leistung im Ausland wird nur während maximal 24 Monaten nach Abreise gewährt, wenn diese dem Versicherer schriftlich angezeigt wurde. Die Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gelangen dabei in Anrechnung. Für die Folgen der verspäteten Krankmeldung gilt Art. 19 Abs. 5 AVB/VVG.

4. EGK-Kombi 1

Bei akuter Erkrankung im Ausland gewährt der Versicherer bei rechtzeitiger Krankmeldung die Versicherungsleistungen weltweit. Diese Leistung im Ausland wird nur während maximal 24 Monaten nach Abreise gewährt, wenn diese dem Versicherer schriftlich angezeigt wurde. Die Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gelangen dabei in Anrechnung. Für die Folgen der verspäteten Krankmeldung gilt Art. 19 Abs. 5 AVB/VVG.

Art. 14 Leistungsausschlüsse

1. Es werden nur Leistungen bei Hospitalisation in Spitälern für Akutkranke übernommen. Ausgeschlossen sind Leistungen für chronisch Kranke, Pflege- und Geriatriepatienten sowie für nicht mehr akut rehabilitationsbedürftige Patienten bei Aufenthalt in Alters- und Pflegeheimen, in Spitälern oder Spitalabteilungen für chronisch Kranke oder ähnlichen Einrichtungen. Ausgeschlossen sind zudem Entwöhnungskuren und Zahnbehandlungen.
2. Nehmen ein oder mehrere Aufenthalte im Akutspital die Eigenschaften einer Chroniker-Behandlung an (in der Regel nach 90 Tagen ununterbrochenem Spitalaufenthalt), so werden über diese 90 Tage hinaus keine weiteren Leistungen aus dieser Versicherung übernommen.
3. Bei Organtransplantationen werden aus dieser Versicherung nur Leistungen für die Mehrkosten des Zweibett- oder Einbettzimmers während des Spitalaufenthaltes übernommen, sofern es sich dabei um Transplantationen handelt, die vom Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenkassen aufgrund vereinbarter Fallpauschalen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden. Eine aktuelle Liste dieser Transplantationen kann beim Versicherer jederzeit angefordert werden.

Art. 15 Unübliche Honoraransätze/Höchstansätze für Unterkunft, Verpflegung und allgemeine Pflege

1. Sind bei Spitalbehandlungen oder ambulanten Operationen die geforderten Honorare und weiteren Kosten zu übersetzten oder unüblichen Tarifen berechnet, so kann der Versicherer vom Rechnungssteller eine entsprechende Herabsetzung verlangen. Der Versicherte reicht dem Versicherer zu diesem Zweck die unbezahlten 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. Verlangt dagegen der Versicherer keine Herabsetzung, so übernimmt er die ausgewiesenen Kosten bis zum versicherten Masse vollständig.

2. Der Versicherer kann zur Deckung der Kosten für Unterkunft, Verpflegung und allgemeine Pflege 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. Der Versicherte wird im Rahmen eines Anhangs zu seinem Versicherungsvertrag über diese Höchstansätze orientiert.

Art. 16 Erweiterte und spezielle Leistungen

- 1.1 **Freie Arztwahl:** Mehrkosten der freien Arztwahl in der ganzen Schweiz ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes oder dessen Umgebung im Rahmen der gültigen, ortsüblichen und verbindlich anerkannten Kassentarife. Behandlungen bei Ausstandsärzten werden bis zum KVG-Tarif zu 90 % übernommen.
- 1.2 **Medikamente:** Ärztlich verordnete Medikamente, die nicht zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehen, werden zu 80 % übernommen, sofern sie bei Swissmedic (Schweizerisches Heilmittelinstitut) für die in Frage stehende Indikation registriert sind. Ausgenommen sind jene Produkte, die gemäss Liste der pharmazeutischen Präparate (LPPV) zu Lasten der Versicherten sind oder für welche die spezielle Zusatzversicherung Kombi-Komplementär abgeschlossen werden kann.
- 1.3 **Psychotherapie** bei einem diplomierten Psychologen: 20 Sitzungen zu CHF 60.– und weitere 20 Sitzungen zu CHF 30.– pro Kalenderjahr während längstens drei innerhalb von fünf Kalenderjahren.
- 1.4 **Prothetische Ersatz- und Hilfsmittel** wie künstliche Glieder, Stützkorsett, Bruchbänder, Schuheinlagen, Ektoprothesen, Gehböckli, Stöcke und Krücken werden in Ergänzung zu den gesetzlichen Pflichtleistungen zu 50 % der gesamten Kosten bis maximal CHF 500.– pro Kalenderjahr übernommen.
- 1.5 **Ärztliche Vorsorgeuntersuchung (Check-up):** Pro Kalenderjahr wird eine Untersuchung bis zum Betrag von CHF 200.– übernommen.
- 1.6 **Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung:** In Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung Kostenübernahme zweier Untersuchungen innerhalb von drei Kalenderjahren. Ab dem 50. Altersjahr wird alle zwei Jahre eine Mammographie nach KVG-Tarif übernommen, sofern diese nicht zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geht.

Ergänzende Versicherungsbedingungen
für die EGK-KOMBI (EVB/VVG)
Kollektivvertrag Schweizerische Ärzte-Krankenkasse

- 1.7 Geburtsvorbereitung/Rückbildungsturnen:** Diese Kosten werden zu 50% übernommen.
- 1.8 Wöchnerinnen-Paket:** Kostenübernahme. Medizinische Utensilien bei Hausgeburten oder ambulanten Geburten.
- 1.9 Stillberatung:** In Ergänzung zu den Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden Stillberatungen zu 50% der gesamten Kosten vergütet.
- 1.10 Fitness-Studio (ganzkörperliches Muskelaufbautraining) sowie spezifische Haltungs- und Rückengymnastik:**
Bei 36 nachgewiesenen und vom Studio bestätigten Trainingseinheiten CHF 360.– pro Kalenderjahr.
- 1.11 Impfungen,** die nicht zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehen, werden bis maximal CHF 200.– pro Kalenderjahr übernommen.
- 1.12 Kieferorthopädie:** Von den Kosten kieferorthopädischer oder kieferchirurgischer Behandlungen übernimmt die EGK für versicherte Personen bis zum vollendeten 18. Altersjahr folgende Leistungen:
- EGK-Kombi 3:
50%, maximal CHF 1000.– pro Kalenderjahr.
EGK-Kombi 1, 2 und Flex:
75%, maximal CHF 2000.– pro Kalenderjahr.
- 1.13 Sehhilfen:** Versichert sind folgende Leistungen für Brillen inkl. Fassung oder Kontaktlinsen, die zur Sehkorrektur notwendig sind:
- Erwachsene maximal CHF 200.– alle drei Kalenderjahre,
 - Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr maximal CHF 200.– alle zwei Kalenderjahre.

2. Ergänzende Bestimmungen

- 2.1** Bei unterjährigem Eintritt werden die Leistungen pro rata temporis für das laufende Kalenderjahr ausgerichtet.
- 2.2** Massgebend ist das Datum der Behandlung resp. das Kauf-, Liefer- oder Bezugsdatum.

Art. 17 Sistierung

- 1.** Die Sistierung der Versicherung ist auf vorheriges schriftliches Gesuch des Versicherungsnehmers bei einem Auslandsaufenthalt von länger als sechs Monaten möglich, jedoch für höchstens drei Jahre.
- 2.** Solange die Versicherungsdeckung sistiert ist, besteht kein Anspruch auf Leistungen des Versicherers. Bei Heimurlaub anlässlich eines Auslandsaufenthaltes bleibt die Versicherung sistiert. Während der Sistierungszeit wird die Prämie durch die Sistierungsprämie ersetzt. Nach Ablauf des Auslandsaufenthaltes wird die Versicherung auf schriftlichen Antrag des Versicherungsnehmers hin frühestens 30 Tage nach Eingang dieses Antrages beim Versicherer auf den 1. des nächstfolgenden Monats weitergeführt, falls keinerlei Zahlungsrückstände bestehen.



EGK-Gesundheitskasse
Birsпарк 1, 4242 Laufen
Telefon 061 765 51 11
info@egk.ch, egk.ch