

Besondere Bedingungen für die Spitalzusatzkrankenversicherung

CH-D

CHAM01-A5 – Ausgabe 01.09.2010

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Gegenstand	Art. 4	Beteiligung des Versicherungsnehmers
Art. 2	Versicherungsgarantie	Art. 5	Ausgeschlossene Risiken
Art. 3	Leistungen		

Grundlage der nachstehenden Bestimmungen bilden die Allgemeinen Bedingungen für die Krankenzusatzversicherungen (AVZ AV) nach VVG der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG, Ausgabe vom 1. Juli 2010.

Art. 1 Gegenstand

Bei einem stationären Aufenthalt infolge von Krankheit oder, soweit die entsprechende Versicherungsdeckung besteht, von Unfall, gewährt der Versicherer als Zusatz zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Vergütung der Behandlungs-, Aufenthalts- und Pensionskosten.

Art. 2 Versicherungsgarantie

Der Versicherungsnehmer hat die Auswahl aus folgenden Deckungen:

Allgemeine Abteilung: Deckung der Spitalkosten in der allgemeinen Abteilung (Zimmer mit mehr als zwei Betten) einer öffentlichen oder privaten Spitalanlage

Halbprivate Abteilung: Deckung der Spitalkosten bei Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung (Zweibettzimmer) einer öffentlichen oder privaten Spitalanlage

Private Abteilung: Deckung der Spitalkosten bei Aufenthalt in der Privatabteilung (Einbettzimmer) einer öffentlichen oder privaten Spitalanlage

Art. 3 Leistungen

- Bei Aufenthalt in einem Spital oder einer Klinik für Krankheit oder Unfall und wenn andauernde und intensive medizinische Massnahmen benötigt werden, gewährt der Versicherer Leistungen gemäss Artikel 1.
- Zusätzlich zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erhalten Versicherte
 - der allgemeinen Abteilung 20% der Leistungen der privaten Abteilung, wenn sie sich in die private Abteilung begeben, beziehungsweise 40% der Leistungen der halbprivaten Abteilung, wenn sie sich in die halbprivate Abteilung begeben,
 - der halbprivaten Abteilung 75% der Leistungen der privaten Abteilung, wenn sie sich in die private Abteilung begeben.
- Bei Spitalaufenthalt für Geistes- und Nervenkrankheiten oder chronische Leiden werden aus dieser Versicherung während 60 Tagen pro Kalenderjahr die Leistungen zu

50% der zusätzlich zu den aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fakturierten Leistungen ausgerichtet.

- Die Chirurgiekosten, welche die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übersteigen und aufgrund einer Mammarekonstruktion infolge medizinisch indizierter Totalamputation entstehen, werden bis zu einem Maximum von 75% übernommen.
- Die Leistungsdauer ist nicht limitiert.

Art. 4 Beteiligung des Versicherungsnehmers

- Der Versicherungsnehmer kann für eine maximale Dauer von 20 Tagen pro Kalenderjahr eine der folgenden Beteiligungen wählen:
 - Fr. 50.– pro Tag
 - Fr. 100.– pro Tag
 - Fr. 150.– pro Tag
- Diese Beteiligung gibt Anrecht auf eine Prämienreduktion.

Art. 5 Ausgeschlossene Risiken

Neben den in Art. 4.1 bis 4.12 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) ausgeschlossenen Risiken sind folgende Behandlungen von der Versicherungsdeckung ausgeschlossen:

- Behandlungen, die vorgängig nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung vergütet wurden
- Zusatzkosten, die aufgrund eines gemäss Art. 41, Ziff. 3 KVG medizinisch indizierten, ausserkantonalen Spitalaufenthalts vom Wohnkanton des Versicherten zu übernehmen sind
- Transplantationen von Organen, für welche der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben (SVK) in Solothurn Fallpauschalen vereinbart hat. Diese Regelung gilt auch für Kliniken, für die keine Fallpauschalen vereinbart wurden
- Mutterschaft

Spezielle Bestimmungen für die Spitalzusatzkrankenversicherung für limitierte Auswahl der Heilanstalten

CH-L

CHAM01-A5 – Ausgabe 01.09.2010

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Gegenstand	Art. 4	Leistungen
Art. 2	Versicherungsgarantie	Art. 5	Kosten des Versicherungsnehmers
Art. 3	Wahl der Heilanstalt	Art. 6	Ausgeschlossene Risiken

Grundlage der nachstehenden Bestimmungen bilden die Allgemeinen Bedingungen für die Krankenzusatzversicherungen (AVZ AV) nach VVG der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG, Ausgabe vom 1. Juli 2010.

Art. 1 Gegenstand

Bei einem stationären Aufenthalt in Folge von Krankheit oder, soweit die entsprechende Versicherungsdeckung besteht, von Unfall, gewährt der Versicherer als Zusatz zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Vergütung der Behandlungs-, der Aufenthalts- und Pensionskosten.

Art. 2 Versicherungsgarantie

Der Versicherungsnehmer hat die Auswahl aus folgenden Deckungen:

Allgemeine Abteilung: Deckung der Spitalkosten in der allgemeinen Abteilung (Zimmer mit mehr als zwei Betten) eines öffentlichen oder privaten Krankenhauses;

Halbprivate Abteilung: Deckung der Spitalkosten bei Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung (Zweibettzimmer) eines öffentlichen oder privaten Krankenhauses;

Private Abteilung: Deckung der Spitalkosten bei Aufenthalt in der Privatabteilung (Einbettzimmer) eines öffentlichen oder privaten Krankenhauses.

Art. 3 Wahl der Heilanstalt

Die Wahl des Versicherten hat sich auf diejenigen Heilanstalten zu limitieren, mit welchen der Versicherer eine eigene Vereinbarung getroffen hat, oder welche auf der den Versicherten alle Jahre neu abgegebenen Liste aufgeführt sind.

Art. 4 Leistungen

- Für Erkrankungen und Unfälle, welche einer Intensiv- oder Dauerpflege bedürfen, gewährt der Versicherer Leistungen gemäss Artikel 1;
- Zusätzlich zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung:

- Versicherte der allgemeinen Abteilung erhalten 20% der Leistungen der privaten Abteilung, wenn sie sich in die private Abteilung begeben, beziehungsweise 40% der Leistungen der halbprivaten Abteilung, wenn sie sich in die halbprivate Abteilung begeben;
 - Versicherte der halbprivaten Abteilung erhalten 75% der Leistungen der privaten Abteilung, wenn sie sich in die private Abteilung begeben;
- Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übersteigenden Chirurgiekosten, welche aufgrund einer Mammarekonstruktion infolge medizinisch indizierter Totalamputation entstehen, werden bis zu einem Maximum von 75% übernommen;
 - Die Leistungsdauer ist nicht limitiert;
 - Sind die Voraussetzungen gemäss Art. 3 nicht erfüllt, so werden die Leistungen zu 50% der zusätzlich zu den aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fakturierten Leistungen ausgerichtet;
 - Bei einem medizinisch indizierten, ausserkantonalen Spitalaufenthalt auf der halbprivaten oder privaten Abteilung, limitiert sich die Leistungsgarantie gemäss den in der Vereinbarung der Spitalversicherung für limitierte Auswahl der Heilanstalten anerkannten Kosten.

Art. 5 Kosten des Versicherungsnehmers

- Für eine maximale Dauer von 20 Tagen pro Kalenderjahr kann der Versicherte unter folgenden Kostenbeteiligungen auswählen:
 - Fr. 50.– pro Tag;
 - Fr. 100.– pro Tag;
 - Fr. 150.– pro Tag.
- Diese Kostenbeteiligung gibt Anrecht auf eine Prämienreduktion.

Art. 6 Ausgeschlossene Risiken

Nebst den in Art. 4.1, 4.12 der allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) ausgeschlossenen Risiken sind folgende Behandlungen von der Versicherungsdeckung ausgeschlossen:

1. Behandlungen, welche vorgangig nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung vergütet wurden;
2. Zusatzkosten, welche aufgrund eines gemäss Art. 41, Ziff. 3 KVG medizinisch indizierten, ausserkantonalen Spitalaufenthaltes vom Wohnkanton des Versicherten zu übernehmen sind;
3. Transplantationen von Organen, für welche der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben (SVK) in Solothurn Fallpauschalen vereinbart hat. Diese Regelung gilt auch für Kliniken, für welche keine Fallpauschalen vereinbart wurden;
4. Mutterschaft;
5. Nerven-, Geisteskrankheiten und chronische Krankheiten.

Spezielle Bestimmungen für die Zusatzversicherung für Mutterschaft

CH-M

CHAM01-A5 – Ausgabe 01.09.2010

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Gegenstand	Art. 4	Karenzzeit
Art. 2	Aufnahmebedingungen	Art. 5	Leistungen
Art. 3	Versicherungsgarantie	Art. 6	Beteiligung des Versicherungsnehmers

Grundlage der nachstehenden Bestimmungen bilden die Allgemeinen Bedingungen für die Krankenzusatzversicherungen (AVZ AV) nach VVG der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG, Ausgabe vom 1. Juli 2010.

Art. 1 Gegenstand

Bei einem stationären Aufenthalt in Folge der Mutterschaft gewährt der Versicherer als Zusatz zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Vergütung der Behandlungs-, der Aufenthalts- und Pensionskosten. Artikel 4.5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ist anwendbar.

Art. 2 Aufnahmebedingungen

Die Zusatzversicherung für Mutterschaft kann nur zusätzlich zur Spitalversicherung oder zur Spitalversicherung für limitierte Auswahl der Heilanstalten abgeschlossen werden.

Art. 3 Versicherungsgarantie

Der Versicherungsnehmer hat die Auswahl aus folgenden Deckungen:

Allgemeine Abteilung: Deckung der Spitalkosten in der allgemeinen Abteilung (Zimmer mit mehr als zwei Betten) eines öffentlichen oder privaten Krankenhauses;

Halbprivate Abteilung: Deckung der Spitalkosten bei Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung (Zweibettzimmer) eines öffentlichen oder privaten Krankenhauses;

Private Abteilung: Deckung der Spitalkosten bei Aufenthalt in der Privatabteilung (Einbettzimmer) eines öffentlichen oder privaten Krankenhauses.

Art. 4 Karenzzeit

1. Für die Versicherungsgarantie «allgemeine Abteilung» beginnt der Leistungsanspruch erst nach einem Jahr der Mitgliedschaft;
2. Für die Versicherungsgarantien «halbprivat» und «privat» beginnt der Leistungsanspruch erst nach zwei Jahren der Mitgliedschaft.

Art. 5 Leistungen

1. Zusätzlich zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung:
 - a. Versicherte der allgemeinen Abteilung erhalten 20% der Leistungen der privaten Abteilung, wenn sie sich in die private Abteilung begeben, beziehungsweise 40% der Leistungen der halbprivaten Abteilung, wenn sie sich in die halbprivate Abteilung begeben;
 - b. Versicherte der halbprivaten Abteilung erhalten 75% der Leistungen der privaten Abteilung, wenn sie sich in die private Abteilung begeben;
2. Der Versicherer vergütet die Behandlungs- und Aufenthaltskosten der Mutter und des Neugeborenen in einer öffentlichen Heilanstalt oder einer Privatklinik, insofern das Neugeborene beim Versicherer versichert ist.

Art. 6 Beteiligung des Versicherungsnehmers

Der Versicherer vergütet für Entbindungen, welche die Spitalaufenthaltsdauer von 6 Tagen nicht überschreiten, einen täglichen Beitrag von Fr. 100.– pro vermiedenen Aufenthaltstag. Spitalaufenthalte, welche pauschal fakturiert werden sind jedoch von dieser Regelung ausgeschlossen.