

Zusätzliche Versicherungsbedingungen Spitalversicherung PE

HEGA01-A6 – Ausgabe 01.10.2003 (mit Nachtrag vom 01.01.2024)

Inhaltsverzeichnis

A. Allgemeines

- Art. 1 Gegenstand der Versicherung
- Art. 2 Versicherungsmöglichkeiten
- Art. 3 Vorgeburtlicher Versicherungsabschluss
- Art. 4 Begriffe
- Art. 5 Anwendbare Bestimmungen

B. Leistungen

- Art. 6 Akutspitalbedürftigkeit
- Art. 7 Leistungsumfang
- Art. 8 Leistungsdauer
- Art. 9 Leistungen bei Unterversicherung
- Art. 10 Badekuren
- Art. 11 Erholungskuren
- Art. 12 Meldepflicht

- Art. 13 Haushaltshilfe
- Art. 14 Zweitmeinung
- Art. 15 Auslandsleistungen PE1
- Art. 16 Ausrichtung der Leistungen
- Art. 17 Leistungsausschluss

C. Varianten der Leistungen Spitalversicherung PE

- Art. 18 Wählbare Franchise
- Art. 19 Eingeschränkte Spitalwahl
- Art. 20 Ausweitung der Spitalwahl

D. Übergangsregelung

- Art. 21 Prämienrabatt

Die untenstehenden Bestimmungen ergeben sich aus den Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVZ PA), Ausgabe vom 1. Oktober 2003 der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG gemäss VVG.

A. Allgemeines

Art. 1 Gegenstand der Versicherung

1. Die Spitalversicherung PE gilt als Zusatzversicherung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegezusatzversicherungen (AVB - Ausgabe 01.10.2003).
2. Die Spitalversicherung PE übernimmt die Kosten eines Aufenthalts in einem Spital. Zusätzlich werden Beiträge an Bade- und Erholungskuren sowie an Haushaltshilfen ausgerichtet.
3. Für Versicherte, die eine besondere Form der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG Artikel 62 KVG führen (z. B. HMO, Hausarztmodell), gelten zudem die diesbezüglichen Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB).

Art. 2 Versicherungsmöglichkeiten

1. Es können folgende Versicherungsmöglichkeiten gewählt werden:
 - PE 1: private Abteilung
 - PE 2: halbprivate Abteilung
 - PE 3: allgemeine Abteilung

2. Diese Versicherungsmöglichkeiten können in den folgenden Varianten abgeschlossen werden:
 - ohne Unfalldeckung
 - mit Unfalldeckung
 - ohne Franchise
 - mit wählbarer Franchise (PE 1 und PE 2)
 - mit freier Spitalwahl nach KVG
 - mit eingeschränkter Spitalwahl
 - mit Ausweitung der Spitalwahl

Art. 3 Vorgeburtlicher Versicherungsabschluss

Wird der Versicherungsantrag vor der Geburt gestellt, wird das Kind ohne Vorbehalt in die PE 3 aufgenommen. Ein vorgeburtlicher Versicherungsabschluss für die PE 1 und PE 2 ist nicht möglich.

Art. 4 Begriffe

1. Als Spital gelten ärztlich geleitete und überwachte Heilanstalten oder deren Abteilungen, die zur stationären Behandlung akuter Krankheiten oder Unfallfolgen oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen und in der Spitalliste des

Kantons (KVG Art. 39, Abs. 1, Bst. e) aufgeführt sind. Sie müssen eine ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten, über das erforderliche Fachpersonal und über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen sowie eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten. Als Spital in diesem Sinn gelten auch psychiatrische Kliniken.

2. Nicht als Spital gelten Kurheime, Altersheime, Alterspflegeheime, Chronischkrankenheime, Sterbehospize und andere Heilanstalten, die nicht für die Behandlung von Akutkranken vorgesehen sind.
3. Als private Abteilung gilt ein Ein- oder ausnahmsweise Zweibett-Zimmer mit vom Versicherer anerkanntem Tarif.
4. Als halbprivate Abteilung gilt ein Zweibett-Zimmer oder ausnahmsweise ein Zimmer mit mehr als zwei Betten mit vom Versicherer anerkanntem Tarif.
5. Als allgemeine Abteilung gilt ein Mehrbett-Zimmer mit vom Versicherer anerkanntem Tarif.
6. Kennt ein Spital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilungen als die obgenannten oder werden die Tarife einer Abteilung vom Versicherer nicht anerkannt, so handelt es sich um eine private Abteilung. Der Versicherer kann Maximaltarife festlegen, die als Kriterium für die Einteilung zu den versicherten Abteilungen gelten. Der Versicherer führt eine Liste der Spitäler, die keine private, halbprivate oder allgemeine Abteilung im Sinn dieser Bestimmungen führen. Diese Liste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise verlangt werden.

Art. 5 Anwendbare Bestimmungen

Für alle in diesen Zusätzlichen Versicherungsbedingungen nicht besonders geregelten Fragen gelten die gesetzlichen Bestimmungen sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegezusatzversicherungen (AVB).

B. Leistungen

Art. 6 Akutspitalbedürftigkeit

Die Spitalleistungen werden gewährt

1. wenn unter Berücksichtigung der Diagnose und der Gesamtheit der ärztlichen Behandlung eine Akutspitalbedürftigkeit besteht,
2. für jenes Akutspital bzw. jene Spitalabteilung, in die der Versicherte aus medizinischen Gründen gehört.

Art. 7 Leistungsumfang

1. Sofern und solange die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind, umfassen die Leistungen sämtliche Aufenthaltskosten und Kosten der wissenschaftlich anerkannten Behandlung des Akutspitals sowie Behandlungskosten der Ärzte je nach vereinbarter Versicherung (allgemeine, halbprivate oder private Abteilung) nach vom Versicherer anerkanntem Tarif.
2. Kann durch einen kostengünstigeren ambulanten Eingriff ein stationärer Akutspitalaufenthalt vermieden werden (teilstationäre Behandlung) und besteht zwischen der In-

stitution, in welcher der ambulante Eingriff vorgenommen wird, und dem Versicherer ein Vertrag, werden die Kosten des Eingriffs nach Vertragsansätzen aus der Spitalversicherung PE übernommen. Für die gesetzlichen Pflichtleistungen übersteigenden Kosten wird keine Kostenbeteiligung erhoben.

Art. 8 Leistungsdauer

1. Bei stationärer Behandlung in einem Akutspital werden die versicherten Leistungen zeitlich unbeschränkt ausgerichtet, solange die Akutspitalbedürftigkeit besteht.
2. Bei stationärer Behandlung in einer psychiatrischen Klinik werden die versicherten Leistungen ausgerichtet, solange der Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik medizinisch notwendig ist und kein chronisches Krankheitsbild vorliegt, maximal jedoch während 180 Tagen innerhalb eines Kalenderjahrs.

Art. 9 Leistungen bei Unterversicherung

1. PE 2-Versicherten werden bei Aufenthalt in der privaten Abteilung 75% der Leistungen der PE 1, höchstens jedoch 75% des Maximaltarifs gemäss Artikel 4, Absatz 6 vergütet.
2. PE 3-Versicherten werden bei Aufenthalt in der privaten Abteilung 20% der Leistungen der PE 1, bei Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung 40% der Leistungen der PE 2, höchstens jedoch 20% bzw. 40% des Maximaltarifs gemäss Artikel 4, Absatz 6 vergütet.
3. PE 1-Versicherten werden bei Aufenthalt in einem Spital, das die vom Versicherer anerkannten Tarife für die private Abteilung überschreitet, höchstens die Maximaltarife gemäss Artikel 4, Absatz 6 vergütet.
4. Bei Geburt in der privaten oder halbprivaten Abteilung einer Heilanstalt bzw. in der allgemeinen Abteilung eines ausserkantonalen Spitals werden die ungedeckten Kosten für das Neugeborene, das beim Versicherer ab Geburt versichert ist, aus der Spitalversicherung PE der Mutter übernommen.

Art. 10 Badekuren

1. Bei ärztlich verordneten, stationär durchgeführten Badekuren in einem ärztlich geleiteten, inländischen Heilbad gemäss KVG Artikel 40 werden pro Tag folgende Leistungen ausgerichtet:

PE 1:	bis Fr. 70.–
PE 2:	bis Fr. 50.–
PE 3:	bis Fr. 30.–

Diese Beiträge werden auch gewährt, wenn die ärztlich verordnete, stationäre Badekur in einem ärztlich geleiteten europäischen Heilbad durchgeführt wird, das über das erforderliche Fachpersonal und ein zweckentsprechendes Therapieangebot zur Behandlung von Badekurpatienten verfügt.

2. Diese Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn der Kur eine intensive, wissenschaftlich anerkannte und zweckdienliche Behandlung vorausgegangen oder eine solche ambulant nicht möglich ist. Zudem hat bei Kurantritt eine

ärztliche Eintrittsuntersuchung zu erfolgen, und es müssen in der Schweiz wissenschaftlich anerkannte balneologische/physikalische Anwendungen gemäss Kurplan durchgeführt werden.

3. Die versicherte Tagesleistung wird während maximal 21 Tagen pro Kalenderjahr ausgerichtet.

Art. 11 Erholungskuren

1. Ist zur Ausheilung oder Erholung nach einer schweren Krankheit oder schweren Operation ein Kuraufenthalt medizinisch notwendig und ärztlich verordnet, werden pro Tag folgende Leistungen ausgerichtet:
PE 1: bis Fr. 70.–
PE 2: bis Fr. 50.–
PE 3: bis Fr. 30.–
2. Die Kur muss in einer vom Versicherer anerkannten, inländischen Kuranstalt durchgeführt werden. Der Versicherer führt eine Liste der von ihm anerkannten Kuranstalten, welche er laufend anpasst. Die Liste kann beim Versicherer eingesehen oder auzugsweise verlangt werden.
3. Die versicherten Leistungen werden während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr ausgerichtet.

Art. 12 Meldepflicht

Die ärztliche Kurverordnung ist rechtzeitig vor Antritt der Kur einzureichen, unter Angabe der Kuranstalt oder des Heilbades und des Datums des Kurantritts.

Art. 13 Haushaltshilfe

1. Wenn der Versicherte aufgrund einer ärztlichen Verordnung bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit wegen seines Gesundheitszustands und wegen seiner persönlichen familiären Verhältnisse eine Haushaltshilfe benötigt, werden an die ausgewiesenen und von der Versicherung Diversa nicht gedeckten Kosten pro Tag folgende Leistungen ausgerichtet:
PE 1: bis Fr. 70.–
PE 2: bis Fr. 50.–
PE 3: bis Fr. 30.–
2. Als Haushaltshilfe gilt, wer beruflich auf eigene Rechnung oder für eine Organisation in Vertretung des Versicherten den Haushalt besorgt. Der gleiche Beitrag kann auch ausgerichtet werden, wenn eine andere Person in Vertretung des erkrankten Versicherten den Haushalt besorgt und die damit verbundenen Kosten ausgewiesen sind.
3. Die versicherte Tagesleistung wird höchstens 30 Mal pro Kalenderjahr ausgerichtet.
4. Die Leistungen an Haushaltshilfen werden nicht gleichzeitig mit anderen Leistungen der Spitalversicherung PE gewährt.

Art. 14 Zweitmeinung

Versicherte können sich vor einem operativen Eingriff an den beratenden Arzt des Versicherers wenden, damit die medizinische Notwendigkeit des Eingriffs von ihm oder einem weiteren Arzt beurteilt wird. Die Kosten dieser Abklärung gehen zulasten des Versicherers.

Art. 15 Ausandleistungen PE 1

1. Aus der PE 1 werden bei einem akuten, medizinisch notwendigen stationären Aufenthalt in einem Akutspital oder einer psychiatrischen Klinik im Ausland die Kosten der in der Schweiz wissenschaftlich anerkannten Behandlung und die Kosten für Unterkunft und Verpflegung übernommen.
Aus der PE 2 und PE 3 werden im Ausland keine Leistungen ausgerichtet.
2. Die obgenannten Leistungen werden nur bis zum Zeitpunkt einer medizinisch zumutbaren Heimreise oder Verlegung in eine schweizerische Heilanstalt gewährt.
3. Ausandleistungen werden nur für Behandlungen im jeweiligen Aufenthaltsland gewährt. Für Verlegungen und Behandlungen in Drittstaaten können keine Leistungen beansprucht werden.
4. Begeben sich Versicherte zur Behandlung, Pflege oder Niederkunft ins Ausland, werden keine Leistungen gewährt.
5. Der Versicherte hat die für die Ausrichtung der Leistungen notwendigen medizinischen Angaben und die detaillierte Originalrechnung in einer schweizerischen Landessprache oder in englischer Sprache einzureichen. Kann der Versicherte keine detaillierten Rechnungen beibringen, so werden die Leistungen unter Berücksichtigung der Art, Schwere und Dauer der Krankheit bzw. der Unfallfolgen festgesetzt.
6. Für Grenzgänger gilt als Ausland, was ausserhalb der Schweiz sowie ausserhalb eines Grenzkorridors von 20 Kilometer ab der Schweizer Landesgrenze liegt.

Art. 16 Ausrichtung der Leistungen

1. Die Ausrichtung der Leistungen richtet sich nach AVB Artikel 33.
2. Lehnt der Wohnkanton entgegen KVG Artikel 41, Absatz 3 die Übernahme der Mehrkosten einer medizinisch begründeten ausserkantonalen Hospitalisation ab, rechnet der Versicherer die Leistungen so ab, wie wenn der Kanton die ausserkantonalen Mehrkosten im Rahmen eines Aufenthalts auf der allgemeinen Abteilung übernehme.

Art. 17 Leistungsausschluss

Aus der Spitalversicherung PE werden keine Leistungen ausgerichtet:

1. für ambulante Behandlungen, mit Ausnahme von Artikel 7, Absatz 2
2. für Behandlung und Aufenthalt in Akutspitalern und psychiatrischen Kliniken wegen Drogen-, Suchtmittel-, Alkohol- oder Medikamentenmissbrauchs sowie bei chronischer Erkrankung
3. für persönliche Unkosten (Telefon, Porti, TV, Radio usw.)
4. für zahnärztliche Behandlungen, die nicht zu den Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehören
5. für Behandlung, Pflege, Überwachung und Aufenthalt in einem Pflege-, Chronischkranken- oder Altersheim

6. für Behandlung und Aufenthalt bei Organtransplantationen, für die der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenkassen (SVK) Fallpauschalen vereinbart hat. Dies gilt auch für Kliniken ohne vereinbarte Fallpauschale
7. für Behandlungen in Spitälern, die nicht in der Spitalliste des Kantons (KVG Art. 39, Abs. 1, Bst. e) aufgeführt sind. Vorbehalten bleibt die Versicherung mit Ausweitung der Spitalwahl
8. bei PE 2 und PE 3: für Behandlungen im Ausland
9. in den Fällen, die in AVB Artikel 31 aufgeführt sind

C. Varianten der Leistungen Spitalversicherungen PE

Art. 18 Wählbare Franchise

1. Gegen eine entsprechende Reduktion der Prämien steht den Versicherten der PE 1 und PE 2 die Möglichkeit zu, die zulasten der Spitalversicherung PE entstehenden Kosten bis zu einem festen Betrag pro Kalenderjahr (Franchise) selbst zu übernehmen. Als wählbare Franchise sind möglich:
 - Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr
 - Fr. 2'000.– pro Kalenderjahr
 - Fr. 3'000.– pro Kalenderjahr
 - Fr. 5'000.– pro Kalenderjahr
 - Fr. 10'000.– pro Kalenderjahr
2. Die Wahl einer Franchise in der bereits bestehenden Spitalversicherung PE ist unabhängig von Gesundheitszustand und Alter auf den Beginn eines Monats möglich.
3. Der Wechsel von einer tieferen zu einer höheren Franchise ist unabhängig von Gesundheitszustand und Alter auf das Ende eines Kalenderjahrs möglich.
4. Für den Wechsel zu einer tieferen Franchise ist ein neues Aufnahmeverfahren mittels Versicherungsantrag notwendig. Er ist erstmals nach einer Versicherungsdauer von drei Jahren unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten auf das Ende eines Kalenderjahrs möglich.
5. Besteht die Versicherung mit wählbarer Franchise nicht während eines ganzen Kalenderjahrs, wird die Franchise pro rata temporis berechnet.
6. Versicherte mit wählbarer Franchise haben die gewählte Franchise pro Kalenderjahr bei Beanspruchung der Spitalversicherung PE vorab selbst zu tragen.
7. Bei kurzfristigen Spitalaufenthalten über das Jahresende wird die gewählte Franchise nur einmal erhoben. Als kurzfristige Spitalaufenthalte gelten solche mit einer Dauer von maximal 30 Tagen.
8. Begeben sich Versicherte mit wählbarer Franchise in eine allgemeine Abteilung gemäss Artikel 4, Absatz 5 wird auf die Erhebung der Franchise verzichtet.
9. Begeben sich Versicherte der PE 1 mit wählbarer Franchise in eine halbprivate Abteilung gemäss Artikel 4, Absatz 4 wird nur die Hälfte der Franchise erhoben.

Art. 19 Eingeschränkte Spitalwahl

1. Gegen eine entsprechende Reduktion der Prämien steht den Versicherten der Spitalversicherung PE die Möglichkeit offen, die Variante der eingeschränkten Spitalwahl abzuschliessen.
2. In der Variante der eingeschränkten Spitalwahl beschränkt sich die Leistungsdeckung auf die vom Versicherer bezeichneten Akutspitäler. Der Versicherer führt eine Liste derjenigen Akutspitäler, die bei dieser Variante ausgewählt werden können, welche er laufend anpasst. Diese Liste kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise verlangt werden.
3. Bei Notfall oder wenn die erforderlichen Leistungen in den bezeichneten Akutspitälern nicht angeboten werden, besteht volle Deckung. Vorbehalten bleibt Artikel 9.
4. Der Wechsel von der Variante der eingeschränkten Spitalwahl zur Deckungsvariante ohne Einschränkung der Spitalwahl ist erstmals nach einer Versicherungsdauer von drei Jahren auf das Ende eines Kalenderjahrs möglich, nachher auf das Ende eines jeden Kalenderjahrs. In jedem Fall ist eine Kündigungsfrist von 12 Monaten einzuhalten. Ein neues Aufnahmeverfahren mittels Versicherungsantrag ist nicht notwendig.

Art. 20 Ausweitung der Spitalwahl

1. Gegen einen entsprechenden Aufschlag der Prämien steht den Versicherten der Spitalversicherung PE die Möglichkeit offen, die Variante mit Ausweitung der Spitalwahl abzuschliessen.
2. In der Variante mit Ausweitung der Spitalwahl gewährt der Versicherer auch an Aufenthalte in denjenigen Spitälern Leistungen, die nicht in der Spitalliste des Kantons (KVG Art. 39, Abs. 1, Bst. e) aufgeführt sind.
3. Die Leistungen richten sich höchstens nach dem vom Versicherer für das betreffende Spital anerkannten Maximaltarif.

D. Übergangsregelung

Art. 21 Prämienrabatt

Versicherte, die bereits vor 1997 der Spitalversicherung PE angehörten, kommen in den Genuss eines Prämienrabatts. Die Höhe des Rabatts richtet sich nach der Versicherungsdauer der am 31. Dezember 1996 bestehenden Versicherung.

Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG (GMA AG)

Nachtrag zu den Besonderen Bedingungen - Version vom 01.01.2024 - Spitalversicherung PE - HEGA01

Die Bestimmungen des Nachtrags gelten ab dem 1. Januar 2024 für Personen, die über die Spitalzusatzversicherung PE – HEGA01 verfügen.

Definitionen

Art. 4 Abs. 6 wird gestrichen

Leistungsumfang

Ersetzt Art. 7

1. Der Versicherer übernimmt die Kosten von anerkannten Einrichtungen und Ärzten, d.h. von Einrichtungen und Ärzten, mit denen der Versicherer einen Tarifvertrag abgeschlossen hat, sofern und solange die Bedingungen für den Leistungsanspruch erfüllt sind.
2. Kann durch einen kostengünstigeren ambulanten Eingriff ein stationärer Akutspitalaufenthalt vermieden werden (teilstationäre Behandlung) und besteht zwischen der Institution, in welcher der ambulante Eingriff vorgenommen wird, und dem Versicherer ein Vertrag, werden die Kosten des Eingriffs nach Vertragsansätzen aus der Spitalversicherung PE übernommen. Für die gesetzlichen Pflichtleistungen übersteigenden Kosten wird keine Kostenbeteiligung erhoben.
3. Bezieht ein Versicherter Leistungen einer nicht anerkannten Einrichtung oder eines nicht anerkannten Arztes, werden ihm für deren Leistungserbringung entsprechend der Behandlungsform (Akutpflege, Rehabilitation oder Psychiatrie) und der Abteilung (halbprivat oder privat) die effektiv in Rechnung gestellten stationären Spitalleistungen ausgerichtet, höchstens aber folgende Beträge pro Spitalübernachtung:

	Betrag pro Spitalübernachtung			
	Akutpflege		Rehabilitation und Psychiatrie	
	Halbprivat	Privat	Halbprivat	Privat
Nicht anerkannter Arzt: Rückerstattung der Arztkosten	Fr. 500.–	Fr. 500.–	Fr. 0.–	Fr. 0.–
Nicht anerkanntes Spital: Rückerstattung der Spitalkosten	Fr. 300.–	Fr. 500.–	Fr. 100.–	Fr. 150.–
Spital und Arzt nicht anerkannt: Totale Rückerstattung - Arztkosten - Spitalkosten	Fr. 800.– - Fr. 500.– - Fr. 300.–	Fr. 1'000.– - Fr. 500.– - Fr. 500.–	Fr. 100.– - Fr. 0.– - Fr. 100.–	Fr. 150.– - Fr. 0.– - Fr. 150.–

Die Liste der Leistungserbringer und der Höchstbeträge steht auf der Website des Versicherers zur Verfügung oder wird auf Anfrage abgegeben. Massgebend ist die zum Zeitpunkt der Behandlung gültige Liste.

Die Liste der Leistungserbringer kann vom Versicherer jederzeit angepasst werden. Bei einer Anpassung der Liste steht dem Versicherungsnehmer kein Kündigungsrecht zu.

Art. 9 Abs. 1 und 2 sind bei Leistungen einer nicht anerkannten Einrichtung oder eines nicht anerkannten Arztes nicht anwendbar.

Sparmassnahmen

Verzichtet ein Versicherter aus freiem Willen oder auf Antrag des Versicherers auf einen Aufenthalt in der halbprivaten oder privaten Abteilung zugunsten der allgemeinen Abteilung, kann ihm der Versicherer eine Entschädigung in der Höhe von bis zu 50% der nach seiner Einschätzung eingesparten Kosten, maximal jedoch Fr. 5000.– pro Spitalaufenthalt, entrichten.

Leistungen bei Unterversicherung

Art. 9 Abs. 3 wird gestrichen

Erweiterung der Spitalwahl

Art. 20 wird gestrichen