

Besondere Bedingungen über die Versicherung für Spitalbehandlungskosten

HG

HGAMMO-A3 – Ausgabe 01.09.2010

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Zweck der Versicherung	Art. 4	Umfang der Leistungen
Art. 2	Versicherbare jährliche Leistungsbeträge	Art. 5	Prämien
Art. 3	Leistungsanspruch und Wartefrist		

Die untenstehenden Bestimmungen ergeben sich aus den Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen AVZ (Ausgabedatum gemäss Versicherungspolice).

Art. 1 Zweck der Versicherung

Dieser Versicherungsweig deckt die Kosten von Behandlungen anlässlich eines Aufenthaltes in einer Heilanstalt, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden.

Art. 2 Versicherbare jährliche Leistungsbeträge

Der Versicherer garantiert die durch die vorliegenden Versicherungsbedingungen vorgesehenen Leistungen bis zu folgenden Maximalbeträgen:

- a. Klasse 1: Fr. 2'000.– pro Kalenderjahr
- b. Klasse 2: Fr. 4'000.– pro Kalenderjahr
- c. Klasse 3: Fr. 6'000.– pro Kalenderjahr
- d. Klasse 4: Fr. 10'000.– pro Kalenderjahr
- e. Klasse 5: Fr. 12'000.– pro Kalenderjahr
- f. Klasse 6: Fr. 15'000.– pro Kalenderjahr
- g. Klasse 7: Fr. 20'000.– pro Kalenderjahr
- h. Klasse 8: Fr. 25'000.– pro Kalenderjahr
- i. Klasse 9: Fr. 40'000.– pro Kalenderjahr
- j. Klasse 10: unbegrenzter Betrag

Art. 3 Leistungsanspruch und Wartefrist

1. Das Anrecht auf Versicherungsleistungen beginnt nach einer Wartefrist von 2 Monaten. Bei Leistungen für Mutterschaft beträgt die Wartefrist 12 Monate.
2. Das Anrecht auf die versicherten Behandlungskosten gilt jedes Jahr bis zum festgelegten Betrag.

Art. 4 Umfang der Leistungen

1. Als Spitalbehandlungskosten bis zum in Art. 2 vorgesehenen Maximalbetrag gelten die Kosten für die ärztliche Behandlung, einschliesslich der Kosten für Operationen, Untersuchungen, der Benützung des Operationssaals oder des Entbindungssaals, Narkosen, Operationsassis-

tenz, Verbandsmaterial, Röntgenaufnahmen und Durchleuchtungen, Medikamente, die erforderliche Beaufsichtigung und die Desinfektion.

2. Der Versicherer behält sich das Recht vor, Leistungen zu kürzen, wenn übersetzte Tarife für die Heilungskosten oder Arztkosten angewendet werden. Als übersetzt gelten Arzthonorare und alle anderen Kosten, die das Doppelte der vertraglich vereinbarten kantonalen Tarife der geltenden obligatorischen Krankenpflegeversicherung übersteigen.
3. Keine Leistungen werden gewährt für den Aufenthalt in Heilanstalten wegen Bade-, Erholungs-, Entwöhnungskuren und in Privatabteilungen von psychiatrischen Kliniken. Keine Leistungen werden ausgerichtet, wenn sich der Versicherte zur Behandlung in eine ausländische Heilanstalt begibt. Für maximal 90 Tage werden jedoch die Leistungen gewährt, wenn der Versicherte während eines vorausgehenden Auslandsaufenthaltes plötzlich erkrankt und eine Rückkehr in die Schweiz aus medizinischen Gründen nicht erfolgen kann. Das Unfallrisiko ist im Rahmen der statutarischen Leistungspflicht des Versicherers in den Versicherungsschutz einbezogen, ausgeschlossen für SUVA- und UVG-Versicherte.

Art. 5 Prämien

1. Der Versicherte, der während eines Jahres das Höchstalter seiner Altersklasse erreicht, wird auf Beginn des nächsten Kalenderjahres automatisch in die nächsthöhere Altersklasse umgeteilt. Folgende Altersklassen sind massgebend:
 - Kinder: 0-18 Jahre
 - Jugendliche: 19-25 Jahre
 - ab dem 26. Altersjahr werden die Altersklassen jeweils nach fünf Jahren unterteilt.
2. Für die Klasse 10 hängt der Prämientarif vom Eintrittsalter in diesem Versicherungszweig ab