

Besondere Bedingungen der kombinierten Spitalversicherung

Kategorie HC

HCGAJU201 - Ausgabe 01.01.2008

Inhaltsverzeichnis

Art. 1 Zweck der Versicherung

Art. 2 Versicherungsklassen

Art. 3 Franchisen

Art. 4 Aufnahmebedingungen

Art. 5 Beginn des Leistungsanspruchs

Art. 6 Versicherte Leistungen

Art. 7 Mutterschaft

Art. 8 Umfang und Dauer der Leistungen

Art. 9 Ausrichtung der Leistungen

Art. 10 Pflichten des Versicherten

Art. 11 Prämien

Art. 12 Kostenbeteiligung

Art. 13 Sparmassnahmen

Art. 1 Zweck der Versicherung

Diese Versicherung deckt die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Unfall und Mutterschaft. Mutterschaft kann von der Versicherungsdeckung ausgeschlossen werden.

Art. 2 Versicherungsklassen

Die kombinierte Spitalversicherung umfasst vier Versicherungsklassen:

Klasse 1:

allgemeine Abteilung eines Allgemeinspitals oder einer psychiatrischen Klinik in der Schweiz, für Akut-Patienten.

Klasse 2:

halbprivate Abteilung (Mehrbettzimmer) eines Allgemeinspitals oder einer psychiatrischen Klinik in der Schweiz, für Akut-Patienten.

Klasse 3:

private Abteilung (Einbettzimmer) eines Allgemeinspitals oder einer psychiatrischen Klinik in der Schweiz, für Akut-Patienten.

Klasse 4:

private Abteilung (Einbettzimmer) eines Allgemeinspitals oder einer psychiatrischen Klinik weltweit, für Akut-Patienten.

Art. 3 Franchisen

Den Versicherten der Versicherungsklassen 2, 3 und 4 stehen die folgenden Franchisen offen:

- Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr;
- Fr. 2'000.– pro Kalenderjahr;
- Fr. 3'000.– pro Kalenderjahr;
- Fr. 5'000.– pro Kalenderjahr.

Art. 4 Aufnahmebedingungen

Alle Personen können der kombinierten Spitalversicherung bis zu dem Tag beitreten, an dem sie das 60. Altersjahr erreichen.

Art. 5 Beginn des Leistungsanspruchs

- Der Anspruch auf die Leistungen der kombinierten Spitalversicherung beginnt mit dem Inkrafttreten dieser Versicherung.
- Bei Mutterschaftsleistungen besteht eine Karenzzeit gemäss Art. 7 der vorliegenden Versicherungsbedingungen.

Art. 6 Versicherte Leistungen

- Allgemeines
Bei einem Spitalaufenthalt übernimmt der Versicherer die Behandlungs- und die Unterkunfts-/Pensionskosten entsprechend der gewählten Versicherungsklasse. Die Leistungen dieses Versicherungszweiges werden ergänzend zu denjenigen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht.
- Spitalaufenthalt in einer anderen Abteilung
Hält sich ein Versicherter der Klasse 1 oder 2 in einer höheren als der seiner Versicherungsklasse entsprechenden Abteilung auf, so werden ihm die folgenden Maximalleistungen ausgerichtet:
Klasse 1:
Fr. 50.– pro Tag für die Unterkunfts- und Pensionskosten und Fr. 2'500.– pro Kalenderjahr für die Behandlungskosten;
Klasse 2:
80% der Unterkunfts-/Pensionskosten und der Behandlungskosten.

3. Spitalaufenthalt im Ausland
Erkrankt oder verunfallt ein Versicherter im Ausland und muss er stationär behandelt werden, so gewährt ihm der Versicherer während längstens 60 Tagen pro Kalenderjahr die folgenden Leistungen im Rahmen der gewählten Leistungsklasse:
- Klasse 1: höchstens Fr. 500.– pro Tag;
 - Klasse 2: höchstens Fr. 1'000.– pro Tag;
 - Klasse 3: höchstens Fr. 1'500.– pro Tag;
 - Klasse 4: höchstens Fr. 3'000.– pro Tag.
- Ohne vorgängige Zustimmung des Versicherers werden vom Versicherten freiwillig gewünschte Auslandbehandlungen nicht übernommen.

Art. 7 Mutterschaft

- Die Leistungen der kombinierten Spitalversicherung werden bei Schwangerschaft und Niederkunft erst nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten ausgerichtet.
- Bei einem Schwangerschaftsabbruch im Sinne des Gesetzes und für jede weitere Mutterschaftsleistung gilt die Karenzzeit gemäss Absatz 1.
- Erfolgt die Entbindung in einer Heilanstalt und dauert der Aufenthalt in der halbprivaten oder privaten Abteilung weniger als 6 Tage, dann gewährt der Versicherer den Versicherten der Klassen 2, 3 und 4 eine Vergütung von Fr. 200.– pro eingesparten Spitaltag. Spitalaufenthalte, die in Form eines pauschalen Gesamtbetrages in Rechnung gestellt werden, geben keinen Anspruch auf diese Vergütung. Absatz 1 bleibt vorbehalten.
- Bei Entbindung zu Hause erhält die Versicherte der Klasse 2 eine Vergütung von Fr. 800.– und jene der Klasse 3 und 4 eine Vergütung von Fr. 1'200.–. Absatz 1 bleibt vorbehalten.
- Hält sich eine Versicherte in der Spitalabteilung auf, die ihrer Versicherungsdeckung entspricht, so übernimmt der Versicherer auch die Aufenthaltskosten für das Neugeborene während des Spitalaufenthaltes der Mutter, sofern das Kind ebenfalls beim Versicherer versichert ist. Die persönlichen Kosten sind nicht gedeckt. Absatz 1 bleibt vorbehalten.

Art. 8 Umfang und Dauer der Leistungen

Die Leistungen der kombinierten Spitalversicherung werden unter Vorbehalt der folgenden Bestimmungen übernommen:

- Der Versicherer übernimmt die vom KVG anerkannten Behandlungskosten, die Unterkunfts-/Pensionskosten im Spital und die Arzthonorare gemäss Vertrag oder kantonaler Tarifordnung.
- Der Versicherer behält sich das Recht vor, den Anspruch auf Leistungen einzuschränken, wenn übersetzte Tarife entweder im Bereich der Unterkunfts- und Pensionskosten oder im Bereich

der Arztkosten in Rechnung gestellt werden. Als übersetzt gelten namentlich die Arzthonorare und die Unterkunfts- und Pensionskosten, welche den doppelten Betrag der im Kanton für die obligatorische Krankenpflegeversicherung geltenden Vertragstarife übersteigen.

- Fehlt eine Vereinbarung im Bereich der Arzthonorare, so gilt als anerkannter Tarif jener Tarif, der nach dem Spitalleistungskatalog für die obligatorische Krankenpflegeversicherung erstellt wurde, mit einem Zuschlag von höchstens 50% für die halbprivate Abteilung resp. von höchstens 100% für die private Abteilung.
- Kennt ein Spital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilung als die in Artikel 2 genannten oder wurde keine Vereinbarung mit dem Versicherer abgeschlossen, so anerkennt dieser nur die private Abteilung. Nur die Versicherten der Klasse 3 und 4 können Anspruch auf eine Übernahme von Leistungen erheben.
- Für bestimmte Anstalten, Spitalabteilungen oder Kliniken, welche die unter Buchstabe a und b dieses Artikels vorgesehenen Normen nicht einhalten, kann der Versicherer die Ausrichtung der Leistungen aus der kombinierten Spitalversicherung betraglich limitieren oder verweigern. Eine Liste wird zur Verfügung der Versicherten gehalten.
- Im Rahmen der vorliegenden Versicherung gibt es keine Versicherungsdeckung bei Transplantationen, für welche der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenkassen (SVK) in Solothurn Fallpauschalen vereinbart hat. Diese Regel gilt auch für die Kliniken, für welche keine Fallpauschale vereinbart worden ist.
- Der Leistungsanspruch erlischt in den vier Klassen, sobald der Kranke nicht mehr als Akut-Patient gilt.
- Nach einem Spitalaufenthalt von 60 Tagen im Verlauf eines Kalenderjahres in einer psychiatrischen Anstalt werden die Leistungen der kombinierten Spitalversicherung nicht mehr ausgerichtet. Nach dieser Frist und bei mangelhafter obligatorischer Krankenpflegeversicherung werden dem Versicherten jene Leistungen gewährt, die wertmässig jenen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entsprechen.
- In den Klassen 2, 3 und 4 werden die Leistungen aus der kombinierten Spitalversicherung nach einem Spitalaufenthalt von 90 Tagen im Verlauf eines Kalenderjahres nicht mehr ausgerichtet. Nach dieser Frist und bei mangelhafter obligatorischer Krankenpflegeversicherung werden dem Versicherten jene Leistungen gewährt, die im Wert mit jenen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übereinstimmen.
Die Dauer der im Ausland oder in einer psychiatrischen Klinik ausgerichteten Leistungen (60 Tage) wird an die vorerwähnten 90 Tage angerechnet.

Art. 9 Ausrichtung der Leistungen

1. Die Leistungen aus der kombinierten Spitalversicherung werden unter Beibringung der Rechnung der Heilanstalt und der Honorarforderung des Arztes ausgerichtet. Der Versicherte ermächtigt den Vertrauensarzt des Versicherers, beim behandelnden Arzt die Diagnose und alle zur Festsetzung des Leistungsanspruchs erforderlichen Auskünfte einzuholen.
2. Die Auszahlung erfolgt an den Versicherten, sofern der Versicherer die Leistungen aufgrund einer Vereinbarung nicht direkt der Heilanstalt zu bezahlen hat.

Art. 10 Pflichten des Versicherten

Vor jedem Spitalaufenthalt hat sich der Versicherte zu erkundigen, ob die Anstalt, Spitalabteilung oder Klinik, in welcher er sich behandeln lassen wird, nicht zu den vom Versicherer ausgeschlossenen Anstalten gehört.

Art. 11 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 in Schritten von jeweils 5 Jahren eingeteilt.
2. Der Prämientarif hängt vom Eintrittsalter in diesen Versicherungsweig ab.

Art. 12 Kostenbeteiligung

1. Für jeden Spitalaufenthalt in der halbprivaten oder privaten Abteilung, der keinen Anspruch auf die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gibt, wird auf den Leistungen aus diesem Versicherungsweig eine Kostenbeteiligung in folgender Höhe erhoben:
 - Fr. 20.– pro Tag für die Klasse 2;
 - Fr. 30.– pro Tag für die Klasse 3 und 4.
2. Die Versicherten mit einer Franchise unterstehen nicht der Regelung von Absatz 1 dieses Artikels.

Art. 13 Sparmassnahmen

1. Verzichtet ein Versicherter aus freiem Willen oder auf Antrag des Versicherers auf einen Aufenthalt in der halbprivaten oder privaten Abteilung, so kann ihm der Versicherer eine Entschädigung in der Höhe von bis zu 50% der eingesparten und von diesem ge-

- schätzten Kosten ausrichten, aber höchstens Fr. 5'000.– pro Spitalaufenthalt.
2. Bei einer Niederkunft zu Hause gelangt nur die Bestimmung von Art. 7 Abs. 4 zur Anwendung.