groupemutuel

Spitalzusatzversicherung Besondere Versicherungsbedingungen

HC

HCAMCV-A4– Ausgabe 01.09.2010

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Zweck und Gegenstand der Versicherung	**Art. 6**	Ausgeschlossene Leistungen
Art. 2	Leistungsklassen	**Art. 7**	Psychiatrische Behandlungen
Art. 3	Dauer und Umfang der Leistungen	**Art. 8**	Nicht versicherte Kostenbeteiligungen und Kosten
Art. 4	Meldung einer Spitaleinweisung	**Art. 9**	Prämienanpassung
Art. 5	Spitalaufenthalte		

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

Art. 1 Zweck und Gegenstand der Versicherung

Diese Versicherung bezweckt die ergänzende Übernahme der bei Krankheit und – sofern keine gegenteilige Vereinbarung getroffen wurde – bei Unfall von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Versicherung AH) nicht vollständig gedeckten Spitalkosten, mit Ausnahme der Mutterschaftsfälle (Versicherung NA). Als Spitalkosten gelten die Behandlungskosten und die Hotelkosten (Zimmer und Pension).

Art. 2 Leistungsklassen

Klasse 1: Allgemeine Abteilung
Deckung der Spitalkosten auf der allgemeinen Abteilung eines im Sinn von Artikel 39 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) anerkannten öffentlichen Allgemeinspitals oder psychiatrischen Krankenhauses in der Schweiz für Versicherte, die an einer akuten Krankheit leiden und der Durchführung von intensiven und kontinuierlichen medizinischen Massnahmen bedürfen, sofern die Bestimmungen von Artikel 41 Ziffer 3 KVG nicht anwendbar sind

Klasse 2: Halbprivate Abteilung
Gleichwertige Deckung wie jene der Klasse 1, aber auch in jeder im Sinn von Artikel 39 KVG anerkannten Heilanstalt in der Schweiz und auf der halbprivaten Abteilung (Zweibett- oder Mehrbett-Zimmer)

Klasse 3: Private Abteilung
Gleichwertige Deckung wie jene der Klasse 2, aber auf der privaten Abteilung (Einbett-Zimmer)

Varianten für die Klassen 2 und 3:
Die Wahl der Varianten «Modera» oder «Economica» gibt Anrecht auf eine Prämienreduk-tion.

Modera: Volle Deckung während 7 Tagen in allen Heilanstalten der gewählten Klasse, danach mit einer Kostenbeteiligung von Fr. 100.— pro Tag zulasten des Versicherten, sobald sein Spitalaufenthalt länger als 7 Tage dauert. Gegebenenfalls wird diese Beteiligung vom ersten Spitaltag an auf alle aus dieser Versicherung gezahlten Kosten erhoben; sie ist jedoch auf Fr. 1'500.— pro Kalenderjahr begrenzt.

Economica: Volle Deckung auf der wirtschaftlichen Abteilung einer Heilanstalt, die mit dem Versicherer eine Sondervereinbarung abgeschlossen hat oder deren Namen bei Fehlen einer solchen Vereinbarung auf einer Liste aufgeführt ist, die den Versicherten jeweils mindestens zu Beginn eines Kalenderjahres abgegeben wird. Für Notfälle muss die Heilanstalt im Sinn von Artikel 39 KVG anerkannt sein.
Integra: Volle Deckung in allen Heilanstalten der gewählten Klasse.

Art. 3 Dauer und Umfang der Leistungen

1. Die Leistungen aus dieser Versicherung werden während längstens 90 Tagen pro Spitalaufenthaltsfall ausgerichtet, unter Vorbehalt der unter Ziffer 3.2 aufgeführten Regelung.
2. Der Versicherer kann seine Kostengarantie in medizinisch begründeten Fällen über die unter Ziffer 3.1 erwähnte Periode hinaus verlängern. Eine Verlegung in ein vom Versicherer anerkanntes Rehabilitationszentrum verlängert die ursprüngliche Garantie.
3. Stellen gewisse Heilanstalten Kosten in Rechnung, die mehr als 20% von den durchschnittlich im Kanton berechneten Kosten abweichen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen Tagesansatz beschränken, den er für jede dieser Heilanstalten festlegt.
4. Der Versicherer behält sich sogar das Recht vor, gewisse Leistungserbringer (Heilanstalten, Ärzte, usw.) aus der Spitalzusatzversicherung auszuschliessen. Die Versicherten werden vorgängig über diesen Ausschluss informiert, der 30 Tage nach der schriftlichen Mitteilung in Kraft tritt.

Art. 4 Meldung einer Spitaleinweisung

Ausser bei Notfällen haben der Versicherte oder seine Angehörigen dem Versicherer jeden Spitaleintritt im Voraus zu melden. Wird diese Meldung unterlassen, so werden die Leistungen erst ab Eingang der Meldung ausgerichtet.

Art. 5 Versicherte Leistungen

1. Spitalaufenthalte

1. Lehnt der Wohnsitzkanton entgegen Artikel 41 Absatz 3 KVG 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 übernähme.
2. Hält sich ein Versicherter der Klasse 2 in der privaten Abteilung einer im Sinn von Artikel 39 KVG anerkannten Heilanstalt auf, so werden ihm die folgenden Leistungen ausgerichtet:
   - Hotelkosten (Zimmer und Pension)
   - Kostenübernahme zu 80%
   - Behandlungskosten: unbeschränkt

2. Badekuren - Erholungskuren

Bei ärztlich verordneten Badekuren oder Erholungskuren in einer inländischen Anstalt, die unter ärztlicher Leitung steht und im Sinn von Artikel 40 KVG oder vom Versicherer anerkannt ist, werden nach vorgängiger Zustimmung des Vertrauensarztes die folgenden Leistungen pro Tag ausgerichtet:
Kl. 1: Fr. 30.– Kl. 2: Fr. 40.– Kl. 3: Fr. 50.–

3. Transportkosten

Der Transport zum nächsten medizinischen Zentrum (Arzt, Spital, usw.), das für die notwendige ärztliche Versorgung geeignet ist, wird bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 1'000.– pro Fall in der Schweiz oder im Ausland gedeckt; das Gleiche gilt für medizinisch begründete Verlegungstransporte von einem Spital zum anderen (ausschliesslich zwischen Allgemeinspitälern oder psychiatrischen Krankenhäusern), unter Vorbehalt der im Rahmen vertraglicher oder anderer Abmachungen vorgesehenen Verpflichtungen von Dritten.

4. Private Krankenwache

Der Versicherer richtet höchstens Fr. 100.– pro Tag oder pro Nacht an die Kosten einer privaten Krankenwache in einem Allgemeinspital bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 500.– pro Spitalaufenthalt aus. Ein Beitrag von höchstens Fr. 50.– pro Tag oder pro Nacht bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 250.– pro Spitalaufenthalt wird ebenfalls für die in der Versicherung HC CV versicherten Kleinkinder gewährt, wenn deren Gesundheitszustand die ständige Anwesenheit des Vaters oder der Mutter oder, bei deren Fehlen, eines nahen Verwandten erfordert. Die obenerwähnten Leistungen werden auf Vorlage der von der Heilanstalt erstellten Rechnung ausgerichtet.

5. Spitalaufentalt im Ausland

Erkrankt oder verunfallt ein Versicherter während eines vorübergehenden Aufenthalts im Ausland und wird dort in ein Spital eingewiesen, so gewährt ihm der Versicherer in den Grenzen der gewählten Leistungsklasse diejenigen Leistungen, die er bei einer stationären Behandlung an seinem Wohnort in der Schweiz ausgerichtet hätte. Kann der Versicherte der Klasse 2 den Nachweis nicht erbringen, dass er sich effektiv in der Spitalabteilung aufgehalten hat, die seiner bei der Aufnahme gewählten Leistungsklasse entspricht, so findet Ziffer 5.1 Anwendung.

Art. 6 Ausgeschlossene Leistungen

In Ergänzung zu den Ausschlussgründen gemäss Artikel 6 AVB werden ebenfalls keine Leistungen aus dieser Versicherung gewährt für:

1. Behandlungen in Zusammenhang mit der Schwangerschaft ab der 13. Woche
2. einen straflosen Abbruch der Schwangerschaft nach Artikel 120 des Strafgesetzbuches
3. ärztlich unterstützte Fortpflanzung
4. Behandlungen der Sterilität
5. Entwöhnungskuren und Abhängigkeitsbehandlungen

Art. 7 Psychiatrische Behandlungen

Bei psychiatrischen Behandlungen auf der halbprivaten oder privaten Abteilung werden die Leistungen dieser Versicherung um die Hälfte gekürzt.

Art. 8 Nicht versicherte Kostenbeteiligungen und Kosten

1. Allfällige Franchisen, Selbstbehalte oder tägliche Beiträge, die den Versicherten im Rahmen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) oder kantonaler oder vertraglicher Bestimmungen bei Spitalaufenthalt in der allgemeinen Abteilung auferlegt werden, werden von dieser Zusatzversicherung nicht übernommen.
2. Persönliche Auslagen (Getränke, Telefongespräche, TV-Miete, usw.) sind nicht gedeckt.

Art. 9 Prämienanpassung

Die Prämie des Tarifs für Erwachsene, der in Altersgruppen von je fünf Jahren abgestuft ist, wird dem effektiven Lebensalter der versicherten Person angepasst. Von der Altersgruppe 26 - 30 Jahre an erhöht sie sich um 10% bei jedem Übertritt in die nächsthöhere Gruppe. Nach Eintritt in die letzte Altersgruppe (ab 61 Jahre) wird die Prämie nicht mehr erhöht.