groupemutuel

Besondere Bedingungen der Spitalzusatzversicherung

HC

HCGA02-D1 – Ausgabe 01.07.2025

Inhalt

Art. 1	Zweck der Versicherung	**Art. 7**	Versicherungsschutz bei Mutterschaft
Art. 2	Versicherungsklassen	**Art. 8**	Umfang und Dauer der Leistungen
Art. 3	Franchisen	**Art. 9**	Leistungsanspruch und Einschränkungen
Art. 4	Aufnahmebedingungen	**Art. 10**	Pflichten des Versicherten
Art. 5	Beginn des Leistungsanspruchs	**Art. 11**	Prämien
Art. 6	Versicherte Leistungen	**Art. 12**	Sparmassnahmen

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

Art. 1 Zweck der Versicherung

1. Die Versicherung bietet den Versicherten Leistungen für stationäre Spitalbehandlungen in Ergänzung zu den Leistungen der Sozialversicherungen, insbesondere der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (nachfolgend OKP) gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG).
2. Diese Versicherung deckt die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Unfall und Mutterschaft.

Art. 2 Versicherungsklassen

Die Spitalzusatzversicherung umfasst vier Versicherungsklassen:

Klasse 1
Allgemeine Abteilung eines Schweizer Akutspitals, einer psychiatrischen Klinik oder einer Rehaklinik für Patienten mit akuten Erkrankungen.

Klasse 2
Halbprivate Abteilung eines Schweizer Akutspitals (Zweibettzimmer), einer psychiatrischen Klinik oder einer Rehaklinik für Patienten mit akuten Erkrankungen.

Klasse 3
Private Abteilung eines Schweizer Akutspitals (Einbettzimmer), einer psychiatrischen Klinik oder einer Rehaklinik für Patienten mit akuten Erkrankungen.

Klasse 4
Private Abteilung eines Schweizer Akutspitals (Einbettzimmer), einer psychiatrischen Klinik oder einer Rehaklinik für Patienten mit akuten Erkrankungen.

Art. 3 Franchisen

Die Versicherten der Versicherungsklassen 2, 3 und 4 haben die Möglichkeit, folgende Franchisen zu wählen:

a. CHF 1’000 pro Kalenderjahr
b. CHF 3’000 pro Kalenderjahr.

Art. 4 Aufnahmebedingungen

Jede in der Schweiz wohnhafte Person kann den Beitritt zur Versicherung beantragen, wobei diese spätestens am Tag, an dem der Antragsteller 60 Jahre alt wird, in Kraft treten muss.

Art. 5 Beginn des Leistungsanspruchs

1. Der Anspruch auf Leistungen aus der Spitalzusatzversicherung besteht ab dem in der Versicherungspolice bestätigten Inkrafttreten.
2. Für Leistungen bei Mutterschaft gilt eine Karenzfrist gemäss Art.7 der vorliegenden Versicherungsbedingungen.

Art. 6 Versicherte Leistungen

1. Allgemeines
Bei einem Spitalaufenthalt übernimmt der Versicherer entsprechend der gewählten Versicherungsklasse die Behandlungs- und Hotellerie-Kosten, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind.

2. Spitalaufenthalt in einer anderen Abteilung in der Schweiz
Wird ein Versicherter der Klasse 1 oder 2 in einer höheren Abteilung als seiner Versicherungsklasse hospitalisiert, werden ihm die folgenden maximalen Leistungen vergütet:

Klasse 1: CHF 100 pro Tag für Hotelleriekosten und CHF 5’000 pro Kalenderjahr für Behandlungskosten
Klasse 2: 80% der Hotellerie- und Behandlungskosten

3. Spitalaufenthalt im Ausland
Erkrankt oder verunfallt ein Versicherter im Ausland und muss hospitalisiert werden, erbringt der Versicherer während maximal 60 Tagen pro Kalenderjahr gemäss der gewählten Versicherungsklasse folgende Leistungen:

a. Klasse 1: max. CHF 500 pro Tag
b. Klasse 2: max. CHF 1’000 pro Tag
c. Klasse 3: max. CHF 1’500 pro Tag
d. Klasse 4: max. CHF 3’000 pro Tag

Ohne vorgängige Zustimmung des Versicherers werden vom Versicherten freiwillig gewünschte Auslandbehandlungen nicht übernommen.

Art. 7 Versicherungsschutz bei Mutterschaft

1. Die Leistungen der Spitalzusatzversicherung bei Schwangerschaft und Niederkunft werden erst 12 Monate nach Inkrafttreten der Versicherung ausgerichtet.
2. Bei einem Schwangerschaftsabbruch im Sinne des Gesetzes und für jede weitere Mutterschaftsleistung gilt die Karenzfrist gemäss Abs. 1.
3. Bei einer ambulanten Entbindung oder einer Hausgeburt erhalten Versicherte der Klasse 2 eine Vergütung von CHF 800 und Versicherte der Klassen 3 und 4 eine Vergütung von CHF 1'200, unter Vorbehalt von Abs. 1.
4. Wenn sich eine Versicherte in der Spitalabteilung aufhält, die ihrem Versicherungsschutz entspricht, übernimmt der Versicherer auch die Aufenthaltskosten für das Neugeborene während des Spitalaufenthalts der Mutter, sofern das Kind beim gleichen Versicherer versichert ist. Die persönlichen Kosten sind nicht gedeckt. Absatz 1 bleibt vorbehalten.

Art. 8 Umfang und Dauer der Leistungen

Die Leistungen der Spitalzusatzversicherung werden unter Vorbehalt der nachstehenden Bestimmungen erbracht:

a. Der Versicherer übernimmt die Kosten von anerkannten Einrichtungen und Ärzten, d. h. von Einrichtungen und Ärzten, mit denen er einen Tarifvertrag abgeschlossen hat.
b. Bezieht ein Versicherter Leistungen einer nicht anerkannten Einrichtung oder eines nicht anerkannten Arztes, werden ihm für deren Intervention entsprechend der Leistungsart (Akutpflege, Rehabilitation oder Psychiatrie) und der Abteilung (halbprivat oder privat) die effektiv in Rechnung gestellten stationären Spitalleistungen ausgerichtet, höchstens aber die in Anhang A aufgeführten Beträge pro Spitalübernachtung.
c. 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.
d. Art. 6 Abs. 2 ist bei Leistungen einer nicht anerkannten Einrichtung oder eines nicht anerkannten Arztes nicht anwendbar.
e. Im Rahmen der vorliegenden Versicherung besteht kein Versicherungsschutz bei Organtransplantationen, für die der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer in Solothurn (SVK) Fallpauschalen abgeschlossen hat. Dies gilt auch für Spitaleinrichtungen, für die keine Fallpauschalen vereinbart wurden.
f. Der Leistungsanspruch der vier Versicherungsklassen erlischt, sobald die kranke Person nicht mehr als Akutpatient gilt.
g. Nach 60 Tagen Spitalaufenthalt innerhalb eines Kalenderjahres in einer Einrichtung für psychiatrische Behandlungen werden die Leistungen der Spitalzusatzversicherung nicht mehr erbracht.
h. In den Versicherungsklassen 2, 3 und 4 werden die Leistungen der Zusatzversicherung nach 90 Tagen Spitalaufenthalt innerhalb eines Kalenderjahres nicht mehr erbracht. Die Dauer der im Ausland oder in einer psychiatrischen Einrichtung erbrachten Leistungen (60 Tage) wird auf die zuvor genannten 90 Tage angerechnet.

Art. 9 Leistungsanspruch und Einschränkungen

1. Für die Ausrichtung der Leistungen aus der Spitalzusatzversicherung sind die Rechnung der Spitaleinrichtung und die Honorarforderung des Arztes massgebend. 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 Spitaleinrichtung zu bezahlen hat.
3. Die im Ausland versicherten Leistungen gemäss Art. 6 Abs. 3 dieser Versicherungsbedingungen entsprechen den in der Schweiz bei ähnlichen Gesundheitsproblemen gedeckten Leistungen. Sie werden übernommen, wenn sie von Personen oder Einrichtungen erbracht werden, die über die erforderliche Ausbildung, Anerkennung und Zulassung durch die zuständigen Gesundheitsbehörden des Landes verfügen, in dem der Spitalaufenthalt erfolgt.
4. Für die Erstattung von Leistungen im Ausland muss der Versicherte alle erforderlichen Belege im Original oder gescannt einreichen (detaillierte Rechnungen, Arztzeugnisse, Verordnungen etc.). Der Versicherer behält sich das Recht vor, Originaldokumente und Zahlungsbelege zu verlangen.
   Als Wechselkurs für ausländische Rechnungen gilt der offizielle Währungskurs des Schweizer Frankens am letzten Tag der Behandlung.

Art. 10 Pflichten des Versicherten

1. Der Versicherte ist verpflichtet, sich vor jedem Spitalaufenthalt in der Schweiz zu erkundigen, ob die für die Behandlung gewählte Einrichtung, Abteilung der Einrichtung oder Klinik vom Versicherer anerkannt ist.
2. Bei einem notfallbedingten Spitalaufenthalt im Ausland ist unverzüglich die Notrufzentrale Groupe Mutuel Assistance (Telefonnummer +41 848 808 111) zu benachrichtigen, damit die Behandlung organisiert und die erforderlichen Zahlungsgarantien ausgestellt werden können.

Art. 11 Prämien

1. Der Tarif richtet sich nach der Altersklasse, dem Eintrittsalter in die Versicherung, dem Geschlecht und dem Wohnkanton des Versicherten.
2. Erreicht ein Versicherter im Jahresverlauf das Höchstalter seiner Altersklasse, wird er zu Beginn des folgenden Kalenderjahres automatisch in die nächsthöhere Altersklasse umgeteilt. Es gelten folgende Altersklassen:
   - 0–18 Jahre

- 19–25 Jahre
- ab dem 26. bis zum 85. Altersjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren
- 86 Jahre und älter

3. Eine Änderung der Altersklasse führt grundsätzlich zu einer automatischen Anpassung der Prämie.

Art. 12 Sparmassnahmen

1. Verzichtet ein Versicherter freiwillig oder auf Vorschlag des Versicherers auf einen Aufenthalt in der halbprivaten oder privaten Abteilung zugunsten der allgemeinen Abteilung, kann der Versicherer eine Entschädigung von bis zu 50 Prozent der von ihm geschätzten Einsparungen gewähren, jedoch höchstens CHF 5’000 pro Spitalaufenthalt.
2. Bei ambulanten Entbindungen oder Hausgeburten ist ausschliesslich Art. 7 Abs. 4 anwendbar.

Anhang A

Höchstbeträge für Spitalleistungen von nicht vom Versicherer anerkannten Einrichtungen oder Ärzten (Art. 8 der vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen).

	Betrag pro Spitalübernachtung			
	Akutpflege		Rehabilitation und Psychiatrie	
	Halbprivat	Privat	Halbprivat	Privat
Nicht anerkannter Arzt: Rückerstattung der Arztkosten	CHF 500	CHF 500	CHF 0	CHF 0
Nicht anerkanntes Spital: Rückerstattung der Spitalkosten	CHF 300	CHF 500	CHF 100	CHF 150
Spital und Arzt nicht anerkannt:				
Gesamtrückerstattung	CHF 800	CHF 1’000	CHF 100	CHF 150
– Arztkosten	– CHF 500	– CHF 500	– CHF 0	– CHF 0
– Spitalkosten	– CHF 300	– CHF 500	– CHF 100	– CHF 150