

Besondere Bedingungen der Spitalzusatzversicherung

HC

HCGA01-A11 – Ausgabe 01.01.2024

Inhaltsverzeichnis

| | | | |
|---------------|-------------------------------|----------------|---------------------------------------|
| Art. 1 | Zweck der Versicherung | Art. 7 | Versicherungsdeckung bei Mutterschaft |
| Art. 2 | Versicherungsklassen | Art. 8 | Umfang und Dauer der Leistungen |
| Art. 3 | Franchisen | Art. 9 | Ausrichtung der Leistungen |
| Art. 4 | Aufnahmebedingung | Art. 10 | Pflichten des Versicherten |
| Art. 5 | Beginn des Leistungsanspruchs | Art. 11 | Prämien |
| Art. 6 | Versicherte Leistungen | Art. 12 | Sparmassnahmen |

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

1. Zweck der Versicherung

Diese Versicherung deckt die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Unfall und Mutterschaft.

2. Versicherungsklassen

Die Spitalzusatzversicherung umfasst vier Versicherungsklassen:

Klasse 1

Allgemeine Abteilung eines Allgemeinspitals oder einer psychiatrischen Klinik in der Schweiz für Akutkranke

Klasse 2

Halbprivate Abteilung (Zweibettzimmer) eines Allgemeinspitals oder einer psychiatrischen Klinik in der Schweiz für Akutkranke

Klasse 3

Private Abteilung (Einbettzimmer) eines Allgemeinspitals oder einer psychiatrischen Klinik in der Schweiz für Akutkranke

Klasse 4

Private Abteilung (Einbettzimmer) eines Allgemeinspitals oder einer psychiatrischen Klinik weltweit für Akutkranke

3. Franchisen

Die Versicherten der Versicherungsklassen 2, 3 und 4 können folgende Franchisen wählen:

- Fr. 1000.– pro Kalenderjahr
- Fr. 3000.– pro Kalenderjahr

4. Aufnahmebedingungen

Alle Personen können der Spitalzusatzversicherung bis zu dem Tag ihres 60. Geburtstags beitreten.

5. Beginn des Leistungsanspruchs

- Der Anspruch auf die Leistungen der Spitalzusatzversicherung beginnt am in der Versicherungspolice aufgeführten Datum des Inkrafttretens.

- Bei Mutterschaftsleistungen besteht eine Karenzzeit gemäss Art. 7 der vorliegenden Versicherungsbedingungen.

6. Versicherte Leistungen

1. Allgemeines

Bei einem Spitalaufenthalt übernimmt der Versicherer die Behandlungs- und die Unterkunfts-/Verpflegungskosten entsprechend der gewählten Versicherungsklasse. Die Leistungen dieser Versicherung werden ergänzend zu denjenigen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht.

2. Spitalaufenthalt in einer anderen Abteilung

Hält sich ein Versicherter der Klasse 1 oder 2 in einer höheren als der seiner Versicherungsklasse entsprechenden Abteilung auf, werden ihm die folgenden Maximalleistungen ausgerichtet:

Klasse 1: Fr. 100.– pro Tag für die Unterkunfts- und Verpflegungskosten und Fr. 5000.– pro Kalenderjahr für die Behandlungskosten

Klasse 2: 80% der Unterkunfts-/Verpflegungskosten 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 höchstens 60 Tagen pro Kalenderjahr die folgenden Leistungen im Rahmen der gewählten Leistungsklasse:

- Klasse 1: höchstens Fr. 500.– pro Tag
- Klasse 2: höchstens Fr. 1000.– pro Tag
- Klasse 3: höchstens Fr. 1500.– pro Tag
- Klasse 4: höchstens Fr. 3000.– pro Tag

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

Art. 7 Versicherungsdeckung bei Mutterschaft

1. Die Leistungen der Spitalzusatzversicherung werden bei Schwangerschaft und Niederkunft erst nach einer Dauer des Versicherungsschutzes von 12 Monaten ausgerichtet.
2. Bei einem Schwangerschaftsabbruch im Sinn des Gesetzes und für jede weitere Mutterschaftsleistung gilt die Karenzzeit gemäss Absatz 1.
3. Erfolgt die Entbindung in einem Spital und dauert der Aufenthalt in der halbprivaten oder privaten Abteilung weniger als sechs Tage, 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 Gesamtbetrags in Rechnung gestellt werden, geben keinen Anspruch auf diese Vergütung. Absatz 1 bleibt vorbehalten.
4. Bei einer ambulanten Niederkunft oder einer Entbindung zuhause erhält die Versicherte der Klasse 2 eine Vergütung von Fr. 800.– und jene der Klassen 3 und 4 eine Vergütung von Fr. 1200.–. Absatz 1 bleibt vorbehalten.
5. Hält sich eine Versicherte in der Spitalabteilung auf, die ihrer Versicherungsdeckung entspricht, so übernimmt der Versicherer auch die Aufenthaltskosten für das Neugeborene während des Spitalaufenthalts der Mutter, sofern das Kind ebenfalls beim Versicherer versichert ist. Die persönlichen Kosten sind nicht gedeckt. Absatz 1 bleibt vorbehalten.

8. Umfang und Dauer der Leistungen

Die Leistungen der Spitalzusatzversicherung werden unter Vorbehalt folgender Bestimmungen übernommen:

- a. Der Versicherer übernimmt die Kosten von anerkannten Einrichtungen und Ärzten, d. h. von Einrichtungen und Ärzten, mit denen der Versicherer 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 Behandlungsform (Akutpflege, Rehabilitation oder Psychiatrie) und der Abteilung (halbprivat oder privat) die effektiv in Rechnung gestellten stationären Spitalleistungen ausgerichtet, jedoch höchstens 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. Art. 6 Abs. 2 ist nicht anwendbar bei Leistungen einer nicht anerkannten Einrichtung oder eines nicht anerkannten Arztes.
- d. Im Rahmen der vorliegenden Versicherung gibt es keine Versicherungsdeckung bei Transplantationen, für die der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) in Solothurn Fallpauschalen vereinbart hat. Diese Regel gilt auch für die Spitäler, für die keine Fallpauschale vereinbart worden ist.

- e. Der Leistungsanspruch erlischt in den vier Klassen, sobald der Versicherte nicht mehr als Akutpatient gilt.
- f. Nach einem Spitalaufenthalt von 60 Tagen im Verlauf eines Kalenderjahrs in einer psychiatrischen Anstalt werden die Leistungen der Spitalzusatzversicherung nicht mehr ausgerichtet.
- g. In den Klassen 2, 3 und 4 werden die Leistungen aus der Spitalzusatzversicherung nach einem Spitalaufenthalt von 90 Tagen im Verlauf eines Kalenderjahrs nicht mehr ausgerichtet. Die Dauer der im Ausland oder in einer psychiatrischen Klinik ausgerichteten Leistungen (60 Tage) wird an die vorerwähnten 90 Tage angerechnet. Die Dauer der im Ausland oder in einer psychiatrischen Klinik ausgerichteten Leistungen (60 Tage) wird an die vorerwähnten 90 Tage angerechnet.

9. Ausrichtung der Leistungen

1. Die Leistungen aus der Spitalzusatzversicherung werden unter Beibringung der Rechnung der Spitaleinrichtung 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 Spitaleinrichtung zu bezahlen hat.

10. Pflichten des Versicherten

Vor jedem Spitalaufenthalt hat sich der Versicherte zu erkundigen, ob die Spitaleinrichtung, Spitalabteilung oder Klinik, in der er sich behandeln lassen wird, zu den vom Versicherer anerkannten Einrichtungen gehört.

11. Prämien

1. Der Versicherte, der im Jahresverlauf das Höchstalter seiner Altersklasse erreicht, wird auf Beginn des nächsten Kalenderjahrs automatisch in die nächsthöhere Altersklasse umgeteilt. Folgende Altersklassen sind massgebend:
 - Kinder: 0-18 Jahre
 - Erwachsene: 19-25 Jahre
 - ab dem 26. bis zum 71. Altersjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren
2. Der Prämientarif berücksichtigt ebenfalls das Eintrittsalter in die Versicherung.

12. Sparmassnahmen

1. Verzichtet ein Versicherter aus freiem Willen oder auf Antrag des Versicherers auf einen Aufenthalt in der halbprivaten oder privaten Abteilung zugunsten der allgemeinen Abteilung oder confort-Abteilung, so kann ihm der Versicherer eine Entschädigung in der Höhe von bis zu 50 Prozent der eingesparten und von diesem geschätzten Kosten ausrichten, aber höchstens Fr. 5000.– pro Spitalaufenthalt
2. Bei einer ambulanten Niederkunft oder einer Niederkunft zuhause gelangt nur die Bestimmung von Art. 7 Abs. 4 zur Anwendung.

Anhang A

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

| 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 | Fr. 800.– | Fr. 1000.– | Fr. 100.– | Fr. 150.– |
| - Arztkosten | - Fr. 500.– | - Fr. 500.– | - Fr. 0.– | - Fr. 0.– |
| - Spitalkosten | - Fr. 300.– | - Fr. 500.– | - Fr. 100.– | - Fr. 150.– |