groupemutuel

Besondere Bedingungen der Spitalzusatzversicherung HC

HCAM01-A7 – Ausgabe 01.01.2014 (mit Nachtrag vom 01.01.2024)

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

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

Art. 1 Zweck der Versicherung

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

Art. 2 Versicherungsklassen

Die Spitalzusatzversicherung umfasst vier Versicherungsklassen:

Klasse 1: allgemeine Abteilung eines Allgemeinspitals oder einer psychiatrischen Klinik in der Schweiz, für Akutpatienten

Klasse 2: halbprivate Abteilung (Zweibettzimmer) eines Allgemeinspitals oder einer psychiatrischen Klinik in der Schweiz, für Akutpatienten

Klasse 3: private Abteilung (Einbettzimmer) eines Allgemeinspitals oder einer psychiatrischen Klinik in der Schweiz, für Akutpatienten

Klasse 4: private Abteilung (Einbettzimmer) eines Allgemeinspitals oder einer psychiatrischen Klinik weltweit, für Akutpatienten

Art. 3 Franchisen

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

a. Fr. 1’000.– pro Kalenderjahr
b. Fr. 2’000.– pro Kalenderjahr
c. Fr. 3’000.– pro Kalenderjahr
d. Fr. 5’000.– pro Kalenderjahr

Art. 4 Aufnahmebedingungen

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

Art. 5 Beginn des Leistungsanspruchs

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

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

Art. 6 Versicherte Leistungen

1. Allgemeines

Bei einem Spitalaufenthalt übernimmt der Versicherer die Behandlungs- und die Unterkunfts-/Pensionskosten 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, so werden ihm die folgenden Maximalleistungen ausgerichtet:

Klasse 1: Fr. 100.– pro Tag für die Unterkunfts- und Pensionskosten und Fr. 5’000.– 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 stationär behandelt werden, so gewährt ihm der Versicherer während längstens 60 Tagen pro Kalenderjahr die folgenden Leistungen im Rahmen der gewählten Leistungsklasse:

a. **Klasse 1:** höchstens Fr. 500.– pro Tag
b. **Klasse 2:** höchstens Fr. 1’000.– pro Tag

c. **Klasse 3:** höchstens Fr. 1’500.– pro Tag
d. **Klasse 4:** höchstens Fr. 3’000.– pro Tag

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

Art. 7 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 einer Heilanstalt und dauert der Aufenthalt in der halbprivaten oder privaten Abteilung weniger als sechs 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 Gesamtbetrags in Rechnung gestellt werden, geben keinen Anspruch auf diese Vergütung. Absatz 1 bleibt vorbehalten.
4. Bei Entbindung zuhause 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.
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.

Art. 8 Umfang und Dauer der Leistungen

Die Leistungen Spitalzusatzversicherung werden unter Vorbehalt der folgenden Bestimmungen übernommen:

a. Der Versicherer übernimmt die vom KVG anerkannten Behandlungskosten, die Unterkunfts-/Pensionskosten im Spital und die Arzthonorare gemäss Vertrag oder kantonaler Tarifordnung.
b. Der Versicherer behält sich das Recht vor, den Anspruch auf Leistungen einzuschränken, wenn entweder im Bereich der Unterkunfts- und Pensionskosten oder im Bereich der Arztkosten zu hohe Tarife in Rechnung gestellt werden. Als zu hoch gelten namentlich die Arzthonorare und die Unterkunfts- und Pensionskosten, die den doppelten Betrag der im Kanton für die obligatorische Krankenpflegeversicherung geltenden Vertragstarife übersteigen.
c. 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 bzw. von höchstens 100% für die private Abteilung.
d. 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.
e. 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 Spitalzusatzversicherung betraglich limitieren oder verweigern. Eine Liste wird zur Verfügung der Versicherten gehalten.
f. 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 Kliniken, für die keine Fallpauschale vereinbart worden ist.
g. Der Leistungsanspruch erlischt in den vier Klassen, sobald der Kranke nicht mehr als Akutpatient gilt.
h. Nach einem Spitalaufenthalt von 60 Tagen im Verlauf eines Kalenderjahres in einer psychiatrischen Anstalt werden die Leistungen der Spitalzusatzversicherung nicht mehr ausgerichtet. Nach dieser Frist und bei mangelhafter obligatorischer Krankenpflegeversicherung werden dem Versicherten jene Leistungen gewährt, die wertmässig jenen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entsprechen.
i. In den Klassen 2, 3 und 4 werden die Leistungen aus der Spitalzusatzversicherung 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 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.

Art. 10 Pflichten des Versicherten

Vor jedem Spitalaufenthalt hat sich der Versicherte zu erkundigen, ob die Anstalt, Spitalabteilung oder Klinik, in der er sich behandeln lassen wird, 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 bis 18 Jahre
   - Jugendliche: 19 bis 25 Jahre
   - ab dem 26. Altersjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren
2. Der Prämientarif hängt vom Eintrittsalter in diese Versicherung 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 der Spitalzusatzversicherung 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 ihm geschätzten Kosten ausrichten, aber höchstens Fr. 5’000.– pro Spitalaufenthalt.
2. Bei einer Niederkunft zuhause gelangt nur die Bestimmung von Art. 7 Abs. 4 zur Anwendung.

Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG (GMA AG)

Nachtrag zu den Besonderen Bedingungen - Version vom 01.01.2024 - Spitalzusatzversicherung - HCAM01

Die Bestimmungen des Nachtrags gelten ab dem 1. Januar 2024 für Personen, die über die Spitalzusatzversicherung – HCAM01 verfügen.

Umfang und Dauer der Leistungen
Ersetzt Art. 8
Die Leistungen Spitalzusatzversicherung werden unter Vorbehalt der folgenden 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 Leistungserbringung entsprechend der Behandlungsform (Akutpflege, Rehabilitation oder Psychiatrie) und der Abteilung (halbprivat oder privat) die effektiv in Rechnung gestellten stationären Spitalleistungen ausgerichtet, höchstens aber folgende Beträge pro Spitalübernachtung:

	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 - Arztkosten - Spitalkosten	Fr. 800.– - Fr. 500.– - Fr. 300.–	Fr. 1'000.– - Fr. 500.– - Fr. 500.–	Fr. 100.– - Fr. 0.– - Fr. 100.–	Fr. 150.– - Fr. 0.– - Fr. 150.–

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.

c. 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 Kliniken, für die keine Fallpauschale vereinbart worden ist.
d. Der Leistungsanspruch erlischt in den vier Klassen, sobald der Kranke nicht mehr als Akutpatient gilt.
e. Nach einem Spitalaufenthalt von 60 Tagen im Verlauf eines Kalenderjahres in einer psychiatrischen Anstalt werden die Leistungen der Spitalzusatzversicherung nicht mehr ausgerichtet. Nach dieser Frist und bei mangelhafter obligatorischer Krankenpflegeversicherung werden dem Versicherten jene Leistungen gewährt, die wertmässig jenen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entsprechen.
f. In den Klassen 2, 3 und 4 werden die Leistungen aus der Spitalzusatzversicherung 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.