

# Spitalversicherung LIBERO

## Zusätzliche Versicherungsbedingungen (ZVB)

	Art.	
<b>I. Allgemeines</b>		<b>I. Allgemeines</b>
Gegenstand der Versicherung	1	<b>1 Gegenstand der Versicherung</b>
Anwendbare Bestimmungen	2	1.1 Die Spitalversicherung LIBERO gilt als Zusatzversicherung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegezusatzversicherungen (AVB).
Versicherungsmöglichkeiten	3	1.2 Die Spitalversicherung LIBERO übernimmt die Kosten eines stationären Aufenthaltes in einem Spital. Zusätzlich werden Beiträge an Bade- und Erholungskuren, an Haushalthilfen, an Rooming-in sowie an ambulante Geburten und Hausgeburten ausgerichtet.
Antragstellung	4	1.3 Die Spitalversicherung LIBERO ist eine Schadenversicherung.
Begriffe	5	
<b>II. Vertragsdauer</b>		<b>2 Anwendbare Bestimmungen</b>
Laufzeit und Kündigung	6	2.1 Für alle in diesen Zusätzlichen Versicherungsbedingungen nicht besonders geregelten Fragen gelten die gesetzlichen Bestimmungen sowie die AVB.
<b>III. Wahl der Spitalabteilung und Kostenbeteiligung</b>		2.2 Für Versicherte, welche eine besondere Form der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Art. 62 KVG (z.B. HMO, Hausarztmodell) führen, gelten zudem allfällige Besondere Versicherungsbedingungen (BVB).
Wahlrecht	7	<b>3 Versicherungsmöglichkeiten</b>
Selbstbehalt für Spitalleistungen	8	Die Spitalversicherung LIBERO kann in den folgenden Varianten abgeschlossen werden:
Anpassung des Selbstbehalts	9	– Ohne Unfalldeckung
<b>IV. Leistungen</b>		– Mit Unfalldeckung
Akutspitalbedürftigkeit	10	– Mit freier Spitalwahl nach KVG
Leistungsumfang	11	– Mit eingeschränkter Spitalwahl
Leistungsdauer	12	– Mit Ausweitung der Spitalwahl
Badekuren	13	
Erholungskuren	14	<b>4 Antragstellung</b>
Meldepflicht bei Kuren	15	4.1 Zur Aufnahme in die Spitalversicherung LIBERO ist das dafür vorgesehene Antragsformular (Art. 3.1 AVB) wahrheitsgetreu und vollständig auszufüllen und dem Versicherer zuzustellen.
Haushalthilfe	16	4.2 Ein vorgeburtlicher Versicherungsabschluss der Spitalversicherung LIBERO ist nicht möglich.
Rooming-in	17	
Ambulante Geburten und Hausgeburten	18	
Zweitmeinung	19	
Auslandleistungen	20	
Ausrichtung der Leistungen	21	
Leistungsausschluss	22	
<b>V. Varianten der Spitalversicherung LIBERO</b>		
Eingeschränkte Spitalwahl	23	
Ausweitung der Spitalwahl	24	

## 5 Begriffe

- 5.1 Als Spital gelten ärztlich geleitete und überwachte medizinische Einrichtungen oder deren Abteilungen, die zur stationären Behandlung akuter Krankheiten oder Unfallfolgen oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen. Sie müssen eine ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten, über das erforderliche Fachpersonal und über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen, eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten, sowie einer zertifizierten Gemeinschaft nach dem Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier angeschlossen sein. Als Spital in diesem Sinne gelten auch psychiatrische Kliniken.
- 5.2 Nicht als Spital gelten Kurheime, Alters- und Pflegeheime sowie andere Institutionen und medizinische Einrichtungen, die nicht für die Behandlung von akutspitalbedürftigen Patientinnen und Patienten vorgesehen sind.
- 5.3 Als private Abteilung gilt ein Ein- oder ausnahmsweise Zweibett-Zimmer mit vom Versicherer anerkanntem Tarif.
- 5.4 Als halbprivate Abteilung gilt ein Zweibett-Zimmer oder ausnahmsweise ein Zimmer mit mehr als zwei Betten mit vom Versicherer anerkanntem Tarif.
- 5.5 Als allgemeine Abteilung gilt ein Mehrbett-Zimmer mit vom Versicherer anerkanntem Tarif.
- 5.6 Kennt ein Spital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilungen als die oben genannten oder werden die Tarife einer Abteilung vom Versicherer nicht anerkannt, so handelt es sich um eine private Abteilung.
- 5.7 Anerkennt der Versicherer die Tarife eines Spitals, einer Abteilung oder eines Leistungsbereichs nicht, so kann er die Vergütung gänzlich verweigern oder Maximaltarife festlegen, welche die höchstmöglichen Leistungen darstellen. Der Versicherer kann die Maximaltarife jederzeit anpassen.
- 5.8 Der Versicherer publiziert, für welche Spitäler Leistungen voll, eingeschränkt oder nicht vergütet werden. Die Publikation wird laufend angepasst und kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise verlangt werden.

## II. Vertragsdauer

### 6 Laufzeit und Kündigung

- 6.1 Der Vertrag ist für die auf der Police angegebene feste Dauer abgeschlossen und verlängert sich danach jeweils stillschweigend um ein Jahr, wenn nicht die versicherungsnehmende Person den Vertrag unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf Ende der Vertragsdauer gekündigt hat.
- 6.2 Ist auf der Police keine Vertragsdauer erwähnt, ist der Vertrag für ein Kalenderjahr abgeschlossen und verlängert sich danach jeweils stillschweigend um ein weiteres Jahr, wenn nicht die versicherungsnehmende Person den Vertrag unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf Ende der Vertragsdauer gekündigt hat. Bei unterjährigem Vertragsbeginn endet die erste Vertragsperiode per 31. Dezember dieses Kalenderjahres.
- 6.3 Ersetzt der Versicherer die bestehenden Versicherungsbedingungen zur Anpassung an veränderte Marktverhältnisse durch neue, ist die versicherungsnehmende Person unabhängig von Gesundheitszustand und Alter berechtigt, in die neue Versicherung überzutreten. Bestehende Versicherungsvorbehalte und eine allenfalls gewählte Variante der Spitalversicherung LIBERO mit eingeschränkter Spitalwahl gelten auch für die neue Versicherung.

## III. Wahl der Spitalabteilung und Kostenbeteiligung

### 7 Wahlrecht

- 7.1 Möchte sich die versicherte Person in die halbprivate oder private Abteilung begeben, so hat sie dies dem Versicherer bis zum Zeitpunkt des Spitaleintritts mitzuteilen. Wählt die versicherte Person nicht nachweislich eine bestimmte Spitalabteilung, so gilt dies als Wahl der allgemeinen Abteilung.
- 7.2 Ist die versicherte Person aufgrund von Krankheits- oder Unfallfolgen nicht in der Lage, die Wahl der Spitalabteilung zu treffen, so werden die Kosten der allgemeinen Abteilung übernommen. Vorbehalten bleibt die schriftliche Wahl der Spitalabteilung durch die Ehegattin, den Ehegatten, die gesetzliche Vertretung oder durch eine von der versicherten Person eigens dafür bevollmächtigte Person.

## **8 Selbstbehalt für Spitalleistungen**

- 8.1 Begeben sich die Versicherten in die allgemeine Abteilung, tragen sie keinen Selbstbehalt.
- 8.2 Wählen Versicherte die halbprivate Abteilung, haben sie sich mit einem Selbstbehalt von 20 %, insgesamt aber bis höchstens CHF 2'000 pro Kalenderjahr an den zu Lasten der Spitalversicherung LIBERO entstehenden Kosten zu beteiligen.
- 8.3 Wählen Versicherte die private Abteilung, haben sie sich mit einem Selbstbehalt von 35 %, insgesamt aber bis höchstens CHF 4'000 pro Kalenderjahr, an den zu Lasten der Spitalversicherung LIBERO entstehenden Kosten zu beteiligen.
- 8.4 Bei Wahl einer anderen Spitalabteilung während der Dauer eines Aufenthaltes haben die Versicherten sich an den aufgrund der gesamten Aufenthaltsdauer zu Lasten der Spitalversicherung LIBERO entstehenden Kosten bei teilweisem Aufenthalt in der privaten Abteilung gemäss Art. 8.3, ansonsten gemäss Art. 8.2, zu beteiligen. Bei mehreren Spitalaufenthalten während eines Kalenderjahres gilt Art. 8.5.
- 8.5 Wählen Versicherte bei mehreren Spitalaufenthalten im Verlaufe eines Kalenderjahres sowohl die halbprivate als auch die private Abteilung eines Spitals, so haben sie sich für den Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung gemäss Art. 8.2 und für den Aufenthalt in der privaten Abteilung gemäss Art. 8.3, insgesamt bis höchstens CHF 4'000 pro Kalenderjahr an den zu Lasten der Spitalversicherung LIBERO entstehenden Kosten zu beteiligen.
- 8.6 Bei einem Spitalaufenthalt über das Jahresende von maximal 30 Tagen wird der Selbstbehalt nur einmal, im Kalenderjahr zu Beginn dieses Spitalaufenthaltes, erhoben.
- 8.7 Wählen zwei oder mehr LIBERO-Versicherte, die miteinander in einer familienrechtlichen Beziehung stehen und im gemeinsamen Haushalt leben, bei Spitalaufenthalten die private oder halbprivate Abteilung, so haben sie sich insgesamt bis höchstens CHF 4'000 pro Kalenderjahr an den zu Lasten der Spitalversicherung LIBERO entstehenden Kosten zu beteiligen.
- 8.8 Wählen die Versicherten eine vom Versicherer gemäss Art. 5.6 nicht anerkannte Spitalabteilung bzw. begeben sie sich in eine gemäss Art. 5.6 vom Versicherer nicht anerkannte allgemeine Abteilung, so gelten die Selbstbehaltsregelungen entsprechend der vom Versicherer anerkannten Einteilung.
- 8.9 Wählen die Versicherten eine Spitalabteilung, für die der Versicherer Maximaltarife gemäss Art. 5.7 festgelegt hat, ist die Differenz zwischen dem Maximaltarif und der effektiven Rechnung des Spitals von der versicherten Person selber zu tragen. Der Differenzbetrag wird bei der Berechnung des massgeblichen Selbstbehaltes (Prozentsatz und Maximallimite pro Kalenderjahr) nicht berücksichtigt.
- 8.10 Für Leistungen gemäss Art. 13, 14 sowie 16 bis 19 wird kein Selbstbehalt erhoben.

## **9 Anpassung des Selbstbehalts**

Der Versicherer kann unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen die Erhöhung der Höchstbeträge der Selbstbehalte gemäss Art. 8 auf den ersten Tag der kommenden Versicherungsperiode vornehmen. Zu diesem Zweck hat er der versicherungsnehmenden Person die neuen Vertragsbedingungen spätestens 25 Tage vor deren Inkrafttreten schriftlich bekannt zu geben. Die versicherungsnehmende Person hat hierauf das Recht, die Versicherung auf Ende der laufenden Versicherungsperiode zu kündigen. Macht sie davon Gebrauch, so erlischt die Versicherung mit Ende der laufenden Versicherungsperiode. Die Kündigung muss spätestens am letzten Tag der laufenden Versicherungsperiode beim Versicherer eintreffen. Unterlässt die versicherungsnehmende Person die Kündigung, so gilt dies als Zustimmung zur Anpassung der Versicherung.

## **IV. Leistungen**

### **10 Akutspitalbedürftigkeit**

Die Spitalleistungen werden gewährt:

- 10.1 Wenn unter Berücksichtigung der Diagnose und der Gesamtheit der ärztlichen Behandlung eine Akutspitalbedürftigkeit besteht.
- 10.2 Für jenes Spital bzw. jene medizinische Fachabteilung eines Spitals, in welches bzw. welche die versicherungsnehmende Person aus medizinischen Gründen gehört.

### **11 Leistungsumfang**

- 11.1 Sofern und solange die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind, umfassen die Spitalleistungen die Aufenthaltskosten und Kosten der wissenschaftlich anerkannten Behandlung des Spitals sowie Behandlungskosten der Ärztinnen und Ärzte gemäss dem vom Versicherer für die allgemeine Abteilung bzw. die gewählte halbprivate oder private Abteilung anerkannten Tarif. Bei Aufenthalt in einer vom Versicherer nicht anerkannten Spitalabteilung oder in einem Spital, das die vom Versicherer anerkannten Tarife für die gewählte Spitalabteilung überschreitet, werden höchstens die Maximaltarife gemäss Art. 5.7 vergütet. Vorbehalten bleiben die Selbstbehalte der Versicherten gemäss Art. 8.
- 11.2 Bei Geburt in einem Spital werden die ungedeckten Kosten für das gesunde Neugeborene, das beim Versicherer ab Geburt versichert ist, aus der Spitalversicherung LIBERO der Mutter übernommen.

## **12 Leistungsdauer**

- 12.1 Bei stationärer Behandlung in einem Spital werden die versicherten Leistungen zeitlich unbeschränkt ausgerichtet, solange die Akutspitalbedürftigkeit besteht. Vorbehalten bleiben Behandlungen nach Art. 12.2.
- 12.2 Bei stationärer Behandlung in einer psychiatrischen Klinik oder einer psychiatrischen Abteilung eines anderen Spitals werden die versicherten Leistungen ausgerichtet, solange der Aufenthalt in dieser Einrichtung medizinisch notwendig ist und kein chronisches Krankheitsbild vorliegt, maximal jedoch während 180 Tagen innerhalb von 365 aufeinanderfolgenden Tagen.

## **13 Badekuren**

- 13.1 Bei ärztlich verordneten, stationär durchgeführten Badekuren in einem ärztlich geleiteten, inländischen Heilbad gemäss Art. 40 KVG werden pro Tag bis CHF 30 ausgerichtet. Dieser Beitrag wird auch gewährt, wenn die ärztlich verordnete, stationäre Badekur in einem ärztlich geleiteten europäischen Heilbad durchgeführt wird, welches über das erforderliche Fachpersonal und ein zweckentsprechendes Therapieangebot zur Behandlung von Badekurpatientinnen und -patienten verfügt.
- 13.2 Die Badekur muss in einem vom Versicherer anerkannten Heilbad durchgeführt werden. Der Versicherer führt eine Liste der von ihm anerkannten Heilbäder, die er laufend anpasst. Die Liste kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise verlangt werden.
- 13.3 Diese Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn der Kur eine intensive, wissenschaftlich anerkannte und zweckdienliche Behandlung vorausgegangen oder eine solche Behandlung ambulant nicht möglich ist. Zudem hat bei Kurantritt eine ärztliche Eintrittsuntersuchung zu erfolgen, und es müssen in der Schweiz wissenschaftlich anerkannte balneologische/physikalische Anwendungen gemäss Kurplan durchgeführt werden.
- 13.4 Die versicherte Tagesleistung wird während maximal 21 Tagen pro Kalenderjahr ausgerichtet.

## **14 Erholungskuren**

- 14.1 Ist zur Ausheilung oder Erholung nach einer schweren Krankheit oder schweren Operation ein Kuraufenthalt medizinisch notwendig und ärztlich verordnet, werden pro Tag bis CHF 30 ausgerichtet.
- 14.2 Die Kur muss in einer vom Versicherer anerkannten, inländischen Kuranstalt durchgeführt werden. Der Versicherer führt eine Liste der von ihm anerkannten Kuranstalten, welche er laufend anpasst. Die Liste kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise verlangt werden.
- 14.3 Die versicherten Leistungen werden während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr ausgerichtet.

## **15 Meldepflicht bei Kuren**

Die ärztliche Kurverordnung ist rechtzeitig vor Antritt der Kur einzureichen, unter Angabe der Kuranstalt oder des Heilbades und des Datums des Kurantritts.

## **16 Haushalthilfe**

- 16.1 Wenn die versicherte Person aufgrund einer ärztlichen Verordnung bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit wegen ihres Gesundheitszustandes und wegen ihrer persönlichen familiären Verhältnisse eine Haushalthilfe benötigt, werden an die ausgewiesenen und von der Versicherung DIVERSA nicht gedeckten Kosten pro Tag bis CHF 30 ausgerichtet.
- 16.2 Als Haushalthilfe gilt, wer beruflich auf eigene Rechnung oder für eine Organisation in Vertretung der versicherten Person den Haushalt besorgt. Der gleiche Beitrag wird ausgerichtet, wenn eine andere Person in Vertretung der versicherten Person den Haushalt besorgt und die damit verbundenen Kosten ausgewiesen sind.
- 16.3 Die versicherte Tagesleistung wird höchstens 30 Mal pro Kalenderjahr ausgerichtet.
- 16.4 Die Leistungen für Haushalthilfe werden nicht gleichzeitig mit anderen Leistungen der Spitalversicherung LIBERO gewährt.

## **17 Rooming-in**

- 17.1 Übernachtet ein Elternteil kostenpflichtig in einem Spitalzimmer desjenigen Spitals, in dem das versicherte Kind vor dem vollendeten 10. Altersjahr hospitalisiert ist, oder übernachteten Kinder vor dem vollendeten 10. Altersjahr kostenpflichtig in einem Spitalzimmer desjenigen Spitals, in dem ein versicherter Elternteil hospitalisiert ist, werden aus der Spitalversicherung LIBERO der hospitalisierten Person bis CHF 60 der Kosten pro Übernachtung erstattet.
- 17.2 Der Anspruch besteht auch bei Pflegekindern und Stiefkindern.
- 17.3 Die Leistungen aus der Spitalversicherung LIBERO werden bei Hospitalisationen im Inland erbracht.
- 17.4 Werden für dieselben Übernachtungen auch aus der Versicherung DIVERSA Leistungen ausgerichtet, so sind diese vorrangig und die Leistungen aus der Spitalversicherung LIBERO ergänzend dazu.

## **18 Ambulante Geburten und Hausgeburten**

- 18.1 Verfügt die Mutter zum Zeitpunkt der ambulanten Geburt oder Hausgeburt im Inland während mindestens 270 Tagen über eine Spitalversicherung LIBERO, so erhält sie einen Beitrag von CHF 300.
- 18.2 Kein Anspruch besteht bei Spitalaufenthaltsverlängerung oder Spitaleintritt innert 24 Stunden nach der Geburt.
- 18.3 Der Beitrag wird bei Mehrlingsgeburten nur einmal ausgerichtet.

## 19 Zweitmeinung

Versicherte können sich vor einer geplanten Operation oder einer schwerwiegenden medizinischen Behandlung an den Versicherer wenden. Der Versicherer ermöglicht den Versicherten bei ausgewählten Diagnosen eine ärztliche Zweitmeinung durch einen externen Partner in Form eines Aktenkonsils. Die Kosten dieser Abklärung gehen zu Lasten des Versicherers.

## 20 Auslandsleistungen

Aus der Spitalversicherung LIBERO werden keine Leistungen im Ausland ausgerichtet. Vorbehalten bleiben die Leistungen für Badekuren.

## 21 Ausrichtung der Leistungen

- 21.1 Die Ausrichtung der Leistungen richtet sich nach Art. 34 AVB.
- 21.2 Lehnt der Wohnkanton entgegen Art. 41 Abs. 3 KVG die Übernahme der Mehrkosten einer medizinisch begründeten Hospitalisation ab, rechnet der Versicherer die Leistungen so ab, wie wenn der Kanton die Mehrkosten im Rahmen eines Aufenthaltes auf der allgemeinen Abteilung übernehme.
- 21.3 Lehnt der Wohnkanton entgegen Art. 41 Abs. 1<sup>bis</sup> KVG die Übernahme einer Hospitalisation zum Referenztarif ab, rechnet der Versicherer die Leistungen so ab, wie wenn der Kanton den Referenztarif im Rahmen eines Aufenthaltes auf der allgemeinen Abteilung übernehme.

## 22 Leistungsausschluss

Aus der Spitalversicherung LIBERO werden keine Leistungen ausgerichtet:

- 22.1 Für ambulante Behandlungen.
- 22.2 Für die Aufenthalts-Mehrkosten von Patientinnen und Patienten der allgemeinen Abteilung mit Aufenthalt in einem Ein- oder Zweibettzimmer bzw. von Patientinnen und Patienten der halbprivaten Abteilung mit Aufenthalt in einem Einbettzimmer sowie für die Mehrkosten, die wegen der Inanspruchnahme der freien Wahl von Ärztinnen und Ärzten durch Patientinnen und Patienten der allgemeinen Abteilung entstehen.
- 22.3 Für Behandlung und Aufenthalt in Spitälern in Zusammenhang mit Drogen-, Betäubungs- und Suchtmittelkonsum sowie Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch (inkl. Komplikationen und Spätfolgen). Die Leistungen sind auch dann ausgeschlossen, wenn der Konsum oder Missbrauch nur Teilursache der Behandlung ist oder Einfluss auf die Behandlungsdauer hat.
- 22.4 Für persönliche Unkosten (z. B. Telefon, Porti, TV, Radio).
- 22.5 Für zahnärztliche Behandlungen, die nicht zu den Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehören.
- 22.6 Für Behandlung, Pflege, Überwachung und Aufenthalt in einem Pflege- oder Altersheim.
- 22.7 Für Behandlung und Aufenthalt bei Organ- und Stammzelltransplantationen gemäss Liste des Versicherers. Die Liste der ausgeschlossenen Transplantationen kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise verlangt werden.
- 22.8 Wenn aus medizinischer Sicht keine Akutspitalbedürftigkeit mehr besteht.
- 22.9 Für Behandlungen und Aufenthalte in Spitälern, deren Tarife der Versicherer gesamthaft, für die betreffende Abteilung oder für den betreffenden Leistungsbereich nicht anerkannt und für die er auch keine Maximaltarife festgelegt hat (Art. 5.7).
- 22.10 Für Behandlungen, für die keine Leistungspflicht gemäss der schweizerischen Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung besteht, sowie für die Behandlung von deren Komplikationen und Spätfolgen.
- 22.11 In den Fällen, die in Art. 32 AVB aufgeführt sind.

## V. Varianten der Spitalversicherung LIBERO

### 23 Eingeschränkte Spitalwahl

- 23.1 Gegen eine entsprechende Reduktion der Prämien steht den Versicherten der Spitalversicherung LIBERO die Möglichkeit offen, die Variante der eingeschränkten Spitalwahl abzuschliessen, sofern der Versicherer eine solche schweizweit oder regional am Wohnsitz der versicherten Person anbietet.
- 23.2 In der Variante der eingeschränkten Spitalwahl beschränkt sich die Leistungsdeckung auf die vom Versicherer bezeichneten Spitäler.
- 23.3 Bei Notfall oder wenn die erforderlichen Leistungen in den bezeichneten Spitälern nicht angeboten werden, besteht volle Deckung.
- 23.4 Der Wechsel von der Variante der eingeschränkten Spitalwahl zur Deckungsvariante ohne Einschränkung der Spitalwahl ist erstmals nach einer Versicherungsdauer von drei Jahren auf das Ende eines Kalenderjahres möglich, nachher auf das Ende eines jeden Kalenderjahres. In jedem Fall ist eine Kündigungsfrist von 12 Monaten einzuhalten. Ein neues Aufnahmeverfahren mittels Versicherungsantrag ist notwendig.

### 24 Ausweitung der Spitalwahl

- 24.1 Gegen einen entsprechenden Aufschlag der Prämien steht den Versicherten der Spitalversicherung LIBERO die Möglichkeit offen, die Variante mit Ausweitung der Spitalwahl abzuschliessen, sofern der Versicherer eine solche schweizweit oder regional am Wohnsitz der versicherten Person anbietet.
- 24.2 Die Leistungen richten sich höchstens nach dem für diese Variante vom Versicherer für das betreffende Spital, die betreffende Abteilung oder den betreffenden Leistungsbereich anerkannten Tarif oder Maximaltarif. Der Versicherer kann auf die Festlegung eines Maximaltarifs verzichten und Leistungen ganz verweigern.
- 24.3 Der Wechsel von der Variante mit Ausweitung der Spitalwahl zur Deckungsvariante ohne Einschränkung der Spitalwahl ist erstmals nach einer Versicherungsdauer von drei Jahren auf das Ende eines Kalenderjahres möglich, nachher auf das Ende eines jeden Kalenderjahres. In jedem Fall ist eine Kündigungsfrist von 3 Monaten einzuhalten. Ein neues Aufnahmeverfahren mittels Versicherungsantrag ist nicht notwendig.



Bundesplatz 15  
6002 Luzern  
Telefon +41 41 228 01 11  
[www.concordia.ch](http://www.concordia.ch)  
[info@concordia.ch](mailto:info@concordia.ch)