

Spitalversicherung

Zusätzliche Versicherungsbedingungen (ZVB)

	Art.	
I. Allgemeines		I. Allgemeines
Gegenstand der Versicherung	1	1 Gegenstand der Versicherung
Versicherungsmöglichkeiten	2	1.1 Die Spitalversicherung gilt als Zusatzversicherung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegezusatzversicherungen (AVB).
Vorgeburtlicher Versicherungsabschluss	3	1.2 Die Spitalversicherung übernimmt die Kosten eines Aufenthaltes in einem Spital. Zusätzlich werden Beiträge an Bade- und Erholungskuren sowie an Haushalthilfen ausgerichtet.
Begriffe	4	1.3 Für Versicherte, welche eine besondere Form der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Art. 62 KVG führen (z.B. HMO, Hausarztmodell), gelten zudem die diesbezüglichen Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB).
Anwendbare Bestimmungen	5	
II. Leistungen		2 Versicherungsmöglichkeiten
Akutspitalbedürftigkeit	6	2.1 Es können folgende Versicherungsmöglichkeiten gewählt werden:
Leistungsumfang	7	– Spitalversicherung PRIVAT: Aufenthalt in der privaten Abteilung
Leistungsdauer	8	– Spitalversicherung HALBPRIVAT: Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung
Leistungen bei Unterversicherung	9	– Spitalversicherung ALLGEMEIN: Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung ganze Schweiz
Badekuren	10	2.2 aufgehoben.
Erholungskuren	11	2.3 Diese Versicherungsmöglichkeiten können in den folgenden Varianten abgeschlossen werden:
Meldepflicht	12	– ohne Unfalldeckung
Haushalthilfe	13	– mit Unfalldeckung
Zweitmeinung	14	– ohne Franchise
Auslandleistungen Spitalversicherung PRIVAT	15	– mit wählbarer Franchise (Spitalversicherung PRIVAT und Spitalversicherung HALBPRIVAT)
Ausrichtung der Leistungen	16	– mit freier Spitalwahl nach KVG
Leistungsausschluss	17	– mit eingeschränkter Spitalwahl
		– mit Ausweitung der Spitalwahl
III. Varianten der Spitalversicherung		3 Vorgeburtlicher Versicherungsabschluss
Wählbare Franchise	18	Wird der Versicherungsantrag vor der Geburt gestellt, wird das Kind ohne Vorbehalt in die Spitalversicherung ALLGEMEIN aufgenommen. Ein vorgeburtlicher Versicherungsabschluss für die Spitalversicherung PRIVAT und die Spitalversicherung HALBPRIVAT ist nicht möglich.
Eingeschränkte Spitalwahl	19	
Ausweitung der Spitalwahl	20	
IV. Übergangsregelung		
Prämienrabatt	21	

4 Begriffe

- 4.1 Als Spital gelten ärztlich geleitete und überwachte Heilanstalten oder deren Abteilungen, die zur stationären Behandlung akuter Krankheiten oder Unfallfolgen oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen und in der Spitalliste des Kantons (Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG) aufgeführt sind. Sie müssen eine ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten, über das erforderliche Fachpersonal und über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen sowie eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten. Als Spital in diesem Sinne gelten auch psychiatrische Kliniken.
- 4.2 Nicht als Spital gelten Kurheime, Altersheime, Alterspflegeheime, Chronischkrankenheime, Sterbehospize und andere Heilanstalten, die nicht für die Behandlung von Akutkranken vorgesehen sind.
- 4.3 Als private Abteilung gilt ein Ein- oder ausnahmsweise Zweibett-Zimmer mit vom Versicherer anerkanntem Tarif.
- 4.4 Als halbprivate Abteilung gilt ein Zweibett-Zimmer oder ausnahmsweise ein Zimmer mit mehr als zwei Betten mit vom Versicherer anerkanntem Tarif.
- 4.5 Als allgemeine Abteilung gilt ein Mehrbett-Zimmer mit vom Versicherer anerkanntem Tarif.
- 4.6 Kennt ein Spital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilungen als die obgenannten oder werden die Tarife einer Abteilung vom Versicherer nicht anerkannt, so handelt es sich um eine private Abteilung. Der Versicherer kann Maximaltarife festlegen, die als Kriterium für die Einteilung zu den versicherten Abteilungen gelten. Der Versicherer führt eine Liste der Spitäler, die keine private, halbprivate oder allgemeine Abteilung im Sinne dieser Bestimmungen führen. Diese Liste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise verlangt werden.

5 Anwendbare Bestimmungen

Für alle in diesen Zusätzlichen Versicherungsbedingungen nicht besonders geregelten Fragen gelten die gesetzlichen Bestimmungen sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegezusatzversicherungen (AVB).

II. Leistungen

6 Akutspitalbedürftigkeit

Die Spitalleistungen werden gewährt:

- 6.1 wenn unter Berücksichtigung der Diagnose und der Gesamtheit der ärztlichen Behandlung eine Akutspitalbedürftigkeit besteht;
- 6.2 für jenes Akutspital bzw. jene Spitalabteilung, in welche der Versicherte aus medizinischen Gründen gehört.

7 Leistungsumfang

- 7.1 Sofern und solange die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind, umfassen die Leistungen sämtliche Aufenthaltskosten und Kosten der wissenschaftlich anerkannten Behandlung des Akutspitals sowie Behandlungskosten der Ärzte je nach vereinbarter Versicherung (allgemeine, halbprivate oder private Abteilung) nach vom Versicherer anerkanntem Tarif.
- 7.2 Kann durch einen kostengünstigeren ambulanten Eingriff ein stationärer Akutspitalaufenthalt vermieden werden und besteht zwischen der Institution, in welcher der ambulante Eingriff vorgenommen wird, und dem Versicherer ein Vertrag, werden die Kosten des Eingriffes nach Vertragsansätzen aus der Spitalversicherung übernommen. Für die gesetzlichen Pflichtleistungen übersteigenden Kosten wird keine Kostenbeteiligung erhoben.

8 Leistungsdauer

- 8.1 Bei stationärer Behandlung in einem Akutspital werden die versicherten Leistungen zeitlich unbeschränkt ausgerichtet, solange die Akutspitalbedürftigkeit besteht.
- 8.2 Bei stationärer Behandlung in einer psychiatrischen Klinik oder einer psychiatrischen Abteilung eines anderen Spitals werden die versicherten Leistungen ausgerichtet, solange der Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik oder der psychiatrischen Abteilung eines anderen Spitals medizinisch notwendig ist und kein chronisches Krankheitsbild vorliegt, maximal jedoch während 180 Tagen innerhalb von 365 aufeinanderfolgenden Tagen.

9 Leistungen bei Unterversicherung

- 9.1 Spitalversicherung HALBPRIVAT: Bei Aufenthalt in der privaten Abteilung werden 75% der Leistungen der Spitalversicherung PRIVAT, höchstens jedoch 75% des Maximaltarifes gemäss Art. 4.6 vergütet.
- 9.2 Spitalversicherung ALLGEMEIN: Bei Aufenthalt in der privaten Abteilung werden 20% der Leistungen der Spitalversicherung PRIVAT, bei Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung 40% der Leistungen der Spitalversicherung HALBPRIVAT, höchstens jedoch 20% bzw. 40% des Maximaltarifes gemäss Art. 4.6 vergütet.
- 9.3 Spitalversicherung PRIVAT: Bei Aufenthalt in einem Spital, das die vom Versicherer anerkannten Tarife für die private Abteilung überschreitet, werden höchstens die Maximaltarife gemäss Art. 4.6 vergütet.
- 9.4 Bei Geburt in der privaten oder halbprivaten Abteilung einer Heilanstalt bzw. in der allgemeinen Abteilung eines ausserkantonalen Spitals werden die ungedeckten Kosten für das gesunde Neugeborene, das beim Versicherer ab Geburt versichert ist, aus der Spitalversicherung der Mutter übernommen.

10 Badekuren

10.1 Bei ärztlich verordneten, stationär durchgeführten Badekuren in einem ärztlich geleiteten, inländischen Heilbad gemäss Art. 40 KVG werden pro Tag folgende Leistungen ausgerichtet:

- Spitalversicherung PRIVAT: bis CHF 70
- Spitalversicherung HALBPRIVAT: bis CHF 50
- Spitalversicherung ALLGEMEIN: bis CHF 30

Diese Beiträge werden 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 Badekurpatienten verfügt.

10.2 Diese Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn der Kur eine intensive, wissenschaftlich anerkannte und zweckdienliche Behandlung vorausgegangen oder eine solche 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.

10.3 Die versicherte Tagesleistung wird während maximal 21 Tagen pro Kalenderjahr ausgerichtet.

11 Erholungskuren

11.1 Ist zur Ausheilung oder Erholung nach einer schweren Krankheit oder schweren Operation ein Kuraufenthalt medizinisch notwendig und ärztlich verordnet, werden pro Tag folgende Leistungen ausgerichtet:

- Spitalversicherung PRIVAT: bis CHF 70
- Spitalversicherung HALBPRIVAT: bis CHF 50
- Spitalversicherung ALLGEMEIN: bis CHF 30

11.2 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.

11.3 Die versicherten Leistungen werden während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr ausgerichtet.

12 Meldepflicht

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

13 Haushalthilfe

13.1 Wenn der Versicherte aufgrund einer ärztlichen Verordnung bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit wegen seines Gesundheitszustandes und wegen seiner persönlichen familiären Verhältnisse eine Haushalthilfe benötigt, werden an die ausgewiesenen und von der Versicherung DIVERSA nicht gedeckten Kosten pro Tag folgende Leistungen ausgerichtet:

- Spitalversicherung PRIVAT: bis CHF 70
- Spitalversicherung HALBPRIVAT: bis CHF 50
- Spitalversicherung ALLGEMEIN: bis CHF 30

13.2 Als Haushalthilfe gilt, wer beruflich auf eigene Rechnung oder für eine Organisation in Vertretung des Versicherten den Haushalt besorgt. Der gleiche Beitrag kann auch ausgerichtet werden, wenn eine andere Person in Vertretung des erkrankten Versicherten den Haushalt besorgt und die damit verbundenen Kosten ausgewiesen sind.

13.3 Die versicherte Tagesleistung wird höchstens 30 Mal pro Kalenderjahr ausgerichtet.

13.4 Die Leistungen an Haushalthilfen werden nicht gleichzeitig mit anderen Leistungen der Spitalversicherung gewährt.

14 Zweitmeinung

Versicherte können sich vor einem operativen Eingriff an den beratenden Arzt des Versicherers wenden, damit die medizinische Notwendigkeit des Eingriffs von ihm oder einem weiteren Arzt beurteilt wird. Die Kosten dieser Abklärung gehen zu Lasten des Versicherers.

15 Auslandeleistungen Spitalversicherung PRIVAT

15.1 Aus der Spitalversicherung PRIVAT werden bei einem akuten oder geplanten medizinisch notwendigen stationären Aufenthalt in einem Akutspital oder einer psychiatrischen Klinik im Ausland die Kosten der in der Schweiz wissenschaftlich anerkannten Behandlung und die Kosten für Unterkunft und Verpflegung übernommen.

Aus der Spitalversicherung HALBPRIVAT und der Spitalversicherung ALLGEMEIN werden im Ausland keine Leistungen ausgerichtet.

15.2 Bei einer planbaren stationären Behandlung im Ausland muss dem Versicherer das Kostengutsprache gesuch spätestens 7 Tage vor dem Spitaleintritt vorliegen. Das Gesuch muss das Eintrittsdatum, die vorgesehene medizinische Behandlung, den gewählten Leistungserbringer und die gewählte Abteilung enthalten. Liegt dem Versicherer zu diesem Zeitpunkt das Gesuch nicht vor, werden keine Leistungen aus der Spitalversicherung PRIVAT ausgerichtet. Liegt zum Zeitpunkt des Spitaleintritts keine Kostengutsprache des Versicherers vor, werden keine Leistungen aus der Spitalversicherung PRIVAT übernommen.

15.3 Der Versicherte hat die für die Ausrichtung der Leistungen notwendigen medizinischen Angaben und die detaillierte Originalrechnung in einer schweizerischen Landes- oder in englischer Sprache einzureichen. Kann der Versicherte keine detaillierten Rechnungen beibringen, so werden die Leistungen unter Berücksichtigung der Art, Schwere und Dauer der Krankheit bzw. der Unfallfolgen festgesetzt.

15.4 Für Grenzgänger gilt als Ausland, was ausserhalb der Schweiz sowie ausserhalb eines Grenzkorridors von 20 km ab der Schweizer Landesgrenze liegt.

16 Ausrichtung der Leistungen

Die Ausrichtung der Leistungen richtet sich nach Art. 33 AVB.

Lehnt der Wohnkanton entgegen Art. 41 Abs. 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 Aufenthaltes auf der allgemeinen Abteilung übernehme.

17 Leistungsausschluss

Aus der Spitalversicherung werden keine Leistungen ausgerichtet:

- 17.1 für ambulante Behandlungen, mit Ausnahme von Art. 7.2;
- 17.2 für Behandlung und Aufenthalt in Akutspitälern und psychiatrischen Kliniken wegen Drogen-, Suchtmitte-, Alkohol- oder Medikamentenmissbrauchs sowie bei chronischer Erkrankung;
- 17.3 für persönliche Unkosten (Telefon, Porti, TV, Radio usw.);
- 17.4 für zahnärztliche Behandlungen, die nicht zu den Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehören;
- 17.5 für Behandlung, Pflege, Überwachung und Aufenthalt in einem Pflege-, Chronischkranken- oder Altersheim;
- 17.6 für Behandlung und Aufenthalt bei Organtransplantationen, für welche der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenkassen (SVK) Fallpauschalen vereinbart hat. Dies gilt auch für Kliniken ohne vereinbarte Fallpauschale;
- 17.7 für Behandlungen in Spitälern, die nicht in der Spitalliste des Kantons (Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG) aufgeführt sind. Vorbehalten bleibt die Versicherung mit Ausweitung der Spitalwahl;
- 17.8 bei der Spitalversicherung HALBPRIVAT und der Spitalversicherung ALLGEMEIN: für Behandlungen im Ausland;
- 17.9 in den Fällen, die in Art. 31 AVB aufgeführt sind.

III. Varianten der Spitalversicherung

18 Wählbare Franchise

18.1 Gegen eine entsprechende Reduktion der Prämien steht den Versicherten der Spitalversicherung PRIVAT und der Spitalversicherung HALBPRIVAT die Möglichkeit zu, die zu Lasten der Spitalversicherung entstehenden Kosten bis zu einem festen Betrag pro Kalenderjahr (Franchise) selbst zu übernehmen. Als wählbare Franchisen sind möglich:

CHF 1'000 pro Kalenderjahr
CHF 2'000 pro Kalenderjahr
CHF 3'000 pro Kalenderjahr
CHF 5'000 pro Kalenderjahr oder
CHF 10'000 pro Kalenderjahr

18.2 Die Wahl einer Franchise in der bereits bestehenden Spitalversicherung ist unabhängig von Gesundheitszustand und Alter auf den Beginn eines Monats möglich.

18.3 Der Wechsel von einer tieferen zu einer höheren Franchise ist unabhängig von Gesundheitszustand und Alter auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

18.4 Für den Wechsel zu einer tieferen Franchise ist ein neues Aufnahmeverfahren mittels Versicherungsantrags notwendig. Er ist erstmals nach einer Versicherungsdauer von drei Jahren unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

18.5 Besteht die Versicherung mit wählbarer Franchise nicht während eines ganzen Kalenderjahres, wird die Franchise pro rata temporis berechnet.

18.6 Versicherte mit wählbarer Franchise haben die gewählte Franchise pro Kalenderjahr bei Beanspruchung der Spitalversicherung vorab selbst zu tragen.

18.7 Bei einem Spitalaufenthalt über das Jahresende von maximal 30 Tagen wird die gewählte Franchise nur einmal im Kalenderjahr zu Beginn dieses Spitalaufenthaltes erhoben.

18.8 Begeben sich Versicherte mit wählbarer Franchise in eine allgemeine Abteilung gemäss Art. 4.5, wird auf die Erhebung der Franchise verzichtet.

18.9 Begeben sich Versicherte der Spitalversicherung PRIVAT mit wählbarer Franchise in eine halbprivate Abteilung gemäss Art. 4.4, wird nur die Hälfte der Franchise erhoben.

19 Eingeschränkte Spitalwahl

19.1 Gegen eine entsprechende Reduktion der Prämien steht den Versicherten der Spitalversicherung die Möglichkeit offen, die Variante der eingeschränkten Spitalwahl abzuschliessen.

19.2 In der Variante der eingeschränkten Spitalwahl beschränkt sich die Leistungsdeckung auf die vom Versicherer bezeichneten Akutspitäler. Der Versicherer führt eine Liste derjenigen Akutspitäler, die bei dieser Variante ausgewählt werden können, welche er laufend anpasst. Diese Liste kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise verlangt werden.

19.3 Bei Notfall oder wenn die erforderlichen Leistungen in den bezeichneten Akutspitälern nicht angeboten werden, besteht volle Deckung. Vorbehalten bleibt Art. 9.

19.4 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 Versicherungsantrags ist nicht notwendig.

20 Ausweitung der Spitalwahl

- 20.1 Gegen einen entsprechenden Aufschlag der Prämien steht den Versicherten der Spitalversicherung die Möglichkeit offen, die Variante mit Ausweitung der Spitalwahl abzuschliessen.
- 20.2 In der Variante mit Ausweitung der Spitalwahl gewährt der Versicherer auch an Aufenthalte in denjenigen Spitälern Leistungen, die nicht in der Spitalliste des Kantons (Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG) aufgeführt sind.
- 20.3 Die Leistungen richten sich höchstens nach dem vom Versicherer für das betreffende Spital anerkannten Maximaltarif.

IV. Übergangsregelung

21 Prämienrabatt

Versicherte, welche bereits vor 1997 der Spitalversicherung angehörten, kommen in den Genuss eines Prämienrabatts. Die Höhe des Rabatts richtet sich nach der Versicherungsdauer der am 31. Dezember 1996 bestehenden Versicherung.



CONCORDIA
Bundesplatz 15
6002 Luzern
Telefon 041 228 01 11
www.concordia.ch
info@concordia.ch