

## Zusätzliche Versicherungsbedingungen (ZVB) HOSPITAL Spitalzusatzversicherung

### Inhaltsverzeichnis

- 1 Zweck
- 2 Versicherungsdeckung
- 3 Ausserkantonale Spitalaufenthalte
- 4 Spitalbedürftigkeit
- 5 Spitalleistungen
- 6 Ambulante Eingriffe
- 7 Leistungen bei Unterversicherung
- 8 Leistungsdauer im Akutspital und in der psychiatrischen Klinik
- 9 Badekuren
- 10 Erholungskuren
- 11 Leistungsdauer bei Kuren
- 12 Kurverordnung
- 13 Hauskrankenpflege
- 14 Haushalthilfe
- 15 Leistungsdauer bei Hauskrankenpflege und Haushalthilfe
- 16 Leistungen im Ausland
- 17 Leistungen für Neugeborene
- 18 Versicherungsvariante mit Zweitmeinung
- 19 Versicherungsvariante mit Spitalwahleinschränkung
- 20 Versicherungsvariante mit Spitalwahlausweitung
- 21 Versicherungsvariante mit wählbarer Jahresfranchise
- 22 Versicherungsvariante ohne Mutterschaftsleistung
- 23 Sonderstellung für Besondere Versicherungsformen
- 24 Unfaldeckung
- 25 Option auf die CURA Langzeitpflege-Versicherung

### 1 Zweck

- 1.1 Die HOSPITAL Spitalzusatzversicherung deckt Aufenthalts- und Behandlungskosten in einem Spital (Akutspital oder psychiatrische Klinik) und gewährt Beiträge an Bade- und Erholungskuren, Hauskrankenpflege und Haushalthilfe sowie ambulante Operationen. Voraussetzung für die Ausrichtung aller Leistungen ist das Vorliegen medizinischer Notwendigkeit. Als Akutspital gilt ein Spital, das in der kantonalen Spitalplanung enthalten ist und als geeignet erscheint, versicherte Personen im Sinne von Ziff. 4 dieser ZVB zu behandeln.
- 1.2 Für den Aufenthalt in einem Spital bestehen folgende Versicherungsmöglichkeiten:
  - a) HOSPITAL ECO = allgemeine Spitalabteilung
  - b) HOSPITAL PLUS = halbprivate Spitalabteilung
  - c) HOSPITAL COMFORT = private Spitalabteilung

### 2 Versicherungsdeckung

- 2.1 Aus der HOSPITAL Spitalzusatzversicherung werden die Aufenthalts- und Behandlungskosten in denjenigen Spitälern übernommen, die in den kantonalen Planungs- und Spitallisten gemäss Art. 39 KVG aufgeführt sind.
- 2.2 Die HOSPITAL ECO deckt im Rahmen der nachfolgenden Bestimmungen die Kosten eines stationären Aufenthaltes in einem Mehrbett-Zimmer der allgemeinen Abteilung eines Spitals.
- 2.3 Die HOSPITAL PLUS deckt im Rahmen der nachfolgenden Bestimmungen die Kosten eines stationären Aufenthaltes in einem Zweibett-Zimmer der halbprivaten Abteilung eines Spitals.
- 2.4 Die HOSPITAL COMFORT deckt im Rahmen der nachfolgenden Bestimmungen die Kosten eines stationären Aufenthaltes in einem Einbett-Zimmer der privaten Abteilung eines Spitals.
- 2.5 Kennt ein Spital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilungen oder werden die Tarife einer Abteilung vom Versicherer nicht anerkannt, gelangen diejenigen Bestimmungen zur Anwendung, wie wenn die versicherte Person sich in einer Privatabteilung eines Spitals aufhalten würde. Bei Unterversicherung gelten die Bestimmungen von Ziff. 7 dieser ZVB.
- 2.6 Der Versicherer führt eine Liste der Spitälern, welche keine privaten, halbprivaten oder allgemeinen Abteilungen im Sinne der vorstehenden Bestimmungen führen. Der Versicherer passt diese Liste laufend an. Sie kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.

### 3 Ausserkantonale Spitalaufenthalte

Für die Kosten der medizinisch bedingten Spitalaufenthalte, die gemäss Art. 41 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) von den Kantonen zu tragen sind, besteht keine Versicherungsdeckung.

#### 4 Spitalbedürftigkeit

Die Leistungen für wissenschaftlich anerkannte Heil- anwendungen im Rahmen eines Aufenthaltes in einem Spital werden gewährt, wenn der Zustand der versicherten Person die stationäre Behandlung erfordert und für jenes Spital bzw. jene Spital- abteilung, in welche/s die versicherte Person aus medizinischen Gründen gehört.

#### 5 Spitalleistungen

5.1 Bei Aufenthalt von mindestens 24 Stunden und Behandlung im Spital umfassen die Leistungen im Rahmen der vom Versicherer für das betreffende Spital oder die teilstationäre Einrichtung anerkannten Tarife:

- a) die Kosten für Unterkunft und Verpflegung je nach abgeschlossener Versicherung für die allgemeine, halbprivate oder private Abteilung der versicherten Akutspitäler und psychiatrischen Kliniken der Schweiz;
- b) die Arzthonorare;
- c) die Kosten für wissenschaftlich anerkannte diagnostische und therapeutische Massnahmen;
- d) die Krankenpflege im Spital;
- e) die Kosten für Medikamente, Heilmaterialien, Operationssaal und Narkose;
- f) die Kosten für vom Spital verordnete Mittel und Gegenstände.

5.2 Leistungen für Zahnbehandlungen gemäss Ziff. 5.1 werden aus der Spitalzusatzversicherung übernommen, sofern eine Leistungspflicht gemäss Kranken- versicherungsgesetz (KVG) besteht.

#### 6 Ambulante Eingriffe

Kann durch einen kostengünstigeren ambulanten Eingriff ein stationärer Akutspitalaufenthalt vermieden werden, übernimmt der Versicherer die Kosten im Rahmen der mit dem betreffenden Spital oder teil- stationären Einrichtung getroffenen Vereinbarungen.

#### 7 Leistungen bei Unterversicherung

7.1 Personen, die beim Versicherer für die allgemeine Spitalabteilung versichert sind, werden bei einem Aufenthalt in der privaten Abteilung 20% der Leistungen der HOSPITAL COMFORT bzw. bei einem Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung 40% der Leistungen der HOSPITAL PLUS gewährt, höchstens jedoch 20% bzw. 40% der vom Versicherer für das betreffende Spital oder die teilstationäre Ein- richtung anerkannten Tarife.

7.2 Personen, die beim Versicherer für die halbprivate Abteilung versichert sind, werden bei einem Aufent- halt in der privaten Abteilung 75% der Leistungen der HOSPITAL COMFORT gewährt, höchstens jedoch 75% der vom Versicherer für das betreffende Spital oder die teilstationäre Einrichtung anerkannten Tarife.

7.3 Der Versicherer führt eine Liste derjenigen Spitäler oder teilstationären Einrichtungen, deren Tarife nicht anerkannt werden. Diese Liste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer eingesehen oder auszugs- weise einverlangt werden.

#### 8 Leistungsdauer im Akutspital und in der psychiatrischen Klinik

8.1 Bei stationärer Behandlung in einem Akutspital werden die versicherten Leistungen zeitlich unbeschränkt ausgerichtet, solange unter Berücksichtigung der Dia- gnose und der Gesamtheit der ärztlichen Behandlung ein Aufenthalt in einem Akutspital medizinisch not- wendig ist.

8.2 Bei stationärer Behandlung in einer psychiatrischen Klinik werden die versicherten Leistungen während maximal 90 Tagen innerhalb eines Kalenderjahres ausgerichtet, solange unter Berücksichtigung der Dia- gnose und der Gesamtheit der ärztlichen Behand- lung der Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik me- dizinisch notwendig ist und kein chronisches Krank- heitsbild vorliegt.

8.3 An Aufenthalte in psychiatrischen Tageskliniken werden keine Leistungen ausgerichtet.

#### 9 Badekuren

9.1 An eine vor Kurantritt ärztlich verordnete, stationär durchgeführte Badekur in einem ärztlich geleiteten inländischen Heilbad werden während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr an die ausgewiesenen Kosten folgende Leistungen ausgerichtet:

- a) HOSPITAL ECO bis CHF 30.–
- b) HOSPITAL PLUS bis CHF 60.–
- c) HOSPITAL COMFORT bis CHF 90.–

9.2 Ein Anspruch auf die Leistungen gemäss Ziff. 9.1 besteht nur dann, wenn der Kur eine intensive, wissenschaftlich anerkannte und zweckdienliche Behandlung vorausgegangen oder eine ambulante, wissenschaftlich anerkannte und zweckdienliche Therapie nicht möglich ist. Bei Kurantritt hat zudem eine ärztliche Eintrittsuntersuchung zu erfolgen und es müssen balneologische und physikalische Anwendungen nach einem Kurplan durchgeführt werden. Die Mindestdauer für eine Badekur beträgt 14 Tage.

- 9.3 In Abweichung von Ziff. 9.1 kann eine Badekur auch in einem Heilbad des europäischen Auslands durchgeführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss Ziff. 9.2 erfüllt sind.
- 10 Erholungskuren**
- 10.1 An eine vor Kurantritt ärztlich verordnete Erholungskur, die zur Ausheilung oder Erholung nach einer schweren Krankheit medizinisch notwendig ist, werden pro Tag während max. 30 Tagen pro Kalenderjahr im Inland folgende Leistungen an die ausgewiesenen Kosten ausgerichtet:
- HOSPITAL ECO bis CHF 30.–
  - HOSPITAL PLUS bis CHF 60.–
  - HOSPITAL COMFORT bis CHF 90.–
- 10.2 Die Kur muss in einem von santésuisse anerkannten inländischen Kurhaus durchgeführt werden.
- 11 Leistungsdauer bei Kuren**  
Leistungen für Bade- und Erholungskuren zusammen werden für maximal 30 Tage pro Kalenderjahr ausgerichtet.
- 12 Kurverordnung**  
Die ärztliche Kurverordnung ist rechtzeitig vor Antritt der Kur, unter Angabe des Heilbades bzw. der Kuranstalt und des Datums des Kurantritts, dem Versicherer einzureichen.
- 13 Hauskrankenpflege**
- 13.1 Bei ärztlich verordneter Hauskrankenpflege, bei welcher der Beizug einer Berufspflegeperson gegen Entgelt erforderlich ist und wenn damit ein Spital- oder Kuraufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann, werden pro Tag während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr an die ausgewiesenen Kosten folgende Leistungen ausgerichtet:
- HOSPITAL ECO bis CHF 30.–
  - HOSPITAL PLUS bis CHF 60.–
  - HOSPITAL COMFORT bis CHF 90.–
- 13.2 Als Pflegeperson kann auch anerkannt werden, wer dem Kranken täglich die notwendige Pflege angedeihen lässt und dadurch nachweisbar in seiner beruflichen Tätigkeit einen Erwerbsausfall erleidet.
- 13.3 Erkrankt oder verunfallt ein durch die vorliegende Versicherung versichertes Kind unter 15 Jahren, das unter der elterlichen Gewalt eines alleinerziehenden, erwerbstätigen Elternteiles oder von erwerbstätigen Ehepaaren oder Konkubinatspartnern steht, entrichtet der Versicherer anstelle der Leistungen gemäss Ziff. 13.1 an die Kosten der Kinderbetreuung und Kinderpflege, d.h. Körperpflege des Kindes, Verabreichung von Medikamenten sowie Zubereitung von Mahlzeiten, die folgenden Leistungen:
- HOSPITAL ECO bis 30 Std. pro Kalenderjahr
  - HOSPITAL PLUS bis 60 Std. pro Kalenderjahr
  - HOSPITAL COMFORT bis 90 Std. pro Kalenderjahr
- 13.4 Voraussetzung für die Leistungsübernahme gemäss Ziff. 13.3 ist der Beizug der des Versicherers beauftragten Notruf- und Organisationszentrale. Die Leistungen werden nicht erbracht, wenn diese nicht durch diese Zentrale organisiert werden.
- 13.5 Nicht versichert sind Kosten für allgemeine Haushaltsarbeiten wie z.B. Einkaufen, Waschen, Bügeln, Reinigungsarbeiten etc.
- 13.6 Bei Aufenthalt in Pflegeheimen und ähnlichen Einrichtungen werden keine Leistungen für Hauskrankenpflege erbracht.
- 14 Haushalthilfe**
- 14.1 Wenn eine versicherte Person aufgrund einer ärztlichen Verordnung bei einer Arbeitsunfähigkeit von 100% wegen ihres Gesundheitszustandes und wegen ihrer persönlichen familiären Verhältnisse eine Haushalthilfe benötigt und wenn damit ein Spital- oder Kuraufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann, werden an die ausgewiesenen Kosten pro Tag während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr folgende Leistungen ausgerichtet:
- HOSPITAL ECO bis CHF 30.–
  - HOSPITAL PLUS bis CHF 60.–
  - HOSPITAL COMFORT bis CHF 90.–
- 14.2 Als Haushalthilfe gilt, wer beruflich auf eigene Rechnung oder für eine Organisation in Vertretung der versicherten Person den Haushalt besorgt.
- 14.3 Als Haushalthilfe kann auch anerkannt werden, wer in Vertretung einer erkrankten versicherten Person den Haushalt besorgt und da durch nachweisbar in seiner beruflichen Tätigkeit einen Erwerbsausfall erleidet.
- 14.4 Bei Aufenthalt in Pflegeheimen und ähnlichen Einrichtungen werden keine Leistungen für Haushalthilfe erbracht.

## 15 Leistungsdauer bei

### Hauskrankenpflege und Haushalthilfe

Die versicherten Tagesleistungen für Hauskrankenpflege und Haushalthilfe zusammen werden während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr gewährt.

## 16 Leistungen im Ausland

16.1 Bei einem stationären Aufenthalt in einem Akutspital der einer psychiatrischen Klinik im Ausland werden an die Kosten der wissenschaftlich anerkannten und zweckdienlichen Behandlung und für Unterkunft und Verpflegung pro Tag während maximal 60 Tagen pro Kalenderjahr folgende Leistungen ausgerichtet:

- a) HOSPITAL ECO bis CHF 500.– pro Tag
- b) HOSPITAL PLUS bis CHF 1000.– pro Tag
- c) HOSPITAL COMFORT bis CHF 1500.– pro Tag

16.2 Erkrankt oder verunfallt eine Person mit Versicherungsdeckung HOSPITAL COMFORT bei vorübergehendem, höchstens 12 Monate dauerndem Auslandsaufenthalt, besteht während maximal 60 Tagen pro Kalenderjahr volle Kostendeckung, sofern ein Rücktransport in die Schweiz nicht zumutbar ist.

16.3 Anspruch auf die Leistungen gemäss Ziff. 16.2 besteht nur für Behandlungen in dem Land, in welchem die versicherte Person wegen einer Krankheit oder wegen eines Unfalles zur medizinischen Erstbehandlung in ein Akutspital oder in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden musste. Für Verlegungen und Behandlungen in einem Drittland werden keine Leistungen ausgerichtet.

## 17 Leistungen für Neugeborene

Die Kosten für den Aufenthalt des gesunden Neugeborenen werden aus der beim Versicherer abgeschlossenen Spitalzusatzversicherung der Mutter während der Dauer des Aufenthaltes der Mutter im Spital übernommen, höchstens jedoch während 10 Wochen.

## 18 Versicherungsvariante mit Zweitmeinung

18.1 Gegen eine Prämienreduktion kann bei der HOSPITAL PLUS und HOSPITAL COMFORT die Versicherungsvariante mit Zweitmeinung abgeschlossen werden. Versicherte Personen mit dieser Variante sind verpflichtet, sich vor einer der in Ziff. 18.4 aufgeführten Operationen in stationären oder teilstationären Einrichtungen an den Vertrauensärztlichen Dienst des Versicherers zu wenden, damit die medizinische Notwendigkeit des Eingriffs von einem weiteren Arzt beurteilt wird. Die Kosten dieser Abklärung gehen zu Lasten des Versicherers.

18.2 Es steht der versicherten Person frei, die Meinungsäusserung des zweiten Arztes zu befolgen.

18.3 Verweigert die versicherte Person die Einholung der Zweitmeinung, trägt sie von den zu Lasten ihrer Spitalzusatzversicherung gehenden Kosten 10%, maximal CHF 3 000.–, selber.

18.4 Zweitmeinungspflichtige Operationen sind:

- a) Curettage (Auskratzung der Gebärmutter)
- b) Hysterektomie (Entfernung der Gebärmutter)
- c) Operation des Hallux valgus (Halluxoperation)
- d) Arthroplastik des Hüft- und Kniegelenkes (Einsetzen künstlicher Gelenke)
- e) Arthroskopie (Gelenkspiegelung)
- f) Bandplastik an Knie- und Sprunggelenk (Bandoperation)
- g) Entfernung von Osteosynthesematerial (Metallentfernung nach operativen Eingriffen am Knochen)
- h) Diskushernien-Operation (Bandscheibenoperation)
- i) Koronarangiografie (Röntgendarstellung der Herzkranzgefässe)
- k) Prostataktomie (Entfernung der Prostata)
- l) Tonsillektomie (Mandeloperation)
- m) Cholezystektomie (Entfernung der Gallenblase)
- n) Varizenoperation (Operation der Krampfadern)
- o) Spondylodese (Versteifende Operation an der Wirbelsäule)

## 19 Versicherungsvariante mit Spitalwahleinschränkung

19.1 Gegen eine Prämienreduktion kann die Versicherungsvariante mit eingeschränkter Spitalwahl abgeschlossen werden. Der Versicherer führt für diese Variante eine Liste, aus welcher ersichtlich ist, welche Spitäler ausgewählt werden können. Diese Liste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.

19.2 Bei Aufenthalt in einem auf der Liste des Versicherers fehlenden Spital werden keine Kosten übernommen.

## **20 Versicherungsvariante mit Spitalwahlausweitung**

- 20.1 Gegen einen Prämienaufschlag kann die Versicherungsvariante mit ausgeweiteter Spitalwahl abgeschlossen werden. Bei dieser Variante gewährt der Versicherer auch für diejenigen Spitäler Kosten- und Spitalisten gemäss Art. 39 KVG aufgeführt sind. Dabei gelangen die vom Versicherer für das betreffende Spital oder die teilstationäre Einrichtung anerkannten Maximaltarife zur Anwendung.
- 20.2 Der Versicherer führt eine Liste derjenigen Spitäler oder teilstationären Einrichtungen, deren Tarife nicht anerkannt werden. Diese Liste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.

## **21 Versicherungsvariante mit wählbarer Jahresfranchise**

- 21.1 Gegen eine Prämienreduktion kann die Versicherungsvariante mit wählbarer Jahresfranchise abgeschlossen werden. Versicherte Personen mit dieser Variante haben die gewählte Franchise pro Kalenderjahr bei Beanspruchung der HOSPITAL Spitalzusatzversicherung vorab selbst zu tragen. Die gewählte Jahresfranchise wird nur bei Akutspitalaufenthalten und bei Aufenthalt in psychiatrischen Kliniken erhoben.
- 21.2 Begeben sich versicherte Personen einer HOSPITAL PLUS mit einer gewählten Jahresfranchise von CHF 1 000.–, 2 000.– oder 3 000.– bei ihrer Hospitalisation in eine allgemeine Spitalabteilung, wird auf die Erhebung der Jahresfranchise verzichtet. Das gleiche gilt, wenn versicherte Personen einer HOSPITAL COMFORT mit einer dieser gewählten Jahresfranchise sich bei ihrer Hospitalisation in eine halbprivate Spitalabteilung oder in eine allgemeine Spitalabteilung begeben.
- 21.3 Begeben sich versicherte Personen einer HOSPITAL PLUS mit einer gewählten Jahresfranchise von CHF 5 000.– bzw. 7 000.– bei ihrer Hospitalisation in eine allgemeine Spitalabteilung, wird eine Jahresfranchise von CHF 2 000.– bzw. 4 000.– erhoben. Das gleiche gilt, wenn versicherte Personen einer HOSPITAL COMFORT mit einer dieser gewählten Jahresfranchise sich bei ihrer Hospitalisation in eine halbprivate Spitalabteilung oder in eine allgemeine Spitalabteilung begeben.

## **22 Versicherungsvariante ohne Mutterschaftsleistung**

- Gegen eine Prämienreduktion kann bei der HOSPITAL PLUS sowie bei der HOSPITAL COMFORT die Versicherungsdeckung für Mutterschaftsleistung ausgeschlossen werden. Frauen, die diese Versicherungsvariante wählen, gewährt der Versicherer im Falle der Mutterschaft die Leistungen der Versicherung HOSPITAL ECO. Bei Neu- bzw. Wiedereinschluss der Mutterschaftsdeckung werden entsprechende Leistungen nach einer Karenzfrist von 365 Tagen ab dem Zeitpunkt der Gültigkeit dieser Vertragsänderung ausgerichtet.

## **23 Sonderstellung für Besondere Versicherungsformen**

- 23.1 Versicherte Personen, die in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG die besondere Versicherungsform «Light-Hausarztversicherung» gewählt haben, können die HOSPITAL Spitalzusatzversicherung nur mit der Versicherungsvariante mit Spitalwahleinschränkung gemäss Ziff. 19 dieser ZVB abschliessen. Im weiteren gelten für solche versicherte Personen die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Light-Hausarztversicherung festgehaltenen einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug auch für die vorliegende Versicherung.
- 23.2 Für versicherte Personen, welche andere besondere Versicherungsformen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG abgeschlossen haben (z.B. HMO, weitere Hausarztmodelle), gelten die in den diesbezüglichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgehaltenen einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug auch für die vorliegende Versicherung.

## **24 Unfalldeckung**

- Die Versicherungsdeckung für Unfallfolgen kann ausgeschlossen werden. Versicherte, welche die Unfalldeckung ausgeschlossen haben, können bis zum vollendeten 70. Altersjahr den Wieder- bzw. Neueinschluss der Unfalldeckung beantragen.

**25 Option auf die CURA  
Langzeitpflege-Versicherung**

- 25.1 Versicherte Personen, die beim Versicherer eine HOSPITAL Spitalzusatzversicherung abgeschlossen haben, haben das Recht, auf den dem Eintritt ins AHV-Alter folgenden 1. Januar ohne Gesundheitsprüfung die CURA Langzeitpflege-Versicherung automatisch zugeteilt zu erhalten. Die Zuteilung wird wie folgt vorgenommen:
- a) HOSPITAL ECO Variante 30
  - b) HOSPITAL PLUS Variante 60
  - c) HOSPITAL COMFORT Variante 90
- 25.2 Für versicherte Personen gemäss Ziff. 25.1 beginnt die Leistungspflicht aus der CURA Langzeitpflege-Versicherung nach Ablauf von 720 aufeinanderfolgenden Tagen, an welchen die Voraussetzungen für stationäre Behandlungen bei chronischer Krankheit, Hauskrankenpflege oder Haushalthilfe bestanden haben. Für die Berechnung der Wartefrist ist die ärztliche Verordnung massgebend.
- 25.3 Die versicherten Personen im Sinne von Ziff. 25.1 haben nach der Zuteilung in Abweichung der ordentlichen Kündigungsbestimmungen gemäss Ziff. 9 AVB das Recht, jeweils bis zum 31. Januar rückwirkend auf den 1. Januar von der CURA Langzeitpflege-Versicherung zurückzutreten.