

Spitalversicherung

Krankenzusatzversicherung nach VVG
Zusatzbedingungen (ZB)
Ausgabe 01.2010

Inhaltsverzeichnis

1	Aufnahmebedingungen	2
2	Versicherte Leistungen	2
3	Leistungsanspruch	5
4	Kostenbeteiligung	5
5	Leistungseinschränkungen	5

Grundlage der nachstehenden Zusatzbedingungen (ZB) bilden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankenzusatzversicherungen nach VVG der CSS Versicherung AG (nachfolgend «Versicherer» genannt), sofern die vorliegenden ZB keine anders lautenden Regelungen vorsehen.

1 Aufnahmebedingungen

- 1.1 In der Spitalversicherung kann die versicherte Person zwischen den zwei Versicherungsstufen «Minima» und «Optima» wählen.
- 1.2 Sowohl der Erstabschluss einer Spitalversicherung als auch der Wechsel von einer leistungsumfangsschwächeren zu einer leistungsumfangsstärkeren Versicherungsstufe bedarf zwingend der Abgabe einer Gesundheitsdeklaration und erfolgt nur nach Überprüfung und erklärter Annahme dieser durch den Versicherer.
- 1.3 Die Versicherungsdeckung für Unfallfolgen kann ausgeschlossen werden. Die versicherte Person, welche die Unfalldeckung ausgeschlossen hat, kann jederzeit unter Abgabe einer Gesundheitsdeklaration den Wieder- bzw.

Neueinschluss der Unfalldeckung beantragen. Der Wieder- bzw. Neueinschluss der Unfalldeckung erfolgt nur nach Überprüfung und Annahme der Gesundheitsdeklaration durch den Versicherer.

- 1.4 Die Versicherungsdeckung (alle unter Ziffer 2 aufgezählten Leistungen) für Mutterschaft kann ausgeschlossen werden. Die versicherte Person kann jederzeit den Wieder- bzw. Neueinschluss dieser Deckung beantragen. Es gilt auch dann die Karenzfrist von 365 Tagen (vgl. Ziffer 2.9).

2 Versicherte Leistungen

Der Versicherer erbringt im Versicherungsfall folgende Leistungen ergänzend und im Nachgang zu den Leistungen anderer Sozialversicherungen, insbesondere zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG) und/oder zur Unfallversicherung nach Unfallversicherungsgesetz (UVG). Der jeweilige Leistungsumfang für die entsprechend abgeschlossene Versicherungsstufe ist in nachfolgender Tabelle geregelt:

Leistungsbereich	Minima	Optima
2.1 Örtlicher Geltungsbereich	Schweizweite Deckung für Wahlbehandlungen, weltweite Deckung für Notfallbehandlungen: Der Versicherer bezahlt sämtliche nachfolgend aufgeführte Leistungen für diagnostische Untersuchungen und medizinische Behandlungen. Während eines Auslandsaufenthalts sind die Leistungen auf die Akutphase der Behandlung beschränkt, wenn gleichzeitig eine Rückkehr in die Schweiz nicht zumutbar ist (Leistungsvoraussetzung siehe Ziffer 3.5).	
	Kann aufgrund der eingereichten Unterlagen und Belege nicht festgestellt werden, in welcher Abteilung die versicherte Person behandelt wurde, richtet der Versicherer die Leistungen analog der privaten Abteilung an deren schweizerischen Wohnort mit entsprechend vereinbarter Kostenbeteiligung aus.	
2.2 Wahlfreiheit von Abteilungen (allgemein, halbprivat, privat) bei stationären Behandlungen	Die versicherte Person kann vor Antritt einer stationären Behandlung wählen, in welcher Abteilung (allgemein, halbprivat oder privat) sie sich behandeln lassen resp. aufhalten will und bezahlt dafür gemäss entsprechend gewählter Abteilung die auf der Police aufgeführte jeweilige jährliche Kostenbeteiligung.	
2.3 Spital stationär	Der Versicherer bezahlt die Behandlungs- und Aufenthaltskosten eines stationären Spitalaufenthalts in der allgemeinen, halbprivaten oder privaten Abteilung in Spitälern, die zum Behandlungszeitpunkt einen Leistungserbringer gemäss Ziffer 9 AVB darstellen.	
	Bei geplanten Behandlungen (Wahlbehandlungen) muss die Kostengutsprache des Versicherers für den gewählten Leistungserbringer wie auch die gewählte Abteilung spätestens bei Eintritt beim Leistungserbringer vorliegen. Liegt zu diesem Zeitpunkt keine Kostengutsprache vor, so werden keine Kosten vergütet. Bei Notfällen muss unverzüglich eine Kostengutsprache des Versicherers für den gewählten Leistungserbringer wie auch die gewählte Abteilung beim Versicherer eingefordert werden.	
2.4 Spital ambulant	Der Versicherer bezahlt die Behandlungs- und Aufenthaltskosten eines ambulanten oder teilstationären Spitalaufenthalts in den für den stationären Spitalaufenthalt (Ziffer 2.3) festgelegten Leistungserbringern nur, sofern die versicherte Person keine diesbezügliche ergänzende Versicherung beim Versicherer für ambulante Kosten hat und diese ambulante Behandlung der Vermeidung oder Verkürzung eines versicherten stationären Spitalaufenthaltes dient, jedoch höchstens 90% des maximalen Betrags für einen stationären Spitalaufenthalt gemäss dem im KVG anerkannten (Referenz-)Tarif.	
2.5 Rehabilitation stationär	Der Versicherer bezahlt die Behandlungs- und Aufenthaltskosten eines stationären Rehabilitationsaufenthalts in der allgemeinen, halbprivaten oder privaten Abteilung in Rehabilitationskliniken, die zum Behandlungszeitpunkt einen Leistungserbringer gemäss Ziffer 9 AVB darstellen.	
	Während höchstens 60 Tagen pro Kalenderjahr	Während höchstens 90 Tagen pro Kalenderjahr

Leistungsbereich	Minima	Optima
2.6 Rehabilitation ambulant	Der Versicherer bezahlt die Behandlungs- und Aufenthaltskosten eines ambulanten oder teilstationären Aufenthalts in den für den stationären Rehabilitationsaufenthalt (Ziffer 2.5) festgelegten Leistungserbringern nur, sofern die versicherte Person keine diesbezügliche ergänzende Versicherung beim Versicherer für ambulante Kosten hat und diese ambulante Behandlung der Vermeidung oder Verkürzung eines versicherten stationären Rehabilitationsaufenthaltes dient, jedoch höchstens 90 % des maximalen Betrags für einen stationären Rehabilitationsaufenthalt gemäss dem im KVG anerkannten (Referenz-)Tarif.	
	Während höchstens 60 Tagen pro Kalenderjahr	Während höchstens 90 Tagen pro Kalenderjahr
2.7 Psychiatrie stationär	Der Versicherer bezahlt die Behandlungs- und Aufenthaltskosten eines stationären Aufenthalts in der allgemeinen, halbprivaten oder privaten Abteilung in psychiatrischen Kliniken, die zum Behandlungszeitpunkt einen Leistungserbringer gemäss Ziffer 9 AVB darstellen. Eine stationäre Behandlung setzt immer eine Spitalbedürftigkeit (der Patient bedarf einer Behandlung im Spitalmilieu, d.h. diagnostische und therapeutische Anwendungen sind aufgrund der apparativen und personellen Anforderungen nur im Spital möglich) voraus. Langzeitaufenthalte in psychiatrischen Tages- und Nachtkliniken, bei denen die Spitalbedürftigkeit nicht gegeben ist, werden von dieser Versicherung nicht bezahlt.	
	Während höchstens 60 Tagen pro Kalenderjahr	Während höchstens 90 Tagen pro Kalenderjahr
2.8 Bade- und Erholungskuren	Badekuren: Wenn die versicherte Person vorgängig wegen Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparates eingehend behandelt worden ist, die Kur in einem ärztlich geleiteten vom Versicherer anerkannten Heilbad stattfindet, mindestens zwei Wochen dauert, balneologische und physikalische Massnahmen umfasst und kurärztlich überwacht wird. Erholungskuren: Nach einem Spitalaufenthalt in den vom Versicherer anerkannten Erholungsheimen.	
	Für Bade- und Erholungskuren zusammen: höchstens CHF 20 pro Tag bis maximal CHF 500 pro Kalenderjahr	Für Bade- und Erholungskuren zusammen: höchstens CHF 80 pro Tag bis maximal CHF 2000 pro Kalenderjahr
2.9 Mutterschaft	Bei Mutterschaft erbringt der Versicherer nach Ablauf einer Karenzfrist von 365 Tagen seit Versicherungsbeginn und wenn die Leistungen für Mutterschaft nicht abgeschlossen wurden:	
	a) die gleichen Leistungen wie bei Krankheit.	
	b) die Kosten für eine stationäre Geburt im Geburtshaus, das auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt ist, in der Höhe eines Spitalaufenthaltes für eine Geburt (unter Berücksichtigung der entsprechend gewählten Kostenbeteiligung).	
	c) im Geburtshaus, das nicht auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt ist, bezahlt der Versicherer für eine stationäre Geburt ohne Kostennachweis einen einmaligen maximalen Beitrag von CHF 1000 (auch bei Mehrlingsgeburten). Wenn die gesamte Erholungszeit im Geburtshaus erfolgt, nicht aber die Geburt an sich, so wird ohne Kostennachweis maximal der einmalige Betrag von CHF 500 ausgeschüttet.	c) im Geburtshaus, das nicht auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt ist, bezahlt der Versicherer für eine stationäre Geburt sämtliche ausgewiesenen Aufenthaltskosten. Wenn die gesamte Erholungszeit im Geburtshaus erfolgt, nicht aber die Geburt an sich, so werden maximal 50 % der ausgewiesenen Aufenthaltskosten übernommen.
	d) für eine ambulante Geburt im Geburtshaus oder zu Hause bezahlt der Versicherer ohne Kostennachweis den nachfolgend aufgeführten, einmaligen maximalen Beitrag (auch bei Mehrlingsgeburten). Diese Leistungen können nicht kumuliert werden.	
	CHF 1000 pro Geburt	CHF 1500 pro Geburt

Leistungsbereich	Minima	Optima
2.10 Neugeborenes	a) Für ein gesundes Neugeborenes vergütet der Versicherer die Aufenthalts- und Erstuntersuchungskosten nach dem im KVG anerkannten Tarif während des Spitalaufenthalts der Mutter, sofern es ab Geburt beim Versicherer in der vorliegenden Spitalversicherung mindestens in der Versicherungsstufe «Minima» versichert ist.	
	Diese Leistungen erbringt der Versicherer während längstens 10 Tagen ab Geburt	Diese Leistungen erbringt der Versicherer während längstens 30 Tagen ab Geburt
	b) Für die Pflege des gesunden und beim Versicherer versicherten Neugeborenen bezahlt dieser bei erneutem Spitalaufenthalt der Mutter keine Leistungen.	b) Für die Pflege des gesunden und beim Versicherer versicherten Neugeborenen bezahlt dieser bei erneutem Spitalaufenthalt der Mutter innerhalb von 10 Wochen nach der Geburt höchstens CHF 100 pro Tag.
2.11 Rooming-In	Keine Leistungen	Im Falle eines stationären Spitalaufenthaltes eines beim Versicherer versicherten minderjährigen Kindes bezahlt der Versicherer aus der Versicherung des Kindes an die Aufenthaltskosten für eine Begleitperson höchstens CHF 80 pro Tag bis maximal CHF 2000 pro Kalenderjahr.
2.12 Unterbindung stationär	Der Versicherer bezahlt die Kosten für eine stationäre Unterbindung von Männern und Frauen bis zum nachfolgend aufgeführten Betrag pro Versicherungsfall, wobei die Kostenbeteiligung gemäss gewählter Abteilung und Kostenbeteiligungsvariante zum Tragen kommt. Diese Leistung kann nicht mit Leistungen aus der Ambulantversicherung kumuliert werden.	
	CHF 500 pro Versicherungsfall	CHF 4000 pro Versicherungsfall
2.13 Transportkosten zur Vermeidung oder Verkürzung von Spitalaufenthalten	Der Versicherer bezahlt die Kosten für Transporte, deren Ausführung dazu dient, stationäre Aufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen, sofern die versicherte Person keine diesbezügliche ergänzende Versicherung beim Versicherer für Transportkosten hat bis zum nachfolgend aufgeführten Betrag. Diese Leistung kann nicht mit Leistungen aus der Ambulantversicherung kumuliert werden.	
	Bis höchstens CHF 250 pro Kalenderjahr	Bis höchstens CHF 1000 pro Kalenderjahr
2.14 Chronische Krankheiten	Der Versicherer bezahlt nur die Leistungen für Akutaufenthalte. Leistungen für chronische Erkrankungen resp. deren Behandlungen werden von dieser Versicherung nicht bezahlt. Als chronische Krankheiten gelten Behandlungen, die nicht mehr einer akuten, stationären Spitalbedürftigkeit entsprechen.	
	Leistungen, welche von nicht zur Behandlung von akutkranken versicherten Personen vorgesehenen Einrichtungen erbracht werden, wie beispielsweise Pflegeheime, Altersheime, Alterswohnungen, Sterbehospize oder Langzeitaufenthalte in psychiatrischen Tages- und Nachtkliniken, werden von dieser Versicherung nicht gedeckt.	

3 Leistungsanspruch

- 3.1 Die Leistungen werden nach den Behandlungs- resp. Ausführungsdaten auf die pro Kalenderjahr versicherte Leistungssumme angerechnet. Die nach der Erschöpfung des Anspruchs anfallenden Kosten können nicht auf das Folgejahr übertragen werden.
- 3.2 Wird eine Leistungsbegrenzung pro Versicherungsfall vereinbart, gilt diese unabhängig vom Behandlungs- resp. Ausführungsdatum auf den einzelnen Versicherungsfall (inkl. Komplikationen und allfällige Nach- resp. Anschlussbehandlungen) bezogen und gilt als ausgeschöpft, sobald sämtliche im Zusammenhang mit diesem Versicherungsfall angefallenen Kosten die Leistungsgrenze erreicht haben.
- 3.3 Die in den vorliegenden ZB vorgesehenen Leistungen bzw. Beiträge werden im vereinbarten Umfang ausschliesslich ergänzend und im Nachgang zu den in der Ziffer 31.1 AVB genannten Versicherungen, insbesondere zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG, ausgerichtet. Kostenanteile, welche diese Versicherungen decken, sowie Kostenbeteiligungen aus diesen Versicherungen sind in der Spitalversicherung nicht versichert, unabhängig davon, ob die genannten Versicherungen bestehen oder nicht.
- 3.4 Sofern unter Ziffer 2 nichts anderes geregelt ist, werden höchstens die effektiv entstandenen und nachgewiesenen Kosten vergütet.
- 3.5 Bei Behandlungen im Ausland ist unverzüglich die Notrufzentrale des Versicherers beizuziehen. Leistungen werden nur erbracht, wenn die Notrufzentrale des Versicherers diese genehmigt resp. organisiert hat.

4 Kostenbeteiligungen

- 4.1 Bei stationären Aufenthalten gelten die auf der Police aufgeführten jährlichen Kostenbeteiligungen. Bei ambulant erbrachten Leistungen gilt ein genereller Selbstbehalt von 10 %. Auf summenmässig begrenzte Leistungen wird keine Kostenbeteiligung bzw. kein Selbstbehalt erhoben, sofern in Ziffer 2 nichts anderes erwähnt ist.
- 4.2 Die versicherte Person kann vor Antritt einer stationären Behandlung wählen, in welcher Abteilung (allgemein, halbprivat oder privat) sie sich behandeln lassen resp. aufnehmen will und bezahlt dafür gemäss entsprechend gewählter Abteilung die auf der Police aufgeführte jeweilige jährliche Kostenbeteiligung.
- 4.3 Die versicherte Person kann einen Wechsel in eine andere Kostenbeteiligungsvariante jederzeit beantragen. Ein Wechsel in eine Kostenbeteiligungsvariante mit geringerer Kostenbeteiligung der versicherten Person wird nach Abgabe und Annahme einer Gesundheitsdeklaration auf Beginn des der Annahme folgenden Monats gewährt. Wird keine Gesundheitsdeklaration abgegeben oder diese seitens des Versicherers nicht vorbehaltlos akzeptiert, so erfolgt für die Versicherungsstufe «Optima» der Wechsel erst auf Beginn des dem Antrag folgenden übernächsten Kalenderjahrs, während ein solcher in der Versicherungsstufe «Minima» ausgeschlossen ist.
- 4.4 In der Spitalversicherung werden die folgenden Kostenbeteiligungsvarianten geführt:

	Minima	Optima
Variante 1		
Allgemeine Abteilung:	keine Kostenbeteiligung	keine Kostenbeteiligung
Halbprivate Abteilung:	40 % bis CHF 8000 pro Kalenderjahr	20 % bis CHF 2000 pro Kalenderjahr
Private Abteilung:	70 % bis CHF 14 000 pro Kalenderjahr	35 % bis CHF 4000 pro Kalenderjahr

Variante 2

Allgemeine Abteilung:	keine Kostenbeteiligung	keine Kostenbeteiligung
Halbprivate Abteilung:	20 % bis CHF 4000 pro Kalenderjahr	keine Kostenbeteiligung
Private Abteilung:	35 % bis CHF 7000 pro Kalenderjahr	35 % bis CHF 2000 pro Kalenderjahr

5 Leistungseinschränkungen

- 5.1 Der Versicherer erbringt im Versicherungsfall keine Leistungen für alternativ- bzw. komplementärmedizinische Behandlungen und Heilmittel.
- 5.2 Die freie Wahl unter den Leistungserbringern entfällt, wenn die versicherte Person eine obligatorische Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer abgeschlossen hat. Im Widerhandlungsfall werden aus dieser Versicherung keine Kosten übernommen.

- 5.3 Bei Aufenthalten und/oder Behandlungen bei einem anerkannten Leistungserbringer gemäss Ziffer 9 AVB, dessen Abteilung sich auf der Liste der Leistungserbringer ohne vom Versicherer anerkannte allgemeine, halbprivate oder private Abteilung (vgl. Ziffer 41 AVB) befindet, werden dafür keine Kosten übernommen.



CSS

Versicherung