

Zusatzbedingungen

HOPITAL I, I plus, II, III

Ergänzungsversicherung

Ausgabe 2009 (gültig ab 1. Januar 2007)

Die in den vorliegenden Zusatzbedingungen enthaltenen personen- und funktionsbezogenen Bezeichnungen sind sowohl auf weibliche wie auf männliche Personen anwendbar.

I. Anwendungsbereich

Art. 1 Zweck

Die Ergänzungsversicherung HOPITAL ist eine Spitalversicherung und übernimmt die aus der oblig. Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Mehrkosten eines Aufenthaltes in einer Heilanstalt (Spital/Klinik) sowie die in diesen Zusatzbedingungen festgelegten weiteren Leistungen. Als Heilanstalt im Sinne dieser Zusatzbedingungen gelten Anstalten oder Abteilungen von solchen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation unter ärztlicher Leitung dienen. Sie müssen über das erforderliche fachmännisch ausgebildete Pflegepersonal und über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen.

Art. 2 Versicherungsumfang

Der Umfang dieser Versicherung richtet sich ausschliesslich nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Ergänzungsversicherungen vom 1. 1. 2007, diesen Zusatzbedingungen und der Police.

Art. 3 Versicherungsangebot

Der Versicherte kann unter folgenden Versicherungsmöglichkeiten auswählen:

a) HOPITAL I

Allgemeine Abteilung (Mehrbettzimmer) aller öffentlichen Heilanstalten mit anerkannten Tarifen in der Schweiz;

b) HOPITAL I plus

Allgemeine Abteilung (Mehrbettzimmer) aller öffentlichen und privaten Heilanstalten mit anerkannten Tarifen in der Schweiz;

c) HOPITAL II

Halbprivate Abteilung (Zweibettzimmer) aller öffentlichen und privaten Heilanstalten mit anerkannten Tarifen in der Schweiz;

d) HOPITAL III

Private Abteilung (Einbettzimmer) in öffentlichen und privaten Heilanstalten in der ganzen Welt.

e) HOPITAL mit Kostenbeteiligung

- 1 Für Versicherte der Versicherungsabteilungen HOPITAL II (halbprivate Abteilung) und HOPITAL III (private Abteilung) besteht die Möglichkeit, einen Selbstbehalt zu wählen.
- 2 Der Selbstbehalt beträgt 10% der gesamten Leistungen, aus HOPITAL II oder III, maximal Fr. 15000.– pro Kalenderjahr.
- 3 Entscheidet sich der Versicherte für einen Selbstbehalt bei der HOPITAL II oder III, reduziert sich die Prämie für die Versicherungsabteilung HOPITAL II oder III.
- 4 Ein Übertritt von der Versicherungsabteilung HOPITAL II oder III mit Selbstbehalt in die Klasse ohne Selbstbehalt ist nur unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 24 Monaten und nur bis zum zurückgelegten 55. Altersjahr möglich. Die bisherige Altersgruppe wird innerhalb der gleichen Versicherungsklasse beibehalten.

- 5 Die Wahl dieser Versicherungsvariante ist nur auf den 1. Januar oder 1. Juli möglich.

f) HOPITAL mit betraglich begrenzter Leistung

- 1 Für Versicherte der Versicherungsabteilungen HOPITAL II (halbprivate Abteilung) und HOPITAL III (private Abteilung) besteht die Möglichkeit, eine Versicherungsvariante mit betraglich begrenzter Leistung zu wählen.
- 2 Die betragliche Begrenzung der Leistungen durch die GALENOS beträgt bei der HOPITAL II Fr. 25000.– und bei der HOPITAL III Fr. 50000.– innerhalb von 360 Tagen.
- 3 Entscheidet sich der Versicherte für eine betragliche Begrenzung der Versicherungsleistungen aus der HOPITAL II oder III, reduziert sich die Prämie für die Versicherungsabteilung HOPITAL II oder III.
- 4 Ein Übertritt innerhalb der gleichen Versicherungsabteilung HOPITAL II oder III mit betraglich begrenzter Leistung in die Variante ohne Begrenzung oder in die Variante mit 10% Selbstbehalt ist nur unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 24 Monaten und nur bis zum zurückgelegten 55. Altersjahr möglich. Die bisherige Altersgruppe wird innerhalb der gleichen Versicherungsklasse beibehalten.
- 5 Die Wahl dieser Versicherungsvariante ist nur auf den 1. Januar oder 1. Juli möglich.

g) HOPITAL II und III mit Prämien nach effektivem Alter

- 1 Für Versicherte, die sich bis zum vollendeten 55. Altersjahr für die Versicherungsabteilung HOPITAL II oder III unbegrenzt mit Prämien nach effektivem Alter entscheiden und von der GALENOS aufgenommen werden, wird die Prämie nach dem effektiven Alter im Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses festgelegt. Die Versicherten werden anschliessend entsprechend ihrem Alter jeweils am 1. 1. eines Kalenderjahres in die nächsthöhere Altersgruppe umgeteilt.
- 2 Bis zum vollendeten 45. Altersjahr ist ein Wechsel von der Versicherungsabteilung HOPITAL II und III unbegrenzt mit Prämien nach effektivem Alter in die Versicherungsabteilung HOPITAL II und III unbegrenzt mit Prämien nach Eintrittsalter möglich. Nach vollendetem 35. Altersjahr wird die versicherte Person in jedem Fall der Altersgruppe 36 (Eintrittsalter 36 bis 45) zugeteilt.
- 3 Bei einem Wechsel von der Versicherungsabteilung HOPITAL II und III nach effektivem Alter in die Versicherungsabteilung HOPITAL II und III nach Eintrittsalter gelten die gleichen Bestimmungen wie für eine Neuaufnahme (Art. 3 AVB, gültig ab 1. 1. 2007).
- 4 Ein Wechsel ist nur auf das Ende eines Semesters unter Beachtung einer Kündigungsfrist von 3 Monaten möglich.
- 5 Für Leistungen bei Mutterschaft aus der Versicherungsabteilung HOPITAL II oder III unbegrenzt mit Prämien nach effektivem Alter beginnt die Bezugsberechtigung ab dem 25. Versicherungsmonat.

Art. 4 Abgrenzung der Abteilungen einer Heilanstalt

Kennt eine Heilanstalt keine oder andere Einteilungskriterien für die Heilanstaltsabteilungen als die in diesen Zusatzbedingungen genannten, gelangen diejenigen Bestimmungen zur Anwendung, wie wenn die versicherte Person sich in der Privatabteilung aufhalten würde. In diesem Fall kommt Art. 7 zur Anwendung.

Art. 5 Spitalbedürftigkeit

Die Leistungen für medizinisch notwendige, wissenschaftlich anerkannte Heilanwendungen im Rahmen eines Aufenthaltes in einer Heilanstalt werden gewährt:

- 1 wenn der Zustand des Versicherten die stationäre Behandlung erfordert und
- 2 für jene Heilanstalt, in welche der Versicherte aus medizinischen Gründen gehört.

II. Leistungen

Art. 6 Akuter Aufenthalt in einer Heilanstalt

Bei einem medizinisch notwendigen akuten, stationären Aufenthalt in einer Heilanstalt werden die Behandlungskosten sowie die Kosten für Unterkunft und Verpflegung wie folgt übernommen:

HOPITAL I

für den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung (Aufenthalts- und Behandlungskosten der Heilanstalt nach Vertrag oder regierungsrätlicher Taxordnung sowie Behandlungskosten der Ärzte, falls sie separat verrechnet werden können, nach massgebendem Tarif ohne Zuschlag);

HOPITAL II

für den Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung (Aufenthalts- und Behandlungskosten der Heilanstalt nach Vertrag sowie Behandlungskosten der Ärzte nach massgebendem Tarif);

HOPITAL III

für den Aufenthalt in der privaten Abteilung (Aufenthalts- und Behandlungskosten der Ärzte nach Privattarif).

Art. 7 Unterversicherung

- 1 Bei einem Aufenthalt in einer höheren als in der versicherten Abteilung werden die Kosten, nach Abzug der Leistungen aus der Krankenpflegeversicherung MINICA, ungeachtet der effektiven Differenz wie folgt übernommen:

versichert für	Aufenthalt in	Leistung der Kasse
HOPITAL I	halbprivater Abteilung	30%
HOPITAL I	privater Abteilung	10%
HOPITAL II	privater Abteilung	70%

- 2 Bei Geburt in einer privaten oder halbprivaten Abteilung einer Heilanstalt werden die ungedeckten Kosten für das gesunde Neugeborene, das bei der GALENOS ab Geburt versichert ist, aus der Ergänzungsversicherung HOPITAL der Mutter übernommen.

Art. 8 Leistungsdauer

Sofern in diesen Zusatzbedingungen nichts anderes erwähnt ist, werden die Leistungen aus der HOPITAL während unbeschränkter Dauer ausgerichtet.

Art. 9 Psychiatrische Heilanstalten

- 1 Bei einem medizinisch notwendigen stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Heilanstalt gelten für die Übernahme der Behandlungskosten sowie der Kosten für Unterkunft und Verpflegung Art. 6 und Art. 7 dieser Zusatzbedingungen.
- 2 Diese Kosten werden so lange übernommen, wie unter Berücksichtigung der Diagnose und der Gesamtheit der ärztlichen Behandlung der Aufenthalt in einer psychiatrischen Heilanstalt medizinisch notwendig ist und kein chronisches Krankheitsbild vorliegt.

Art. 10 Heilanstaltsaufenthalt bei chronischer Krankheit

Für einen medizinisch notwendigen stationären Aufenthalt bei chronischem Krankheitsverlauf in

- einer Heilanstalt
- einer besonderen Heilanstaltsabteilung für langdauernde Krankheiten und chronisch Kranke
- einem Pflegeheim
- der Pflegeabteilung eines Altersheimes

werden an die ungedeckten Kosten (inkl. Pensionskosten) pro Tag folgende Leistungen ausgerichtet:

	höchstens
HOPITAL I	Fr. 20.–
HOPITAL II	Fr. 35.–
HOPITAL III	Fr. 50.–

Art. 11 Kuren

- 1 Die ärztliche Verordnung für Bade- und Erholungskuren ist mindestens 14 Tage vor Kurantritt der GALENOS einzureichen.

Badekuren

- 2 An medizinisch notwendige, vor Kurantritt ärztlich verordnete, stationär durchgeführte Badekuren in einem ärztlich geleiteten, inländischen Heilbad oder in besonderen Fällen auf Gesuch und mit vorgängiger Bewilligung der GALENOS im Ausland wird pro Tag folgender Pauschalbeitrag ausgerichtet:

	höchstens
HOPITAL I	Fr. 30.–
HOPITAL II	Fr. 50.–
HOPITAL III	Fr. 70.–

- 3 Die Leistungen gemäss Abs. 2 werden nur gewährt, wenn eine ärztliche Eintrittsuntersuchung bei Kurantritt erfolgt und Heilbäder sowie physikalisch-therapeutische Massnahmen gemäss Kurplan durchgeführt werden.

- 4 Diese Leistungen werden für höchstens 21 Tage je Kalenderjahr und innerhalb von 4 Kalenderjahren höchstens zweimal gewährt. In einem Jahr nicht bezogene Kurtage und Leistungen können nicht auf ein anderes Jahr übertragen werden.
- 5 Keine Leistungen werden übernommen:
 - 5.1 für Badekuren von weniger als 14 Tagen Dauer;
 - 5.2 für Badekuren in nicht anerkannten Heilbädern oder bei Unterkunft auf Campingplätzen, im Zelt oder im Wohnwagen;
 - 5.3 für Reisekosten.

Erholungskuren

- 6 An eine vor Kurantritt ärztlich verordnete Erholungskur, die zur Ausheilung oder Erholung nach einer schweren Krankheit medizinisch notwendig ist, werden pro Tag folgende Leistungen ausgerichtet:

	Erholungsheim höchstens	ärztl. geleitete Kuranstalt höchstens
HOPITAL I	Fr. 30.–	Fr. 40.–
HOPITAL II	Fr. 50.–	Fr. 70.–
HOPITAL III	Fr. 70.–	Fr. 100.–

- 7 Die Kur muss in Erholungsheimen oder Kuranstalten durchgeführt werden, die von der GALENOS anerkannt sind. Die entsprechende Liste kann bei der GALENOS eingesehen oder einverlangt werden.
- 8 Leistungen für Erholungskuren werden für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr ausgerichtet.

Art. 12 Haushalthilfe

- 1 Wenn ein Versicherter aufgrund einer ärztlichen Verordnung bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit wegen seines Gesundheitszustandes und wegen seiner persönlichen familiären Verhältnisse eine Haushalthilfe benötigt, werden an die ausgewiesenen und anderweitig nicht gedeckten Kosten pro Tag folgende Leistungen ausgerichtet:

	höchstens
HOPITAL I	Fr. 20.–
HOPITAL II	Fr. 40.–
HOPITAL III	Fr. 60.–

- 2 Als Haushalthilfe gilt, wer beruflich auf eigene Rechnung oder für eine Organisation in Vertretung des Versicherten den Haushalt besorgt. Als Haushalthilfe kann auch anerkannt werden, wer in Vertretung des erkrankten Versicherten den Haushalt besorgt und dadurch nachweisbar in seiner beruflichen Tätigkeit einen Erwerbsausfall erleidet.
- 3 Diese Tagesleistungen werden für höchstens 60 Tage pro Kalenderjahr bezahlt. Nicht voll bezogene Tagesleistungen können nicht auf andere Tage übertragen werden.

Art. 13 Leistungen im Ausland

- 1 Bei einem medizinisch notwendigen stationären, akuten Aufenthalt in einer Heilanstalt im **europäischen Ausland** werden an die Behandlungskosten sowie Kosten für Unterkunft und Verpflegung während maximal 30 Tagen innerhalb eines Kalenderjahres folgende Leistungen ausgerichtet:

	höchstens
HOPITAL I	Fr. 500.– pro Tag
HOPITAL II	Fr. 1000.– pro Tag
HOPITAL III	Fr. unbegrenzt

- 2 Bei einem medizinisch notwendigen, **notfallmässigen** stationären, akuten Aufenthalt in einer Heilanstalt im **ausser-europäischen Ausland** werden während maximal 30 Tagen innerhalb eines Kalenderjahres pro Tag ebenfalls die unter Abs. 1 aufgeführten Leistungen ausgerichtet, sofern der Versicherte bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt erkrankt oder verunfallt.
- 3 Dauert ein notfallmässiger Heilanstaltsaufenthalt länger als 30 Tage, entscheidet die GALENOS über eine Verlängerung der Kostengutsprache. Grundlage für diesen Entscheid ist der Gesundheitszustand und die Transportfähigkeit der versicherten Person.
- 4 Die Behandlung muss wissenschaftlich anerkannt sein.
- 5 Der Versicherte hat die für die Ausrichtung der Leistungen notwendigen medizinischen Angaben beizubringen und detaillierte Originalrechnungen einzureichen.
- 6 Für Versicherte mit betraglich begrenzter Leistung in HOPITAL II oder III gilt die Beschränkung gemäss Art. 3f.

Art. 14 Behandlungen in Heilanstalten mit Alternativmedizin

- 1 Als Heilanstalten mit Alternativmedizin gelten jene, die von santésuisse und der GALENOS anerkannt sind. Die entsprechende Liste kann bei der GALENOS eingesehen oder einverlangt werden.
- 2 Für ärztlich verordnete und von der GALENOS vorgängig bewilligte Aufenthalte in Heilanstalten mit Alternativmedizin bezahlt die GALENOS die Aufenthaltskosten und die vollen Behandlungskosten nach Schulmedizin, gemäss der nach Art. 3 dieser Zusatzbedingungen ausgewählten Abteilung.
- 3 An die stationär durchgeführten alternativen Behandlungsmethoden werden 50% der in Rechnung gestellten Kosten übernommen. Der Anspruch beträgt pro Kalenderjahr:

	höchstens
HOPITAL I	Fr. 1000.–
HOPITAL II	Fr. 1500.–
HOPITAL III	Fr. 2000.–

III. Allgemeine Bestimmungen

Art. 15 Schadenfreiheitsrabatt für HOPITAL II halbprivate Abteilung oder HOPITAL III private Abteilung mit Prämien nach effektivem Alter

- 1 Bei der Aufnahme in eine dieser Ergänzungsversicherungen gewähren wir der versicherten Person ab Versicherungsbeginn einen maximalen Schadenfreiheitsrabatt von 20% von der Basisprämie des jeweils gültigen Prämientarifes.
- 2 Sollte eine Leistung aus einer dieser Versicherungsabteilungen durch die GALENOS fällig werden, würde ab dem folgenden Prämienmonat, welcher der Leistungsauszahlung durch die GALENOS folgt, der Schadenfreiheitsrabatt gestrichen und die Basisprämie in Rechnung gestellt.
- 3 Der Schadenfreiheitsrabatt wird anschliessend wieder wie folgt aufgebaut:
 - Schadenjahr und 1. Folgejahr kein Schadenfreiheitsrabatt
 - 2. Folgejahr ohne Leistungen 5% Schadenfreiheitsrabatt
 - 3. Folgejahr ohne Leistungen 10% Schadenfreiheitsrabatt
 - 4. Folgejahr ohne Leistungen 15% Schadenfreiheitsrabatt
 - 5. Folgejahr und weitere Jahre ohne Leistungen 20% Schadenfreiheitsrabatt

Als Folgejahr gilt immer das Kalenderjahr vom 1.1. bis 31.12.

- 4 Bei einer Geburt wird **keine Rabattrückstufung** vorgenommen. Gemäss Art. 3g Abs. 5 beginnt die Bezugsberechtigung für Leistungen bei Mutterschaft aus den Versicherungsabteilungen HOPITAL II oder III unbegrenzt mit Prämien nach effektivem Alter ab dem 25. Versicherungsmonat.
- 5 Für die Geltendmachung der Leistungen sind der GALENOS die Rechnungen innert 30 Tagen nach Erhalt einzureichen. Für Rechnungen, die verspätet eingereicht werden, erfolgt eine nachträgliche Korrektur der Prämienstufe. Den Versicherten zu Unrecht gewährte Prämienermässigungen werden mit der nächsten Prämienrechnung der GALENOS verrechnet bzw. zurückgefordert.

