

Zusatzbedingungen (ZB)

HOPITAL I, I plus, II, III

Ergänzungsversicherung

Hinweis:

- Der Verzicht auf die gleichzeitige Nennung der weiblichen und männlichen Schreibweise erfolgt aus Gründen der Lesbarkeit.

I Anwendungsbereich

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.

2. Versicherungsumfang

Bei der Ergänzungsversicherung HOPITAL handelt es sich um eine Schadenversicherung.

Der Umfang dieser Versicherung richtet sich ausschliesslich nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Ergänzungsversicherungen, diesen Zusatzbedingungen, dem Merkblatt Kundeninformation VVG und der Police.

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 (geschlossenes Produkt)

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

d) HOPITAL III (geschlossenes Produkt)

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

e) HOPITAL mit Kostenbeteiligung (geschlossenes Produkt)

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 CHF 15'000.– 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 Versicherungs-kategorie beibehalten.
5. Die Wahl dieser Versicherungsvariante ist nur auf den 1. Januar oder 1. Juli möglich.

f) HOPITAL mit betraglich begrenzter Leistung (geschlossenes Produkt)

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 Visana Versicherungen AG beträgt bei der HOPITAL II CHF 25'000.– und bei der HOPITAL III CHF 50'000.– 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 Versicherungskategorie 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 (geschlossenes Produkt)

1. Für Versicherte, die sich bis zum vollendeten 60. Altersjahr für die Versicherungsabteilung HOPITAL II oder III unbegrenzt mit Prämien nach effektivem Alter entscheiden und von der Visana Versicherungen AG 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. Die Versicherten können eine Franchise von CHF 1'000.–, CHF 3'000.–, CHF 5'000.– oder CHF 10'000.– wählen. Bei einem Wechsel in eine tiefere Franchise gelten die gleichen Bestimmungen wie für eine Neuaufnahme (Art. 3 AVB, gültig ab 01.01.2022).
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.

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.

5. Spitalbedürftigkeit

Die Leistungen für medizinisch notwendige, wissenschaftlich anerkannte Heilbehandlungen 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

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).

7. Unterversicherung

1. Bei einem Aufenthalt in einer höheren als in der versicherten Abteilung werden die Kosten, nach Abzug der Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG), 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 Visana Versicherungen AG ab Geburt versichert ist, aus der Ergänzungsversicherung HOPITAL der Mutter übernommen.

8. Leistungsdauer

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

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.

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	CHF 20.–
HOPITAL II	CHF 35.–
HOPITAL III	CHF 50.–

11. Kuren

1. Die ärztliche Verordnung für Bade- und Erholungskuren ist mindestens 14 Tage vor Kurantritt der Visana Versicherungen AG 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 Visana Versicherungen AG im Ausland wird pro Tag folgender Pauschalbeitrag ausgerichtet:

	höchstens:
HOPITAL I	CHF 30.–
HOPITAL II	CHF 50.–
HOPITAL III	CHF 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:
 1. für Badekuren von weniger als 14 Tagen Dauer;
 2. für Badekuren in nicht anerkannten Heilbädern oder bei Unterkunft auf Campingplätzen, im Zelt oder im Wohnwagen;
 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:

	Erholungs- heim höchstens:	ärztl. geleitetes Kur- haus höchstens:
HOPITAL I	CHF 30.–	CHF 40.–
HOPITAL II	CHF 50.–	CHF 70.–
HOPITAL III	CHF 70.–	CHF 100.–

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

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	CHF 20.–
HOPITAL II	CHF 40.–
HOPITAL III	CHF 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.

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	CHF 500.– pro Tag
HOPITAL II	CHF 1'000.– pro Tag
HOPITAL III	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 Visana Versicherungen AG 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.

14. Behandlungen in Heilanstalten mit Alternativmedizin

1. Als Heilanstalten mit Alternativmedizin gelten jene, die von santésuisse und der Visana Versicherungen AG anerkannt sind. Die entsprechende Liste kann bei der Visana Versicherungen AG eingesehen oder einverlangt werden.
2. Für ärztlich verordnete und von der Visana Versicherungen AG vorgängig bewilligte Aufenthalte in Heilanstalten mit Alternativmedizin bezahlt die Visana Versicherungen AG 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	CHF 1'000.–
HOPITAL II	CHF 1'500.–
HOPITAL III	CHF 2'000.–

III Allgemeine Bestimmungen

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 Visana Versicherungen AG fällig werden, würde ab dem folgenden Prämienmonat, welcher der Leistungsauszahlung durch die Visana Versicherungen AG 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 01.01. 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 Visana Versicherungen AG 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 Visana Versicherungen AG verrechnet bzw. zurückgefordert.

16. Familienrabatt

Ab 3 Personen im gleichen Haushalt wird auf Hopital II und Hopital III ein Familienrabatt von 5% gewährt. Dabei spielt es keine Rolle, ob es sich bei den 3 Personen um Kinder, Jugendliche oder Erwachsene handelt. Voraussetzung ist, dass alle Perso-

nen unter der gleichen Familiennummer bei der Visana Versicherungen AG registriert sind.

Der Familienrabatt fällt für alle versicherten Personen auf den 1. des Folgemonats weg, sobald weniger als 3 Personen im gleichen Haushalt über die Deckung Hopital II oder III verfügen. Lässt sich ein Familienrabatt von 5% versicherungstechnisch für das Produkt nicht mehr rechtfertigen, ist die Visana Versicherungen AG berechtigt, den Rabatt auf das Ende eines Kalenderjahres entsprechend zu kürzen oder zu streichen. Die Visana Versicherungen AG gibt Rabattekürzungen oder eine Rabattstreichung spätestens 30 Tage vor Inkrafttreten bekannt. Sie haben daraufhin das Recht, die von der Rabattekürzung oder -streichung betroffene Versicherungsdeckung auf das Ende des laufenden Kalenderjahres zu kündigen. Die Kündigung muss um gültig zu sein, spätestens am letzten Arbeitstag des Kalenderjahres bei der Visana Versicherungen AG eintreffen. Unterlassen Sie eine solche Kündigung, haben Sie der Änderung zugestimmt.

17. Welche Altersgruppen bestehen?

1. Für Tarife nach Effektivalter bestehen die folgenden Altersgruppen:
 - 0 - 18
 - 19 - 25
 - 26 - 30
 - Ab 31 Jahren sind die Tarife in 5-Jahres-Gruppen gegliedert (31 - 35, 36 - 40 usw.)
 - Die letzte Altersgruppe wird mit 71 Jahren erreicht
2. Für Erwachsene in den Abteilungen Hopital II und Hopital III nach Eintrittsalter bestehen die folgenden Altersgruppen:
 - 26 - 35
 - 36 - 45
 - Die letzte Altersgruppe wird mit 46 Jahren erreicht.
3. Der Altersgruppenwechsel (nur bei Effektivalterstarif) tritt jeweils per 1.1. des Jahres in Kraft, in welchem Sie das entsprechende Alter der neuen Altersgruppengrenze (bei Effektivalterstarif) erreichen. Visana teilt Ihnen die neue Prämie spätestens 25 Tage vor deren Inkrafttreten schriftlich mit. Sie haben daraufhin die Möglichkeit, die betroffene Versicherung bis zum letzten Tag vor Inkrafttreten der neuen Prämie zu kündigen. Unterlassen Sie eine solche Kündigung, haben Sie der neuen Prämie zugestimmt.