

Ausgabe 1. Januar 2014

Zusätzliche Versicherungsbedingungen (ZVB) HOSPITAL ALBERGO DUO und SOLO

Inhaltsverzeichnis

Allgemeines

- 1 Zweck
 - 2 Versicherungsmöglichkeiten
 - Leistungen**
 - 3 Leistungsvoraussetzung und Unterversicherung
 - 4 Spitalleistungen
 - 5 Zimmerkomfort
 - 6 Dauer der Spitalleistungen
 - 7 Leistungen im Ausland
 - 8 Leistungen für Neugeborene
 - 9 Leistungen für die Unterbringung von Begleitpersonen (Rooming-In)
 - 10 Badekuren
 - 11 Erholungskuren
 - 12 Leistungsdauer bei Kuren
 - 13 Hauskrankenpflege und Kids Care
 - 14 Haushaltshilfe
 - 15 Leistungsdauer bei Hauskrankenpflege und Haushaltshilfe
 - 16 Leistungsausschlüsse
 - Diverses**
 - 17 Option auf die CURA Langzeitpflege-Versicherung
 - 18 Sistierung bei der Versicherungsdeckung
-

Allgemeines

1 Zweck

- 1.1 Die HOSPITAL ALBERGO Spitalzusatzversicherung entrichtet Leistungen in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung in folgendem Umfang:
 - freie Spitalwahl in der ganzen Schweiz; Aufenthalts- und Behandlungskosten in einem Mehrbettzimmer der allgemeinen Abteilung eines Spitals
 - Beitrag an Spitalbehandlungen im Ausland
 - zusätzlicher Zimmerkomfort: die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in einem Ein- oder Zweibettzimmer eines ALBERGO-Vertragsspitals. Zusätzliche Beiträge werden gewährt an:
 - Bade- und Erholungskuren
 - Hauskrankenpflege (inkl. Kids Care)
 - Haushaltshilfe
- 1.2 Versichert sind Leistungen als Folge von Krankheit, Unfall und Mutterschaft. Die Unfalldeckung kann ausgeschlossen werden.

2 Versicherungsmöglichkeiten

Für die Versicherung des zusätzlichen Zimmerkomforts in einem ALBERGO-Vertragsspital bestehen folgende Versicherungsvarianten:

- HOSPITAL ALBERGO DUO: Zweibettzimmer
- HOSPITAL ALBERGO SOLO: Einbettzimmer

Leistungen

3 Leistungsvoraussetzung und Unterversicherung

- 3.1 Voraussetzung für die Ausrichtung aller Leistungen ist das Vorliegen medizinischer Notwendigkeit sowie die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlungen.
- 3.2 Die Leistungen bei Aufenthalt in einem Spital werden nur bei Spitalbedürftigkeit ausgerichtet.
- 3.3 Für den Bezug von Leistungen infolge Mutterschaft muss diese Versicherung seit mindestens 365 Tagen ab Versicherungsbeginn bestehen.
- 3.4 Wenn die versicherte Person anstelle des versicherten Einbett- oder Zweibettzimmers die private oder halb-private Abteilung eines Spitals in Anspruch nimmt und somit neben den versicherten Komfortleistungen auch ärztliche Leistungen dieser Kategorie in Anspruch nimmt, bezahlt der Versicherer an die Totalkosten der privaten bzw. halbprivaten Abteilung 20% bzw. 40% der durch den Versicherer für das betreffende Spital anerkannten Tarife. Hinzu kommen die Leistungen für den Zimmerkomfort gemäss Ziffer 5.

4 Spitalleistungen

- 4.1 Bei Aufenthalt und Behandlung von mindestens 24 Stunden in einem Spital, welches die Voraussetzungen nach Ziff. 8.1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) erfüllt, umfassen die Leistungen die im Rahmen des Versicherers für das betreffende Spital anerkannten Tarife. Bei Spitälern, welche nicht auf den kantonalen Planungs- und Spitalisten nach Art. 39 KVG aufgeführt sind (Listenspital), besteht in Konkretisierung dieses Grundsatzes nur dann ein Anspruch auf Leistungen aus der vorliegenden Versicherung, sofern der Versicherer mit dem betreffenden Spital einen KVG-Vertrag abgeschlossen hat (Helsana-KVG-Vertragsspital).

Der Versicherer führt eine Liste der Helsana-KVG-Vertragsspitäler, welche über die anerkannten Leistungsspektren Auskunft gibt. Diese Liste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise verlangt werden.

4.2 Bezahlt werden die Kosten im Mehrbettzimmer der allgemeinen Abteilung in der ganzen Schweiz.

5 Zimmerkomfort

5.1 Es werden nur Mehrleistungen für Unterkunft und Verpflegung (Zimmerkomfort) in Ergänzung zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet.

5.2 Der Versicherer führt für den Zimmerkomfort eine Liste von ALBERGO-Vertragsspitalern in der Schweiz (ALBERGO-Liste). Diese Liste kann jährlich angepasst werden. Sie kann beim Versicherer eingesehen oder verlangt werden.

5.3 Bei einer stationären Behandlung im Spital übernimmt der Versicherer die Kosten für den versicherten Zimmerkomfort (Unterkunft und Verpflegung) wie folgt:

- in ALBERGO-Vertragsspitalern besteht volle Kostendeckung
- in den anderen Spitälern der Schweiz erhält die versicherte Person folgendes Spitaltaggeld:

Akutspitäler:

- ALBERGO DUO CHF 100.–/Tag
- ALBERGO SOLO CHF 150.–/Tag

Rehabilitations und psychiatrische Kliniken:

- ALBERGO DUO CHF 50.–/Tag
- ALBERGO SOLO CHF 75.–/Tag

5.4 Allfällige ungedeckte Kosten gehen zulasten der versicherten Person.

5.5 Kann ein ALBERGO-Vertragsspital aus Kapazitätsgründen ein Zwei- bzw. ein Einbettzimmer nicht zur Verfügung stellen, gewährt der Versicherer der versicherten Person folgende Vergütung:

Akutspitäler:

- Zwei- anstelle Einbettzimmer/Mehrbettzimmer anstelle Zweibettzimmer CHF 50.–/Tag
- Mehrbettzimmer anstelle Einbettzimmer CHF 100.–/Tag

Rehabilitations und psychiatrische Kliniken:

- Zwei- anstelle Einbettzimmer/Mehrbettzimmer anstelle Zweibettzimmer CHF 25.–/Tag
- Mehrbettzimmer anstelle Einbettzimmer CHF 50.–/Tag

6 Dauer der Spitalleistungen

Bei stationärer Behandlung werden die versicherten Leistungen wie folgt ausgerichtet, sofern die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind:

- in einem Spital oder einer Rehabilitationsklinik zeitlich unbeschränkt
- in einer psychiatrischen Klinik während maximal 90 Tagen innerhalb eines Kalenderjahres

7 Leistungen im Ausland

Bei einem stationären Aufenthalt in einem Akutspital oder einer psychiatrischen Klinik im Ausland werden an die Kosten der wissenschaftlich anerkannten und zweckdienlichen Behandlung und für Unterkunft und Verpflegung maximal CHF 500.– pro Tag während maximal 60 Tagen pro Kalenderjahr ausgerichtet.

8 Leistungen für Neugeborene

Die Kosten für den Aufenthalt des gesunden Neugeborenen werden während des Spitalaufenthaltes der Mutter aus ihrer HOSPITAL ALBERGO übernommen, höchstens jedoch während 10 Wochen.

9 Leistungen für die Unterbringung von Begleitpersonen (Rooming-In)

Bei einer stationären Behandlung im Spital gewährt der Versicherer Beiträge an die Kosten für Unterkunft und Verpflegung einer der versicherten Person nahestehenden Begleitperson im Spital. Die versicherte Leistung wird während maximal 15 Tagen pro Kalenderjahr ausbezahlt, und zwar je nach Versicherungsvariante der versicherten Person wie folgt:

- ALBERGO DUO CHF 50.–/Tag
- ALBERGO SOLO CHF 100.–/Tag

10 Badekuren

- 10.1 Die Badekur muss stationär in einem ärztlich geleiteten europäischen Heilbad erfolgen.
- 10.2 Ein Leistungsanspruch besteht, wenn der Badekur eine intensive, wissenschaftlich anerkannte und zweckdienliche Behandlung vorausgegangen oder eine ambulante, wissenschaftlich anerkannte und zweckdienliche Therapie nicht möglich ist.
- 10.3 Bei Antritt der Badekur hat zudem eine ärztliche Eintrittsuntersuchung zu erfolgen, und es müssen balneologische und physikalische Anwendungen nach einem Kurplan durchgeführt werden.
- 10.4 Die Mindestdauer für eine Badekur beträgt 14 Tage.

11 Erholungskuren

- 11.1 Die Erholungskur muss ärztlich verordnet und zur Ausheilung oder Erholung nach einer schweren Krankheit medizinisch notwendig sein.
- 11.2 Die Erholungskur muss in einem durch den Versicherer anerkannten inländischen Kurhaus durchgeführt werden.
- 11.3 Die ärztliche Kurverordnung ist dem Versicherer 10 Tage vor Antritt der Erholungskur unter Angabe des Heilbades bzw. der Kuranstalt und des Datums des Kurantritts einzureichen.

12 Leistungsdauer bei Kuren

Leistungen für Bade- und Erholungskuren zusammen werden für maximal 30 Tage pro Kalenderjahr ausgerichtet und betragen pro Tag CHF 30.–.

13 Hauskrankenpflege und Kids Care

- 13.1 Beiträge an ärztlich verordnete Hauskrankenpflege werden entrichtet, wenn der Beizug einer Berufspflegerperson aufgrund einer akuten Erkrankung erforderlich ist.
- 13.2 Als Pflegeperson kann auch anerkannt werden, wer dem Kranken täglich die notwendige Pflege erbringt und dadurch einen nachweisbaren Erwerbsausfall erleidet.

13.3 Erkrankt oder verunfallt eine durch die vorliegende Versicherung versicherte Person unter 15 Jahren, die unter der elterlichen Sorge eines alleinerziehenden, erwerbstätigen Elternteils oder von erwerbstätigen Ehepaaren oder Konkubinatspartnern steht, entrichtet der Versicherer Beiträge an die Kosten der Kinderbetreuung und Kinderpflege, d.h. Körperpflege des Kindes, Verabreichung von Medikamenten sowie Zubereitung der Mahlzeiten (Kids Care).

13.4 Voraussetzung für die Leistungsübernahme gemäss Ziff. 13.3 ist der Beizug der vom Versicherer 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 Hausarbeiten wie z.B. Einkaufen, Waschen, Bügeln, Reinigungsarbeiten usw.

14 Haushalthilfe

- 14.1 Beiträge an Haushalthilfe werden entrichtet, wenn eine versicherte Person aufgrund einer akuten Erkrankung und wegen ihrer persönlichen familiären Verhältnisse eine Haushalthilfe benötigt.
- 14.2 Die Notwendigkeit muss durch ein ärztliches Zeugnis ausgewiesen sein.
- 14.3 Als Haushalthilfe gilt, wer beruflich auf eigene Rechnung oder für eine Organisation in Vertretung der versicherten Person den Haushalt besorgt. Als Haushalthilfe kann auch anerkannt werden, wer in Vertretung einer erkrankten versicherten Person den Haushalt besorgt und dadurch nachweisbar in seiner beruflichen Tätigkeit einen Erwerbsausfall erleidet.

15 Leistungsdauer bei Hauskrankenpflege und Haushalthilfe

Die versicherten Tagesleistungen für Hauskrankenpflege und Haushalthilfe zusammen werden für maximal 30 Tage pro Kalenderjahr ausgerichtet und betragen pro Tag maximal CHF 30.–. Leistungen für Kids Care werden für maximal 30 Stunden pro Kalenderjahr ausgerichtet.

16 Leistungsausschlüsse

- 16.1 Neben den in Ziff. 21 AVB genannten Gründen besteht ebenfalls kein Leistungsanspruch:
- bei der Behandlung und Pflege chronisch psychisch kranker Personen
 - bei Aufhalten in Pflege und Altersheimen
 - bei Aufhalten in psychiatrischen Tages- oder Nachtkliniken
- 16.2 Ziff. 21.1 lit. I AVB findet vorliegend keine Anwendung.

Diverses

17 Option auf die CURA Langzeitpflege-Versicherung

Die versicherte Person hat das Recht, auf den dem Eintritt ins AHV-Alter folgenden 1. Januar ohne Gesundheitsprüfung die CURA Langzeitpflege-Versicherung Variante 30 mit einer Wartefrist von 720 Tagen automatisch in der von der Gesellschaft zur Zeit der Ausübung der Option angebotenen Version zugeteilt zu erhalten. Nach der Zuteilung hat die versicherte Person das Recht, bis zum 31. Januar rückwirkend auf den 1. Januar von der CURA Langzeitpflege-Versicherung zurückzutreten.

18 Sistierung bei der Versicherungsdeckung

- 18.1 Gegen eine Prämienreduktion kann der Versicherungsnehmer den Leistungsanspruch aus der HOSPITAL ALBERGO DUO und SOLO sistieren, vorausgesetzt, er weist nach, dass für die zu sistierende Versicherung eine anderweitige Versicherungsdeckung (Kollektivvertrag, Betriebskrankenversicherung, Auslandsversicherung usw.) besteht.
- 18.2 Innert 30 Tagen nach Wegfall der anderweitigen Versicherungsdeckung hat der Versicherungsnehmer die Versicherungsdeckung zu reaktivieren, wobei die Prämie im Sinne von Ziff. 12 AVB angepasst wird. Bei Nichtbeachtung dieser Frist gelten für die Weiterführung der Versicherungen die Bedingungen für eine Neuaufnahme.