

## Zusätzliche Versicherungsbedingungen (ZVB) HOSPITAL FLEX

---

### Inhaltsverzeichnis

#### Allgemeines

- 1 Zweck
- Leistungen**
- 2 Leistungsvoraussetzung
- 3 Spitalleistungen
- 4 Dauer der Spitalleistungen
- 5 Leistungen im Ausland
- 6 Leistungen für Neugeborene
- 7 Geburtspauschale
- 8 Leistungen für die Unterbringung von Begleitpersonen (Rooming-in)
- 9 Badekuren
- 10 Erholungskuren
- 11 Haushaltshilfe
- 12 Leistungsdauer bei Kuren und Haushaltshilfe
- 13 Kinderhütedienst
- 14 Leistungsausschlüsse
- Versicherungsvarianten**
- 15 Versicherungsvariante mit Spitalwahlbeschränkung
- Prämien**
- 16 Prämienanpassung
- Diverses**
- 17 Bonussystem
- 18 Sistierung bei der Versicherungsdeckung

---

### Allgemeines

#### 1 Zweck

- 1.1 Die Spitalzusatzversicherung HOSPITAL FLEX entrichtet in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung Leistungen in folgendem Umfang:
  - Freie Spitalwahl in der ganzen Schweiz: Kosten für zusätzlichen Hotelleriekomfort und Kosten für die Arztwahl infolge eines Aufenthaltes in der allgemeinen, halbprivaten oder privaten Abteilung für akute Gesundheitsschäden in einem Spital sowie einschliesslich Rehakliniken und psychiatrische Kliniken
  - Beitrag an Spitalbehandlungen im Ausland; und gewährt zusätzlich Beiträge, sofern diese mitversichert sind, an:
    - Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Akut- und Übergangspflege
    - Bade- und Erholungskuren
    - Haushaltshilfe
    - Kinderhütedienst

- 1.2 Versichert sind Leistungen als Folge von Krankheit, Unfall und Mutterschaft. Die Unfalldeckung kann ausgeschlossen werden.

#### Leistungen

#### 2 Leistungsvoraussetzung

- 2.1 Voraussetzung für die Ausrichtung aller Leistungen ist das Vorliegen medizinischer Notwendigkeit sowie die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlungen.
- 2.2 Für den Bezug von Leistungen infolge Mutterschaft muss die Versicherung seit mindestens 365 Tagen ab Versicherungsbeginn bestehen.
- 2.3 Die Leistungen bei Aufenthalt in einem Spital werden nur bei Spitalbedürftigkeit ausgerichtet.

#### 3 Spitalleistungen

- 3.1 Spätestens beim Eintritt ins Spital entscheidet die versicherte Person, in welcher Abteilung sie sich behandeln lassen will. Für Leistungen in der allgemeinen Abteilung wird keine Kostenbeteiligung auferlegt, in der halbprivaten oder privaten Abteilung schuldet die versicherte Person die in der Police festgelegte Kostenbeteiligung.
- 3.2 Bei Aufenthalt und Behandlung in einem Spital, einer Rehaklinik oder psychiatrischen Klinik, welche die Voraussetzungen nach Ziff. 8.1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) erfüllen, umfassen die Leistungen die im Rahmen der vom Versicherer für die betreffende Institution 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.



3.3 Für Leistungen der stationären Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und durch den Spital angeordnet werden, vergütet der Versicherer, sofern nach Ziff. 1.1 ZVB mitversichert, in Ergänzung zur Leistungspflicht gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) die ungedeckten Kosten für Unterkunft und Verpflegung bis CHF 100.– pro Tag während maximal 14 Tagen pro Kalenderjahr.

#### **4 Dauer der Spitalleistungen**

4.1 Bei stationärer Behandlung in einem Akutspital und in einer Rehaklinik werden die versicherten Leistungen für akute Gesundheitsschäden zeitlich unbeschränkt ausgerichtet, solange unter Berücksichtigung der Diagnose und der Gesamtheit der ärztlichen Behandlung ein Aufenthalt in einem Spital medizinisch notwendig und eine Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist.

4.2 Bei stationärer Behandlung in einer psychiatrischen Klinik werden die versicherten Leistungen während maximal 60 Tagen innerhalb eines Kalenderjahres ausgerichtet, solange unter Berücksichtigung der Diagnose und der Gesamtheit der ärztlichen Behandlung der Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik medizinisch notwendig ist und kein chronisches Krankheitsbild vorliegt.

#### **5 Leistungen im Ausland**

Bei einem stationären Aufenthalt in einem Akutspital oder einer psychiatrischen Klinik im Ausland wird an die Kosten der wissenschaftlich anerkannten und zweckdienlichen Behandlungen und für die Unterkunft und Verpflegung der vereinbarte Betrag pro Tag während maximal 60 Tagen pro Kalenderjahr ausgerichtet.

#### **6 Leistungen für Neugeborene**

Der Versicherer übernimmt die Kosten für den Aufenthalt des gesunden Neugeborenen aus der vorliegenden HOSPITAL FLEX der Mutter während deren Spitalaufenthaltsdauer, höchstens jedoch während 10 Wochen.

#### **7 Geburtspauschale**

Erfolgt die Geburt in einem ambulanten Geburtshaus, zu Hause oder ambulant in einem Spital, bezahlt der Versicherer die vereinbarte Geburtspauschale.

#### **8 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.

#### **9 Badekuren**

9.1 Leistungen an Badekuren werden ausgerichtet, sofern diese nach Ziff. 1.1 ZVB mitversichert sind.

9.2 Die Badekur muss vor Kurantritt ärztlich verordnet sein und erfolgt stationär in einem ärztlich geleiteten inländischen oder europäischen Heilbad, welches vom Versicherer anerkannt ist.

9.3 Ein Leistungsanspruch besteht nur dann, wenn der Badekur eine intensive, wissenschaftlich anerkannte und zweckdienliche Behandlung vorausgegangen oder eine ambulante, wissenschaftlich anerkannte und zweckdienliche Therapie nicht möglich ist. Bei Antritt der Badekur 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.

#### **10 Erholungskuren**

10.1 Leistungen an Erholungskuren werden ausgerichtet, sofern diese nach Ziff. 1.1 ZVB mitversichert sind.

10.2 Die Erholungskur muss in einem vom Versicherer anerkannten Kurhaus durchgeführt werden.

10.3 Die Erholungskur muss ärztlich verordnet und zur Ausheilung oder Erholung nach einer schweren Krankheit medizinisch notwendig sein. 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.



## 11 Haushalthilfe

- 11.1 Leistungen für Haushalthilfe werden ausgerichtet, sofern diese nach Ziff. 1.1 ZVB mitversichert sind und wenn eine versicherte Person aufgrund einer akuten Erkrankung und wegen ihrer persönlichen familiären Verhältnisse eine Haushalthilfe benötigt.
- 11.2 Die Notwendigkeit muss durch ein ärztliches Zeugnis ausgewiesen sein.
- 11.3 Bei einem Aufenthalt in Pflegeheimen und ähnlichen Einrichtungen werden keine Leistungen für Haushalthilfe erbracht.

## 12 Leistungsdauer bei Kuren und Haushaltshilfe

Für Bade- und Erholungskuren bezahlt der Versicherer die ausgewiesenen Kosten, höchstens jedoch CHF 100.– pro Tag, während zusammen maximal 21 Tagen pro Kalenderjahr. An die ausgewiesenen Kosten der Haushalthilfe werden CHF 50.– pro Tag während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr ausgerichtet.

## 13 Kinderhütendienst

- 13.1 Hält sich eine versicherte Person stationär im Spital auf, übernimmt der Versicherer, sofern nach Ziff. 1.1 ZVB mitversichert, die Kosten der Fremdbetreuung für eines oder mehrere unter elterlicher Gewalt der versicherten Person stehenden Kinder unter 15 Jahren, wochentags während den üblichen Arbeitszeiten, bis maximal 30 Stunden pro Kalenderjahr.
- 13.2 Leistungen werden nur übernommen, wenn die versicherte Person vorgängig die vom Versicherer bezeichnete Organisationszentrale kontaktiert und die Betreuung von dieser Stelle organisiert wird.

## 14 Leistungsausschlüsse

- 14.1 In Ergänzung zu den unter Ziff. 21 AVB aufgeführten Leistungsausschlüssen werden aus der HOSPITAL FLEX keine Leistungen erbracht:
- bei der Behandlung und Pflege chronisch psychisch kranker Personen
  - bei Aufhalten in Pflegeheimen
  - bei Aufhalten in psychiatrischen Tages- oder Nachtkliniken
  - bei Aufhalten in einem auf der Liste des Versicherers fehlenden Spital, wenn die Versicherungsvariante mit Spitalwahleinschränkung abgeschlossen wurde
- 14.2 Ziff. 21.1 lit. I AVB findet vorliegend keine Anwendung.

## Versicherungsvarianten

### 15 Versicherungsvariante mit Spitalwahleinschränkung

- 15.1 Der Versicherer kann gegen eine Prämienreduktion eine Versicherungsvariante mit eingeschränkter Spitalwahl anbieten. 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.
- 15.2 Bei Aufenthalt in einem auf der Liste des Versicherers fehlenden Spital werden keine Kosten übernommen.
- 15.3 Die vorliegende Versicherungsvariante kann zusammen mit einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit Spitalwahleinschränkung abgeschlossen werden. Für versicherte Personen, welche diese besondere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgeschlossen haben, gelten die in den diesbezüglichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgehaltenen einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug auch für die vorliegende Versicherung. Wird diese besondere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gekündigt oder aufgehoben, so kann die entsprechende Versicherungsvariante nicht mehr weitergeführt werden. Es erfolgt automatisch die Umteilung in die HOSPITAL FLEX ohne die Versicherungsvariante mit Spitalwahleinschränkung.

## Prämien

### 16 Prämienanpassung

- 16.1 Die Prämien werden nach dem Alter und Geschlecht der versicherten Person berechnet. Dabei werden die versicherten Personen in diejenige Altersgruppe eingeteilt, welche ihrem aktuellen Alter entspricht.
- 16.2 Ziff. 12.2 AVB für die Krankenzusatzversicherungen findet auf das Produkt HOSPITAL FLEX keine Anwendung.



## Diverses

### 17 Bonussystem

Der Versicherer behält sich vor, ein Bonussystem in die vorliegende Spitalzusatzversicherung einzubauen. Die versicherten Personen werden automatisch in das um diese Systemänderung angepasste Versicherungsprodukt umgeteilt. In Abweichung von den ordentlichen Kündigungsbestimmungen der AVB haben diese Personen das Recht, innert 3 Monaten nach Inkrafttreten der Umteilung rückwirkend von der HOSPITAL FLEX zurückzutreten.

### 18 Sistierung bei der Versicherungsdeckung

- 18.1 Gegen eine Prämienreduktion kann der Versicherungsnehmer den Leistungsanspruch aus der FLEX 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.

