

Ausgabe 1. September 2018

Zusätzliche Versicherungsbedingungen (ZVB) Spitalzusatzversicherungen HOSPITAL Halbprivat und HOSPITAL Privat

Inhaltsverzeichnis

Allgemeines

- 1 Zweck und versicherte Risiken
- 2 Versicherungsmöglichkeiten

Leistungen

- 3 Anerkannte Leistungserbringer
- 4 Spitalbedürftigkeit
- 5 Spitalleistungen
- 6 Leistungsdauer
- 7 Akut- und Übergangspflege
- 8 Leistungen im Ausland
- 9 Leistungen bei Mutterschaft (Schwangerschaft und Geburt)
- 10 Kosten für An- und Rückfahrt
- 11 Leistungen für die Unterbringung von Begleitpersonen (Rooming-in)
- 12 Bade- oder Erholungskuren
- 13 Haushalthilfe
- 14 Kinderbetreuung

Diverses

- 15 Prämienanpassungen
- 16 Kostendeckung bei besonderen Versicherungsformen in der OKP
- 17 Versicherungsvariante ohne Mutterschaftsleistung und Karenzfrist
- 18 Versicherungsvariante ohne Unfalldeckung

Allgemeines

1 Zweck und versicherte Risiken

- 1.1 Die Spitalzusatzversicherungen HOSPITAL Halbprivat und HOSPITAL Privat decken Aufenthalts- und Behandlungskosten in einem Spital (auch Klinik und Geburtshaus) und leisten Beiträge an die Hotellerie der stationären Akut- und Übergangspflege, Rooming-in, Bade- und Erholungskuren, Haushalthilfe sowie Kinderbetreuung.
- 1.2 Die versicherten Risiken umfassen Krankheit und falls eingeschlossen auch Unfall und Mutterschaft.

2 Versicherungsmöglichkeiten

Für den stationären Aufenthalt in einem Spital bestehen folgende Versicherungsmöglichkeiten:

- 2.1 Die HOSPITAL Halbprivat deckt im Rahmen der nachfolgenden Bestimmungen die Aufenthalts- und Behandlungskosten eines stationären Aufenthaltes in

einem Zweibettzimmer der halbprivaten Abteilung eines anerkannten Spitals.

- 2.2 Die HOSPITAL Privat deckt im Rahmen der nachfolgenden Bestimmungen die Aufenthalts- und Behandlungskosten eines stationären Aufenthaltes in einem Einbettzimmer der privaten Abteilung eines anerkannten Spitals.

Leistungen

3 Anerkannte Leistungserbringer

- 3.1 Aus der HOSPITAL Halbprivat oder HOSPITAL Privat werden die Aufenthalts- und Behandlungskosten in Spitälern übernommen, die die folgenden Voraussetzungen kumulativ erfüllen (anerkannte Spitälern):
 - Spitälern, die mit dem entsprechenden Leistungsauftrag auf den kantonalen Planungs- und Spitallisten gemäss Art. 39 KVG aufgeführt sind (Listenspitälern) oder mit denen Helsana einen Vertrag nach Art. 49a Abs. 4 KVG für den entsprechenden Leistungsbereich abgeschlossen hat (KVG-Vertragsspitälern) und
 - Spitälern, mit denen Helsana einen Tarifvertrag für die halbprivate oder die private Abteilung für das gesamte Leistungsangebot oder für einzelne Fachbereiche des Spitals abgeschlossen hat.
- 3.2 Bei Spitälern, die zum Zeitpunkt des Aufenthaltes respektive der Behandlung die Bedingungen gemäss Ziff. 3.1 nicht erfüllen, besteht kein Anspruch auf Kostenübernahme.
- 3.3 Helsana führt jeweils eine Liste mit:
 - KVG-Vertragsspitälern, welche über die anerkannten Leistungsbereiche Auskunft gibt (Positivliste), sowie
 - Spitälern, mit denen Helsana keinen Tarifvertrag für die halbprivate oder die private Abteilung für das gesamte Leistungsangebot oder für einzelne Fachbereiche des Spitals abgeschlossen hat (Negativliste).

Die Listen werden laufend angepasst und können in der jeweils aktuellen Fassung auf der Homepage von Helsana eingesehen oder bei Helsana verlangt werden.
- 3.4 Aus der HOSPITAL Halbprivat oder HOSPITAL Privat werden Kosten von Ärzten, die im Spital Behandlungen selbständig und auf eigene Rechnung erbringen (Belegärzte), vergütet, wenn die stationäre Behandlung in einem anerkannten Spital gemäss Ziff. 3.1 und

3.3 erfolgt und die Belegärzte von Helsana anerkannt sind (anerkannte Belegärzte).

Nicht anerkannte Belegärzte werden von Helsana auf einer Liste geführt (Negativliste). Diese Liste wird laufend angepasst bzw. kann in der jeweils aktuellen Fassung auf der Homepage von Helsana eingesehen oder bei Helsana verlangt werden.

4 Spitalbedürftigkeit

Die versicherten Leistungen werden im Rahmen eines Aufenthaltes in einem Spital erbracht, wenn der Zustand der versicherten Person eine stationäre Behandlung erfordert.

5 Spitalleistungen

- 5.1 Bei Spitalbehandlungen in einem anerkannten Spital werden folgende Leistungen vergütet:
- die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (Hotellerie)
 - die Honorare der beim anerkannten Spital angestellten Ärzte; Honorare der anerkannten Belegärzte
 - die Kosten für wissenschaftlich anerkannte diagnostische und therapeutische Massnahmen
 - die Krankenpflege im Spital
- 5.2 Für Zahnbehandlungen werden Leistungen gemäss Ziff. 5.1 übernommen, sofern eine Leistungspflicht gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) besteht und ein stationärer Aufenthalt erforderlich ist.
- 5.3 Halbprivat versicherten Personen werden bei einem Aufenthalt in der privaten Abteilung eines anerkannten Spitals i. S. v. Ziffer 3 die Kosten entschädigt, die für einen Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung geschuldet wären. Sofern mit diesem Spital kein entsprechender Tarif für halbprivate Abteilungen vereinbart ist, werden höchstens 50% des für die private Abteilung vereinbarten Tarifs entschädigt.
- 5.4 Erfolgt ein stationärer Spitalaufenthalt von mindestens 3 Übernachtungen in einem für die gewählte Versicherungsvariante anerkannten Spital in einer günstigeren als der versicherten Abteilung, richtet Helsana anstelle der versicherten Leistung eine pauschale Entschädigung aus. Die jeweils geltenden Entschädigungen können auf der Homepage von Helsana eingesehen oder bei Helsana verlangt werden.
- 5.5 Eine in der Police vereinbarte Franchise wird nur bei Spitalbehandlungen erhoben.
- #### 6 Leistungsdauer
- 6.1 Bei einer stationären Behandlung in einem anerkannten Akutspital oder einer anerkannten Rehabilitationsklinik werden die versicherten Leistungen ausgerichtet, solange unter Berücksichtigung der Diagnose und der Gesamtheit der ärztlichen Behandlung ein Aufenthalt medizinisch notwendig ist.
- 6.2 Bei stationärer Behandlung in einer anerkannten psychiatrischen Klinik werden die versicherten Leistungen aus HOSPITAL Halbprivat während max. 90 Tagen

und aus HOSPITAL Privat während max. 180 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.

- 6.3 An Aufenthalte in psychiatrischen Tages- und Nachtkliniken werden keine Leistungen ausgerichtet.

7 Akut- und Übergangspflege

Bei einer stationären Akut- und Übergangspflege, die im Anschluss an einen Spitalaufenthalt nach den Voraussetzungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) durch das Spital angeordnet werden kann, vergütet Helsana an die ungedeckten Kosten für Unterkunft und Verpflegung:

- HOSPITAL Halbprivat bis CHF 120.– pro Tag während max. 14 Tagen pro Kalenderjahr
- HOSPITAL Privat bis CHF 240.– pro Tag während max. 14 Tagen pro Kalenderjahr

8 Leistungen im Ausland

- 8.1 Bei Spitalbehandlungen im Ausland werden Kosten in folgender Höhe übernommen, soweit die medizinischen Massnahmen als wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich gerechtfertigt sind:
- HOSPITAL Halbprivat: Nachgewiesene Kosten bis CHF 1500.– pro Tag
 - HOSPITAL Privat: Nachgewiesene Kosten ohne betragsmässige Begrenzung
- 8.2 Im Falle einer Notfallbehandlung werden die stationären Leistungen in einem Akutspital bis zur Zumutbarkeit einer Rückkehr in das Wohnland vergütet.
- 8.3 Bei gezielten Behandlungen, für die sich eine versicherte Person in ein anderes Land als das Wohnland begibt, ist ein Gesuch um Kostenübernahme an Helsana einzureichen. Das Gleiche gilt, wenn nach einer bereits erfolgten Behandlung weitere medizinische Massnahmen ausserhalb des Wohnlandes geplant werden. Eine Kostenübernahme für die Behandlung erfolgt erst nach erfolgter Kostengutsprache durch Helsana.
- 8.4 Für das Gesuch um Kostenübernahme steht ein entsprechendes Formular auf der Homepage von Helsana zur Verfügung, welches rechtzeitig, vollständig ausgefüllt an Helsana eingereicht werden muss. Eine Kostengutsprache wird erteilt, wenn die beabsichtigte Behandlung aus persönlichen, familiären oder medizinischen Gründen im Ausland erfolgen soll und unter der Voraussetzung, dass die Kosten im Vergleich zu einer Behandlung in der halbprivaten bzw. privaten Abteilung in der Schweiz gerechtfertigt sind.
- 8.5 Für medizinische Massnahmen, die in der Schweiz im Zeitpunkt des Gesuches nicht anerkannt sind, werden grundsätzlich keine Leistungen erbracht (z. B. Experimentalforschung).

- 9 Leistungen bei Mutterschaft (Schwangerschaft und Geburt)**
- 9.1 Sofern Mutterschaft eingeschlossen ist und keine Karenzfrist mehr besteht (Ziff. 17.2), werden für Schwangerschaft und Geburt die gleichen Leistungen wie bei Krankheit übernommen.
- 9.2 Die Kosten für den Aufenthalt des gesunden Neugeborenen werden während der Dauer des Aufenthaltes der Mutter im Spital aus der Versicherung der Mutter übernommen.
- 9.3 Erfolgt die Geburt ambulant in einem Geburtshaus, zu Hause oder ambulant in einem Spital, bezahlt Helsana die folgende Geburtspauschale als einmaligen maximalen Betrag, auch bei Mehrlingsgeburten:
- HOSPITAL Halbprivat CHF 1500.–
 - HOSPITAL Privat CHF 3000.–
- 10 Kosten für An- und Rückfahrt**
- 10.1 Für die Anfahrt ins Spital und die Rückfahrt nach Hause übernimmt Helsana insgesamt die folgenden Leistungen:
- HOSPITAL Halbprivat max. CHF 250.– pro Kalenderjahr
 - HOSPITAL Privat max. CHF 500.– pro Kalenderjahr
- 10.2 Anspruch auf Vergütung besteht nur für nachgewiesene Fahrkosten innerhalb der Schweiz, von Taxiunternehmen oder öffentlichen Verkehrsmitteln (keine Fahrten durch Private).
- 10.3 Die An-/Rückfahrt muss im direkten Zusammenhang mit der geplanten, durch die vorliegende Versicherung vergüteten stationären Spitalleistung stehen.
- 11 Leistungen für die Unterbringung von Begleitpersonen (Rooming-in)**
- Bei einer stationären Behandlung werden an die nachgewiesenen Kosten für Übernachtung und Verpflegung einer der versicherten Person nahestehenden Begleitperson im Spital folgende Leistungen ausgerichtet:
- HOSPITAL Halbprivat bis CHF 100.– pro Tag während max. 15 Tagen pro Kalenderjahr
 - HOSPITAL Privat bis CHF 200.– pro Tag während max. 15 Tagen pro Kalenderjahr
- Die Kosten für Verpflegung werden nur in Verbindung mit einer Übernachtung ausgerichtet.
- 12 Bade- oder Erholungskuren**
- 12.1 Bei einer Bade- oder Erholungskur werden an die nachgewiesenen Kosten folgende Leistungen ausgerichtet:
- HOSPITAL Halbprivat bis CHF 100.– pro Tag während max. 21 Tagen pro Kalenderjahr
 - HOSPITAL Privat bis CHF 200.– pro Tag während max. 21 Tagen pro Kalenderjahr
- 12.2 Ein Anspruch auf die Leistungen für Badekuren besteht nur, wenn eine solche vor Kurantritt ärztlich verordnet und stationär in einem nach Krankenversicherungsgesetz (KVG) zugelassenen Heilbad durchgeführt wird. Der Badekur muss eine intensive, wissenschaftlich anerkannte und zweckdienliche Behandlung vorausgegangen sein, ausser wenn eine solche Therapie nicht möglich ist. Bei Kurantritt 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.
- 12.3 Auf Anfrage kann Helsana auch bei einer Badekur in einem ausländischen Heilbad Leistungen gewähren, sofern die Voraussetzungen gemäss Ziff. 12.2 (mit Ausnahme der Zulassung durch das Krankenversicherungsgesetz (KVG)) erfüllt sind.
- 12.4 Ein Anspruch auf die Leistungen für Erholungskuren besteht, wenn eine solche zur Ausheilung oder Erholung nach einer schweren Krankheit medizinisch notwendig ist, vor Kurantritt ärztlich verordnet und in einem von Helsana anerkannten Kurhaus in der Schweiz durchgeführt wird.
- 12.5 Die ärztliche Verordnung ist Helsana vor Antritt der Kur, unter Angabe des Heilbades bzw. der Kuranstalt und des Datums des Kurantritts, einzureichen.
- 13 Haushalthilfe**
- 13.1 Wenn eine versicherte Person aufgrund einer ärztlichen Verordnung bei einer Arbeitsunfähigkeit von 100% wegen ihres Gesundheitszustandes und wegen ihrer persönlichen familiären Verhältnisse eine Haushalthilfe benötigt und ausschliesslich, wenn damit ein akuter Spitalaufenthalt oder ein Kuraufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann, werden an die nachgewiesenen Kosten folgende Leistungen ausgerichtet:
- HOSPITAL Halbprivat bis CHF 100.– pro Tag während max. 30 Tagen pro Kalenderjahr
 - HOSPITAL Privat bis CHF 200.– pro Tag während max. 30 Tagen pro Kalenderjahr
- 13.2 Als Haushalthilfe gilt, wer beruflich auf eigene Rechnung oder für eine Organisation in Vertretung der versicherten Person den Haushalt besorgt.
- 13.3 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.
- 13.4 Bei Aufenthalt in Pflegeheimen und ähnlichen Einrichtungen werden keine Leistungen für Haushalthilfe erbracht.
- 14 Kinderbetreuung**
- 14.1 Für die Betreuung von Kindern bis zum Alter von 15 Jahren übernimmt Helsana die Kosten wie folgt:
- HOSPITAL Halbprivat bis 60 Stunden pro Kalenderjahr
 - HOSPITAL Privat bis 120 Stunden pro Kalenderjahr

- 14.2 Die Leistungen werden wie folgt gewährt:
- Erkrankt oder verunfallt ein durch die vorliegende Versicherung versichertes Kind bis zum Alter von 15 Jahren, umfasst Kinderbetreuung die Körperpflege des Kindes, die Verabreichung von Medikamenten sowie die Zubereitung von Mahlzeiten zu Hause, sofern keine Leistungspflicht für Hauskrankenpflege gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) besteht.
 - Hält sich eine durch die vorliegende Versicherung versicherte erziehungsberechtigte Person stationär im Spital auf, hat sie Anspruch auf die Betreuung ihrer Kinder zu Hause.
- 14.3 Der Leistungsanspruch ist auf Einsätze in der Schweiz begrenzt und besteht unter der Voraussetzung, dass vorgängig die von Helsana bezeichnete Notrufzentrale kontaktiert und die Betreuung von dieser Stelle organisiert wird.
- 14.4 Sollte die Notrufzentrale keine Kinderbetreuung organisieren können, wird ein Beitrag von maximal CHF 25.– pro Stunde an die nachgewiesenen Betreuungskosten geleistet.

Diverses

15 Prämienanpassungen

- 15.1 Die Prämien werden nach Alter, Geschlecht und Wohnregion der versicherten Person berechnet. Dabei werden die versicherten Personen in diejenige Altersgruppe eingeteilt, welche ihrem aktuellen Alter entspricht.
- 15.2 Ziff. 12.2 AVB für die Krankenzusatzversicherungen findet keine Anwendung.

16 Kostendeckung bei besonderen Versicherungsformen in der OKP

Versicherte Personen, welche in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG (OKP) eine besondere Versicherungsform (z. B. HMO, weitere Hausarztmodelle oder Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer) vereinbart haben und infolge eines Verstosses gegen die geltenden Versicherungsbedingungen ihren Leistungsanspruch zu Lasten der OKP verlieren, haben aus der vorliegenden Versicherung keinen Anspruch auf Übernahme dieser Kosten.

17 Versicherungsvariante ohne Mutterschaftsleistung und Karenzfrist

- 17.1 Die Versicherungsdeckung für Mutterschaft kann ausgeschlossen werden, wobei die Prämienreduktion von der Altersgruppe abhängig ist.
- 17.2 Wird die Mutterschaft neu bzw. wieder eingeschlossen, werden entsprechende Leistungen nach einer Karenzfrist von 365 Tagen ab dem Zeitpunkt der Gültigkeit dieser Vertragsänderung ausgerichtet. Bei einem Wechsel von HOSPITAL Halbprivat zu HOSPITAL Privat oder umgekehrt, werden bereits laufende Karenzfristen angerechnet. Bereits laufende Karenzfristen aus anderen Versicherungsprodukten hingegen werden nicht angerechnet.

18 Versicherungsvariante ohne Unfalldeckung

Gegen eine Prämienreduktion kann die Versicherungsdeckung für Unfallfolgen ausgeschlossen werden.