

## Zusätzliche Versicherungsbedingungen (ZVB) HOSPITAL BONUS Spitalzusatzversicherung

---

### Inhaltsverzeichnis

#### Allgemeines

- 1 Zweck
- 2 Versicherungsmöglichkeiten

#### Leistungen

- 3 Versicherungsdeckung
- 4 Spitalbedürftigkeit
- 5 Spitalleistungen
- 6 Ambulante Eingriffe
- 7 Leistungen bei Unterversicherung
- 8 Leistungsdauer im Akutspital und in der psychiatrischen Klinik
- 9 Leistungen im Ausland
- 10 Leistungen für Neugeborene
- 11 Badeskuren
- 12 Erholungskuren
- 13 Leistungsdauer bei Kuren
- 14 Kurverordnung
- 15 Hauskrankenpflege
- 16 Haushalthilfe
- 17 Leistungsdauer bei Hauskrankenpflege und Haushalthilfe

#### Versicherungsvarianten

- 18 Versicherungsvariante mit Zweitmeinung
- 19 Versicherungsvariante mit Spitalwahleinschränkung
- 20 Versicherungsvariante mit Spitalwahlausweitung
- 21 Versicherungsvariante mit wählbarer Jahresfranchise
- 22 Unfaldeckung
- 23 Sonderstellung für besondere Versicherungsformen

#### Diverses

- 24 Bonussystem
- 25 Prämien
- 26 Option auf die CURA Langzeitpflege-Versicherung
- 27 Sistierung bei der Versicherungsdeckung
- 28 Versichertenkarte

---

### Allgemeines

#### 1 Zweck

Die HOSPITAL BONUS deckt Aufenthalts- und Behandlungskosten in einem Spital und gewährt Beiträge an die Hotellerie der stationären Akut- und Übergangspflege, Bade- und Erholungskuren, Hauskrankenpflege und Haushalthilfe sowie ambulante Operationen. Voraussetzung für die Ausrichtung aller Leistungen ist das Vorliegen medizinischer Notwendigkeit.

#### 2 Versicherungsmöglichkeiten

Für den Aufenthalt in einem Spital bestehen folgende Versicherungsmöglichkeiten:

- a) HOSPITAL PLUS BONUS = halbprivate Spitalabteilung
- b) HOSPITAL COMFORT BONUS = private Spitalabteilung

#### Leistungen

#### 3 Versicherungsdeckung

3.1 Aus der HOSPITAL BONUS werden die Aufenthalts- und Behandlungskosten in denjenigen Spitälern übernommen, welche die Voraussetzungen nach Ziff. 8.1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) erfüllen. Bei Spitälern, welche nicht auf den kantonalen Planungs- und Spitallisten 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.

3.2 Die HOSPITAL PLUS BONUS deckt im Rahmen der nachfolgenden Bestimmungen die Kosten eines stationären Aufenthaltes in einem Zweibettzimmer der halbprivaten Abteilung eines Spitals.

3.3 Die HOSPITAL COMFORT BONUS deckt im Rahmen der nachfolgenden Bestimmungen die Kosten eines stationären Aufenthaltes in einem Einbettzimmer der privaten Abteilung eines Spitals.

3.4 Kennt ein Spital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilungen oder werden die Tarife einer Abteilung vom Versicherer nicht anerkannt, gelangen diejenigen Bestimmungen zur Anwendung, wie wenn die versicherte Person sich in der Privatabteilung des Spitals aufhalten würde. Bei Unterversicherung gelten die Bestimmungen von Ziff. 7 dieser ZVB.

3.5 Der Versicherer führt eine Liste der Spitälern, welche keine privaten, halbprivaten oder allgemeinen Abteilungen im Sinne der vorstehenden Bestimmungen führen. Der Versicherer passt diese Liste laufend an. Sie kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.

#### **4 Spitalbedürftigkeit**

Die Leistungen für wissenschaftlich anerkannte Heilanwendungen im Rahmen eines Aufenthaltes in einem Spital werden gewährt, wenn der Zustand der versicherten Person die stationäre Behandlung erfordert und für jenes Spital bzw. jene Spitalabteilung, in welches/welche die versicherte Person aus medizinischen Gründen gehört.

#### **5 Spitalleistungen**

- 5.1 Als Spital gilt ein Akutspital oder eine psychiatrische Klinik, welches/welche die Voraussetzung nach Ziff. 3.1 erfüllt und als geeignet erscheint, versicherte Personen im Sinne von Ziff. 4 dieser ZVB zu behandeln.
- 5.2 Bei Spitalbehandlungen umfassen die Leistungen im Rahmen der vom Versicherer für das betreffende Spital anerkannten Tarife:
- a) die Kosten für Unterkunft und Verpflegung
  - b) die Arzthonorare
  - c) die Kosten für wissenschaftlich anerkannte diagnostische und therapeutische Massnahmen
  - d) die Krankenpflege im Spital
  - e) die Kosten für Medikamente, Heilmaterialien, Operationssaal und Narkose
  - f) die Kosten für vom Spital verordnete Mittel und Gegenstände
- 5.3 Leistungen für Zahnbehandlungen gemäss Ziff. 5.2 werden aus der Spitalzusatzversicherung übernommen, sofern eine Leistungspflicht gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) besteht.
- 5.4 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 in Ergänzung zur Leistungspflicht gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) die ungedeckten Kosten für Unterkunft und Verpflegung pro Tag während maximal 14 Tagen pro Kalenderjahr:
- a) HOSPITAL PLUS BONUS bis CHF 120.–
  - b) HOSPITAL COMFORT BONUS bis CHF 180.–

#### **6 Ambulante Eingriffe**

Kann durch einen kostengünstigeren ambulanten Eingriff ein stationärer Akutspitalaufenthalt vermieden werden, übernimmt der Versicherer die Kosten im Rahmen der mit dem betreffenden Spital getroffenen Vereinbarungen.

#### **7 Leistungen bei Unterversicherung**

- 7.1 Personen, die beim Versicherer für die halbprivate Abteilung versichert sind, werden bei einem Aufenthalt in der privaten Abteilung 75% der Leistungen der HOSPITAL COMFORT BONUS gewährt, höchstens jedoch 75% der vom Versicherer für das betreffende Spital anerkannten Tarife.
- 7.2 Der Versicherer führt eine Liste derjenigen Spitäler, deren Tarife nicht anerkannt werden. Diese Liste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.

#### **8 Leistungsdauer im Akutspital und in der psychiatrischen Klinik**

- 8.1 Bei stationärer Behandlung in einem Akutspital werden die versicherten Leistungen zeitlich unbeschränkt ausgerichtet, solange unter Berücksichtigung der Diagnose und der Gesamtheit der ärztlichen Behandlung ein Aufenthalt in einem Akutspital medizinisch notwendig ist.
- 8.2 Bei stationärer Behandlung in einer psychiatrischen Klinik werden die versicherten Leistungen während maximal 90 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.
- 8.3 An Aufenthalte in psychiatrischen Tages- und Nachtkliniken werden keine Leistungen ausgerichtet.

#### **9 Leistungen im Ausland**

- 9.1 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 pro Tag während maximal 60 Tagen pro Kalenderjahr folgende Leistungen ausgerichtet:
- a) HOSPITAL PLUS BONUS bis CHF 1000.– pro Tag
  - b) HOSPITAL COMFORT BONUS bis CHF 1500.– pro Tag
- 9.2 Erkrankt oder verunfallt eine Person mit Versicherungsdeckung HOSPITAL COMFORT BONUS bei vorübergehendem, höchstens 12 Monate dauerndem Auslandsaufenthalt, besteht während maximal 60 Tagen pro Kalenderjahr volle Kostendeckung, sofern ein Rücktransport in die Schweiz nicht zumutbar ist.
- 9.3 Anspruch auf die Leistungen gemäss Ziff. 9.2 besteht nur für Behandlungen in dem Land, in welchem die versicherte Person aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalles zur medizinischen Erstbehandlung in ein Akutspital oder in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden musste. Für Verlegungen und Behandlungen in einem Drittland werden keine Leistungen ausgerichtet.

#### **10 Leistungen für Neugeborene**

Die Kosten für den Aufenthalt des gesunden Neugeborenen werden aus der beim Versicherer abgeschlossenen Spitalzusatzversicherung der Mutter während der Dauer des Aufenthaltes der Mutter im Spital übernommen, höchstens jedoch während 10 Wochen.

## 11 Badekuren

- 11.1 An eine vor Kurantritt ärztlich verordnete, stationär durchgeführte Badekur in einem ärztlich geleiteten inländischen Heilbad werden während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr an die ausgewiesenen Kosten folgende Leistungen ausgerichtet:
- HOSPITAL PLUS BONUS bis CHF 60.–
  - HOSPITAL COMFORT BONUS bis CHF 90.–
- 11.2 Ein Anspruch auf die Leistungen gemäss Ziff. 11.1 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 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.
- 11.3 In Abweichung von Ziff. 11.1 kann eine Badekur auch in einem Heilbad des europäischen Auslands durchgeführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss Ziff. 11.2 erfüllt sind.

## 12 Erholungskuren

- 12.1 An eine vor Kurantritt ärztlich verordnete Erholungskur, die zur Ausheilung oder Erholung nach einer schweren Krankheit medizinisch notwendig ist, werden pro Tag während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr im Inland folgende Leistungen an die ausgewiesenen Kosten ausgerichtet:
- HOSPITAL PLUS BONUS bis CHF 60.–
  - HOSPITAL COMFORT BONUS bis CHF 90.–
- 12.2 Die Erholungskur muss in einem vom Versicherer anerkannten inländischen Kurhaus durchgeführt werden.

## 13 Leistungsdauer bei Kuren

Leistungen für Bade- und Erholungskuren zusammen werden für maximal 30 Tage pro Kalenderjahr ausgerichtet.

## 14 Kurverordnung

Die ärztliche Kurverordnung ist dem Versicherer rechtzeitig vor Antritt der Kur, unter Angabe des Heilbades bzw. der Kuranstalt und des Datums des Kurantritts, einzureichen.

## 15 Hauskrankenpflege

- 15.1 Bei ärztlich verordneter Hauskrankenpflege, bei welcher der Beizug einer Berufspflegeperson gegen Entgelt erforderlich ist und wenn damit ein Spital- oder Kur-aufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann, werden pro Tag während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr an die ausgewiesenen Kosten folgende Leistungen ausgerichtet:
- HOSPITAL PLUS BONUS bis CHF 60.–
  - HOSPITAL COMFORT BONUS bis CHF 90.–
- 15.2 Als Pflegeperson kann auch anerkannt werden, wer dem Kranken täglich die notwendige Pflege angedeihen lässt und dadurch nachweisbar in seiner beruflichen Tätigkeit einen Erwerbsausfall erleidet.
- 15.3 Erkrankt oder verunfallt ein durch die vorliegende Versicherung versichertes Kind unter 15 Jahren, das unter der elterlichen Gewalt eines alleinerziehenden, erwerbstätigen Elternteiles oder von erwerbstätigen Ehepaaren oder Konkubinatspartnern steht, entrichtet der Versicherer anstelle der Leistungen gemäss Ziff. 15.1 an die Kosten der Kinderbetreuung und Kinderpflege, d.h. Körperpflege des Kindes, Verabreichung von Medikamenten sowie Zubereitung von Mahlzeiten, die folgenden Leistungen:
- HOSPITAL PLUS BONUS bis 60 Stunden pro Kalenderjahr
  - HOSPITAL COMFORT BONUS bis 90 Stunden pro Kalenderjahr
- 15.4 Voraussetzung für die Leistungsübernahme gemäss Ziff. 15.3 ist der Beizug der vom Versicherer beauftragten Notruf- und Organisationszentrale. Die Leistungen werden nicht erbracht, wenn diese nicht durch diese Zentrale organisiert werden.
- 15.5 Nicht versichert sind Kosten für allgemeine Haushaltarbeiten wie z. B. Einkaufen, Waschen, Bügeln, Reinigungsarbeiten usw.
- 15.6 Bei Aufenthalt in Pflegeheimen und ähnlichen Einrichtungen werden keine Leistungen für Hauskrankenpflege erbracht.

## 16 Haushalthilfe

- 16.1 Wenn eine versicherte Person aufgrund einer ärztlichen Verordnung bei einer Arbeitsunfähigkeit von 100% wegen ihres Gesundheitszustandes und aufgrund ihrer persönlichen familiären Verhältnisse eine Haushalthilfe benötigt und wenn damit ein Spital- oder Kuraufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann, werden an die ausgewiesenen Kosten pro Tag während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr folgende Leistungen ausgerichtet:
- a) HOSPITAL PLUS BONUS bis CHF 60.–
  - b) HOSPITAL COMFORT BONUS bis CHF 90.–
- 16.2 Als Haushalthilfe gilt, wer beruflich auf eigene Rechnung oder für eine Organisation in Vertretung der versicherten Person den Haushalt besorgt.
- 16.3 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.
- 16.4 Bei Aufenthalt in Pflegeheimen und ähnlichen Einrichtungen werden keine Leistungen für Haushalthilfe erbracht.

## 17 Leistungsdauer bei Hauskrankenpflege und Haushalthilfe

Die versicherten Tagesleistungen für Hauskrankenpflege und Haushalthilfe zusammen werden während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr gewährt.

### Versicherungsvarianten

## 18 Versicherungsvariante mit Zweitmeinung

- 18.1 Gegen eine Prämienreduktion kann die Versicherungsvariante mit Zweitmeinung abgeschlossen werden. Versicherte Personen mit dieser Variante sind verpflichtet, sich vor einer der in Ziff. 18.4 aufgeführten Operationen in stationären Einrichtungen an den Vertrauensärztlichen Dienst des Versicherers zu wenden, damit die medizinische Notwendigkeit des Eingriffs von einem weiteren Arzt beurteilt wird. Die Kosten dieser Abklärung gehen zulasten des Versicherers.
- 18.2 Es steht der versicherten Person frei, die Meinungsäusserung des zweiten Arztes zu befolgen.
- 18.3 Verweigert die versicherte Person die Einholung der Zweitmeinung, trägt sie von den zulasten ihrer Spitalzusatzversicherung gehenden Kosten 10%, maximal CHF 3000.–, selber.

## 18.4 Zweitmeinungspflichtige Operationen sind:

- a) Curettage (Auskraatzung der Gebärmutter)
- b) Hysterektomie (Entfernung der Gebärmutter)
- c) Operation des Hallux valgus (Halluxoperation)
- d) Arthroplastik des Hüft- und Kniegelenkes (Einsetzen künstlicher Gelenke)
- e) Arthroskopie (Gelenkspiegelung)
- f) Bandplastik an Knie- und Sprunggelenk (Bandoperation)
- g) Entfernung von Osteosynthesematerial (Metallentfernung nach operativen Eingriffen am Knochen)
- h) Diskushernien-Operation (Bandscheibenoperation)
- i) Koronarangiografie (Röntgendarstellung der Herzkranzgefässe)
- k) Prostatektomie (Entfernung der Prostata)
- l) Tonsillektomie (Mandeloperation)
- m) Cholezystektomie (Entfernung der Gallenblase)
- n) Varizenoperation (Operation der Krampfadern)
- o) Spondylodese (versteifende Operation an der Wirbelsäule)

## 19 Versicherungsvariante mit Spitalwahleinschränkung

- 19.1 Gegen eine Prämienreduktion kann die Versicherungsvariante mit eingeschränkter Spitalwahl abgeschlossen werden. 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.
- 19.2 Bei Aufenthalt in einem auf der Liste des Versicherers fehlenden Spital werden keine Kosten übernommen.
- 19.3 Die vorliegende Versicherungsvariante kann zusammen mit einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit Spitalwahleinschränkung abgeschlossen werden. Wird diese Krankenpflegeversicherung gekündigt oder aufgehoben, so kann die entsprechende Versicherungsvariante nicht mehr weitergeführt werden. Es erfolgt automatisch die Umteilung in die HOSPITAL BONUS ohne die Versicherungsvariante mit Spitalwahleinschränkung.

**20 Versicherungsvariante mit Spitalwahlausweitung**

- 20.1 Gegen einen Prämienaufschlag kann die Versicherungsvariante mit ausgeweiteter Spitalwahl abgeschlossen werden. Bei dieser Variante gewährt der Versicherer auch für diejenigen Spitäler Kostendeckung, die nicht den Voraussetzungen von Ziff. 3.1 entsprechen. Dabei gelangen die vom Versicherer für das betreffende Spital anerkannten Maximaltarife zur Anwendung.
- 20.2 Der Versicherer führt eine Liste derjenigen Spitäler, deren Tarife nicht anerkannt werden. Diese Liste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.

**21 Versicherungsvariante mit wählbarer Jahresfranchise**

- 21.1 Gegen eine Prämienreduktion kann die Versicherungsvariante mit wählbarer Jahresfranchise abgeschlossen werden. Versicherte Personen mit dieser Variante haben die gewählte Franchise pro Kalenderjahr bei Beanspruchung der HOSPITAL BONUS vorab selbst zu tragen. Die gewählte Jahresfranchise wird nur bei Akutspitalaufenthalten und bei Aufenthalt in psychiatrischen Kliniken erhoben.
- 21.2 Begeben sich versicherte Personen einer HOSPITAL PLUS BONUS mit einer gewählten Jahresfranchise von CHF 1000.–, 2000.– oder 3000.– bei ihrer Hospitalisation in eine allgemeine Spitalabteilung, wird auf die Erhebung der Jahresfranchise verzichtet. Das Gleiche gilt, wenn versicherte Personen einer HOSPITAL COMFORT BONUS mit einer dieser gewählten Jahresfranchise sich bei ihrer Hospitalisation in eine halbprivate Spitalabteilung oder in eine allgemeine Spitalabteilung begeben.
- 21.3 Begeben sich versicherte Personen einer HOSPITAL PLUS BONUS mit einer gewählten Jahresfranchise von CHF 5000.– bzw. 7000.– bei ihrer Hospitalisation in eine allgemeine Spitalabteilung, wird eine Jahresfranchise von CHF 2000.– bzw. 4000.– erhoben. Das Gleiche gilt, wenn versicherte Personen einer HOSPITAL COMFORT BONUS mit einer dieser gewählten Jahresfranchise sich bei ihrer Hospitalisation in eine halbprivate Spitalabteilung oder in eine allgemeine Spitalabteilung begeben.

**22 Unfalldeckung**

Die Versicherungsdeckung für Unfallfolgen kann ausgeschlossen werden. Versicherte Personen, welche die Unfalldeckung ausgeschlossen haben, können bis zum vollendeten 70. Altersjahr den Wieder- bzw. Neueinschluss der Unfalldeckung beantragen.

**23 Sonderstellung für besondere Versicherungsformen**

Für versicherte Personen, welche andere besondere Versicherungsformen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG abgeschlossen haben (z. B. HMO, weitere Hausarztmodelle oder Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer), gelten die in den diesbezüglichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgehaltenen einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug auch für die vorliegende Versicherung.

**Diverses**

**24 Bonussystem**

Werden gemäss Ziff. 25 dieser ZVB innerhalb von mindestens zwei Beobachtungsperioden keine Leistungen für ambulante und stationäre Behandlungen bezogen, führt dies zu einer Prämienreduktion.

**25 Prämien**

- 25.1 Die Ausgangsprämie im Bonussystem ist die jeweils am 1. Januar eines Versicherungsjahres festgesetzte Prämie, die sich nach dem Lebensalter der versicherten Person und allfällig gewählten Versicherungsvarianten mit Prämienreduktionen oder Prämienaufschlägen richtet.
- 25.2 Hat eine versicherte Person während zwei Beobachtungsperioden, die jeweils vom 1. Juli bis 30. Juni dauern, keine Leistungen bezogen, gelangt sie ab dem 1. Januar des dritten Jahres in den Genuss einer Prämienreduktion (Bonus), sofern sie sich nicht schon in der tiefsten Bonusstufe befindet, und zwar wie folgt:

	Bonus in Prozenten der Ausgangsprämie	Bonusstufe
Basisstufe	0%	4
nach einer Beobachtungsperiode ohne Leistungsbezug (zweites Jahr)	0%	3
nach zwei Beobachtungsperioden ohne Leistungsbezug (drittes Jahr)	10%	2
nach drei Beobachtungsperioden ohne Leistungsbezug (viertes Jahr)	15%	1
nach vier und mehr Beobachtungsperioden ohne Leistungsbezug (ab dem fünften Jahr)	20%	0

- 25.3 Hat eine versicherte Person im Verlaufe einer Beobachtungsperiode Leistungen in Anspruch genommen, erhöhen sich auf den 1. Januar des folgenden Jahres die Prämien auf das Niveau der Ausgangsprämie im Sinne von Ziff. 25.1. Jedes Behandlungsdatum gilt als Inanspruchnahme von Leistungen.
- 25.4 Wurden in der vorangehenden Beobachtungsperiode Leistungen bezogen, wird die versicherte Person im Juli darüber schriftlich informiert und hat bis am 30. September die Möglichkeit, durch Rückzahlung der vom Versicherer erbrachten Leistungen den Bonusverlust rückgängig zu machen.
- 25.5 Für die Geltendmachung der Leistungen sind dem Versicherer innert 30 Tagen nach Erhalt der Rechnungen dieselben einzureichen. Werden sie verspätet eingereicht, erfolgt eine nachträgliche Korrektur der Bonusstufe. Den versicherten Personen zu Unrecht gewährte Prämienermässigungen werden mit allfälligen Leistungen des Versicherers verrechnet bzw. zurückgefordert.

## **26 Option auf die CURA Langzeitpflege-Versicherung**

- 26.1 Versicherte Personen, die beim Versicherer eine HOSPITAL BONUS abgeschlossen haben, haben das Recht, auf den dem Eintritt ins AHV-Alter folgenden 1. Januar ohne Gesundheitsprüfung die CURA Langzeitpflege-Versicherung automatisch in der von der Gesellschaft zur Zeit der Ausübung der Option angebotenen Version zugeteilt zu erhalten. Die Zuteilung wird wie folgt vorgenommen:
- a) HOSPITAL PLUS BONUS Variante 60
  - b) HOSPITAL COMFORT BONUS Variante 90
- 26.2 Für versicherte Personen gemäss Ziff. 26.1 beginnt die Leistungspflicht aus der CURA Langzeitpflege-Versicherung nach Ablauf von 720 aufeinanderfolgenden Tagen, an welchen die Voraussetzungen für stationäre Behandlungen bei chronischer Krankheit, Hauskrankenpflege oder Haushalthilfe bestanden haben. Für die Berechnung der Wartefrist ist die ärztliche Verordnung massgebend.
- 26.3 Die versicherten Personen im Sinne von Ziff. 26.1 haben nach der Zuteilung in Abweichung der ordentlichen Kündigungsbestimmungen gemäss Ziff. 10 AVB das Recht, jeweils bis zum 31. Januar rückwirkend auf den 1. Januar von der CURA Langzeitpflege-Versicherung zurückzutreten.

## **27 Sistierung bei der Versicherungsdeckung**

- 27.1 Gegen eine Prämienreduktion kann der Versicherungsnehmer den Leistungsanspruch aus der HOSPITAL Spitalzusatzversicherung sistieren, vorausgesetzt, er weist nach, dass für die zu sistierende Versicherung eine anderweitige Versicherungsdeckung (Kollektivvertrag, Betriebskrankenversicherung, Auslandsversicherung usw.) besteht.
- 27.2 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.

## **28 Versichertenkarte**

Die versicherten Personen erhalten eine Versichertenkarte im Sinne von Ziff. 28 AVB.