



Zusätzliche Versicherungsbedingungen (ZVB) HOSPITAL ECO Spitalzusatzversicherung

Inhaltsverzeichnis

Allgemeines

1 Zweck

Leistungen

2 Versicherungsdeckung

3 Spitalbedürftigkeit

4 Spitalleistungen

5 Ambulante Eingriffe

6 Leistungen bei Unterversicherung

7 Leistungsdauer im Akutspital und in der psychiatrischen Klinik

8 Leistungen im Ausland

9 Leistungen für Neugeborene

10 Badekuren

11 Erholungskuren

12 Leistungsdauer bei Kuren

13 Kurverordnung

14 Hauskrankenpflege

15 Haushalthilfe

16 Leistungsdauer bei Hauskrankenpflege und Haushalthilfe

17 Kinderhütendienst

Versicherungsvarianten

18 Versicherungsvariante mit Spitalwahlbeschränkung

19 Versicherungsvariante mit Spitalwahlausweitung

20 Versicherungsvariante mit wählbarer Jahresfranchise

21 Unfaldeckung

22 Sonderstellung für besondere Versicherungsformen

Diverses

23 Option auf die CURA Langzeitpflege-Versicherung

24 Versicherung für Kinder

25 Sistierung bei der Versicherungsdeckung

26 Versichertenkarte

Allgemeines

1 Zweck

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

Leistungen

2 Versicherungsdeckung

2.1 Aus der HOSPITAL ECO 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.

2.2 Die HOSPITAL ECO deckt im Rahmen der nachfolgenden Bestimmungen die Kosten eines stationären Aufenthaltes in einem Mehrbettzimmer der allgemeinen Abteilung eines Spitals.

2.3 Kennt ein Spital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilungen oder werden die Tarife der allgemeinen Abteilung vom Versicherer nicht anerkannt, gelangen diejenigen Bestimmungen zur Anwendung, wie wenn die versicherte Person sich in der Privatabteilung des Spitals aufhalten würde und es gelten die Bestimmungen von Ziff. 6 dieser ZVB.

2.4 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.

3 Spitalbedürftigkeit

Die Leistungen für wissenschaftlich anerkannte Heil- anwendungen im Rahmen eines Aufenthaltes in einem Spital werden gewährt, wenn der Zustand der ver- sicherten Person die stationäre Behandlung erfordert und für jenes Spital bzw. jene Spitalabteilung, in wel- ches/welche die versicherte Person aus medizini- schen Gründen gehört.

4 Spitalleistungen

- 4.1 Als Spital gilt ein Akutspital oder eine psychiatrische Klinik, welches/welche die Voraussetzung nach Ziff. 2.1 erfüllt und als geeignet erscheint, versicherte Personen im Sinne von Ziff. 3 dieser ZVB zu behandeln.
- 4.2 Bei Spitalbehandlungen umfassen die Leistungen im Rahmen der vom Versicherer für das betreffende Spital in der allgemeinen Abteilung anerkannten Tarife:
- die Kosten für Unterkunft und Verpflegung
 - die Arzthonorare
 - die Kosten für wissenschaftlich anerkannte diagnosti- sche und therapeutische Massnahmen
 - die Krankenpflege im Spital
 - die Kosten für Medikamente, Heilmaterialien, Operationssaal und Narkose
 - die Kosten für vom Spital verordnete Mittel und Gegenstände
- 4.3 Leistungen für Zahnbehandlungen gemäss Ziff. 4.2 werden aus der Spitalzusatzversicherung übernommen, sofern eine Leistungspflicht gemäss Krankenversiche- rungsgesetz (KVG) besteht.
- 4.4 Für Leistungen der stationären Akut- und Übergangs- pflege, welche sich im Anschluss an einen Spital- aufenthalt als notwendig erweisen und durch den Spi- tal angeordnet werden, vergütet der Versicherer in Ergänzung zur Leistungspflicht gemäss Kranken- versicherungsgesetz (KVG) die ungedeckten Kosten für Unterkunft und Verpflegung bis CHF 90.– pro Tag während maximal 14 Tagen pro Kalenderjahr.

5 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.

6 Leistungen bei Unterversicherung

- 6.1 Bei einem Aufenthalt in der privaten Abteilung eines Spitals werden 20% der Leistungen der HOSPITAL COMFORT bzw. bei einem Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung eines Spitals 40% der Leistungen der HOSPITAL PLUS gewährt, höchstens jedoch 20% bzw. 40% der vom Versicherer für das betreffende Spital anerkannten Tarife.
- 6.2 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.

7 Leistungsdauer im Akutspital und in der psychiatrischen Klinik

- 7.1 Bei stationärer Behandlung in einem Akutspital werden die versicherten Leistungen zeitlich unbeschränkt aus- gerichtet, solange unter Berücksichtigung der Diagnose und der Gesamtheit der ärztlichen Behandlung ein Auf- enthalt in einem Akutspital medizinisch notwendig ist.
- 7.2 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 Behand- lung der Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik medizinisch notwendig ist und kein chronisches Krank- heitsbild vorliegt.
- 7.3 An Aufenthalte in psychiatrischen Tages- und Nacht- kliniken werden keine Leistungen ausgerichtet.

8 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 aus der HOSPITAL ECO bis CHF 500.– pro Tag während maximal 60 Tagen pro Kalenderjahr ausgerichtet.

9 Leistungen für Neugeborene

Die Kosten für den Aufenthalt des gesunden Neugebo- renen werden aus der beim Versicherer abgeschlosse- nen HOSPITAL ECO der Mutter während der Dauer des Aufenthaltes der Mutter im Spital übernommen, höchstens jedoch während 10 Wochen.

10 Badekuren

- 10.1 An eine vor Kurantritt ärztlich verordnete, stationär durchgeführte Badekur in einem ärztlich geleiteten inländischen Heilbad werden an die ausgewiesenen Kosten aus der HOSPITAL ECO bis CHF 30.– wäh- rend maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr ausgerichtet.
- 10.2 Ein Anspruch auf die Leistungen gemäss Ziff. 10.1 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 wer- den. Die Mindestdauer für eine Badekur beträgt 14 Tage.
- 10.3 In Abweichung von Ziff. 10.1 kann eine Badekur auch in einem Heilbad des europäischen Auslands durch- geführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss Ziff. 10.2 erfüllt sind.

11 Erholungskuren

- 11.1 An eine vor Kurantritt ärztlich verordnete Erholungskur im Inland, die zur Ausheilung oder Erholung nach einer schweren Krankheit medizinisch notwendig ist, werden an die ausgewiesenen Kosten aus der HOSPITAL ECO bis CHF 30.– pro Tag während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr ausgerichtet.
- 11.2 Die Erholungskur muss in einem vom Versicherer anerkannten inländischen Kurhaus durchgeführt werden.

12 Leistungsdauer bei Kuren

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

13 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.

14 Hauskrankenpflege

- 14.1 Bei ärztlich verordneter Hauskrankenpflege, bei welcher der Beizug einer Berufspflegeperson gegen Entgelt erforderlich ist und wenn damit ein Spital- oder Kuraufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann, werden an die ausgewiesenen Kosten aus der HOSPITAL ECO bis CHF 30.– pro Tag während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr ausgerichtet.
- 14.2 Als Pflegeperson kann auch anerkannt werden, wer dem Kranken täglich die notwendige Pflege ange-deihen lässt und dadurch nachweisbar in seiner beruflichen Tätigkeit einen Erwerbsausfall erleidet.
- 14.3 Erkrankt oder verunfallt ein durch die vorliegende Versicherung versicherte Person unter 15 Jahren, die unter der elterlichen Gewalt eines alleinerziehenden, erwerbstätigen Elternteiles oder von erwerbstätigen Ehepaaren oder Konkubinatspartnern steht, entrichtet der Versicherer anstelle der Leistungen gemäss Ziff. 14.1 an die Kosten der Kinderbetreuung und Kinderpflege, d.h. Körperpflege des Kindes, Verabreichung von Medikamenten sowie Zubereitung von Mahlzeiten bis 30 Stunden pro Kalenderjahr an die erbrachten Leistungen.
- 14.4 Voraussetzung für die Leistungsübernahme gemäss Ziff. 14.3 ist der Beizug der vom Versicherer beauftragten Notruf- und Organisationszentrale. Die Leistungen werden nicht erbracht, wenn diese nicht durch diese Zentrale organisiert werden.
- 14.5 Nicht versichert sind Kosten für allgemeine Haushaltsarbeiten wie z. B. Einkaufen, Waschen, Bügeln, Reinigungsarbeiten usw.
- 14.6 Bei Aufenthalt in Pflegeheimen und ähnlichen Einrichtungen werden keine Leistungen für Hauskrankenpflege erbracht.

15 Haushalthilfe

- 15.1 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 wenn damit ein Spital- oder Kuraufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann, werden aus der HOSPITAL ECO an die ausgewiesenen Kosten bis CHF 30.– pro Tag während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr ausgerichtet.
- 15.2 Als Haushalthilfe gilt, wer beruflich auf eigene Rechnung oder für eine Organisation in Vertretung der versicherten Person den Haushalt besorgt.
- 15.3 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.
- 15.4 Bei Aufenthalt in Pflegeheimen und ähnlichen Einrichtungen werden keine Leistungen für Haushalthilfe erbracht.

16 Leistungsdauer bei Hauskrankenpflege und Haushalthilfe

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

17 Kinderhütendienst

- 17.1 Hält sich eine versicherte Person stationär im Spital auf, übernimmt der Versicherer 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.
- 17.2 Leistungen werden nur übernommen, wenn die versicherte Person vorgängig die vom Versicherer bezeichnete Organisationszentrale kontaktiert und die Betreuung von dieser Stelle organisiert wird.

Versicherungsvarianten

18 Versicherungsvariante mit Spitalwahleinschränkung

- 18.1 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.
- 18.2 Bei Aufenthalt in einem auf der Liste des Versicherers fehlenden Spital werden keine Kosten übernommen.

18.3 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 ECO ohne die Versicherungsvariante mit Spitalwahleinschränkung.

19 Versicherungsvariante mit Spitalwahlausweitung

19.1 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. 2.1 entsprechen. Dabei gelangen die vom Versicherer für das betreffende Spital anerkannten Maximaltarife zur Anwendung.

19.2 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.

20 Versicherungsvariante mit wählbarer Jahresfranchise

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 Spitalzusatzversicherung vorab selbst zu tragen. Die gewählte Jahresfranchise wird nur bei Akutspitalaufenthalten und bei Aufenthalt in psychiatrischen Kliniken erhoben.

21 Unfalldeckung

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

22 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

23 Option auf die CURA Langzeitpflege-Versicherung

23.1 Versicherte Personen, die beim Versicherer eine HOSPITAL ECO 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 zuerteilt zu erhalten. Die Zuteilung wird in die Variante 30 vorgenommen.

23.2 Für versicherte Personen gemäss Ziff. 23.1 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 Wartezeit ist die ärztliche Verordnung massgebend.

23.3 Die versicherten Personen im Sinne von Ziff. 23.1 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.

24 Versicherung für Kinder

Kinder können auf den Tag der Geburt versichert werden, sofern der Antrag für die Versicherung vor der Geburt beim Versicherer eintrifft. Es werden keine Leistungsausschlüsse wegen allenfalls vorbestehender Gesundheitsschädigungen angebracht.

25 Sistierung bei der Versicherungsdeckung

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

25.2 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.

26 Versichertenkarte

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