

Besondere Bedingungen für die Spitalzusatzkrankenversicherung

CH-D

CHAM01-A5 – Ausgabe 01.09.2010

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Gegenstand	Art. 4	Beteiligung des Versicherungsnehmers
Art. 2	Versicherungsgarantie	Art. 5	Ausgeschlossene Risiken
Art. 3	Leistungen		

Grundlage der nachstehenden Bestimmungen bilden die Allgemeinen Bedingungen für die Krankenzusatzversicherungen (AVZ AV) nach VVG der Mutuel Versicherungen AG, Ausgabe vom 1. Juli 2010.

Art. 1 Gegenstand

Bei einem stationären Aufenthalt infolge von Krankheit oder, soweit die entsprechende Versicherungsdeckung besteht, von Unfall, gewährt der Versicherer als Zusatz zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Vergütung der Behandlungs-, Aufenthalts- und Pensionskosten.

Art. 2 Versicherungsgarantie

Der Versicherungsnehmer hat die Auswahl aus folgenden Deckungen:

Allgemeine Abteilung: Deckung der Spitalkosten in der allgemeinen Abteilung (Zimmer mit mehr als zwei Betten) einer öffentlichen oder privaten Spitalanlage

Halbprivate Abteilung: Deckung der Spitalkosten bei Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung (Zweibettzimmer) einer öffentlichen oder privaten Spitalanlage

Private Abteilung: Deckung der Spitalkosten bei Aufenthalt in der Privatabteilung (Einbettzimmer) einer öffentlichen oder privaten Spitalanlage

Art. 3 Leistungen

- Bei Aufenthalt in einem Spital oder einer Klinik für Krankheit oder Unfall und wenn andauernde und intensive medizinische Massnahmen benötigt werden, gewährt der Versicherer Leistungen gemäss Artikel 1.
- Zusätzlich zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erhalten Versicherte
 - der allgemeinen Abteilung 20% der Leistungen der privaten Abteilung, wenn sie sich in die private Abteilung begeben, beziehungsweise 40% der Leistungen der halbprivaten Abteilung, wenn sie sich in die halbprivate Abteilung begeben,
 - der halbprivaten Abteilung 75% der Leistungen der privaten Abteilung, wenn sie sich in die private Abteilung begeben.
- Bei Spitalaufenthalt für Geistes- und Nervenkrankheiten oder chronische Leiden werden aus dieser Versicherung während 60 Tagen pro Kalenderjahr die Leistungen zu

50% der zusätzlich zu den aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fakturierten Leistungen ausgerichtet.

- Die Chirurgiekosten, welche die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übersteigen und aufgrund einer Mammarekonstruktion infolge medizinisch indizierter Totalamputation entstehen, werden bis zu einem Maximum von 75% übernommen.
- Die Leistungsdauer ist nicht limitiert.

Art. 4 Beteiligung des Versicherungsnehmers

- Der Versicherungsnehmer kann für eine maximale Dauer von 20 Tagen pro Kalenderjahr eine der folgenden Beteiligungen wählen:
 - Fr. 50.– pro Tag
 - Fr. 100.– pro Tag
 - Fr. 150.– pro Tag
- Diese Beteiligung gibt Anrecht auf eine Prämienreduktion.

Art. 5 Ausgeschlossene Risiken

Neben den in Art. 4.1 bis 4.12 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) ausgeschlossenen Risiken sind folgende Behandlungen von der Versicherungsdeckung ausgeschlossen:

- Behandlungen, die vorgängig nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung vergütet wurden
- Zusatzkosten, die aufgrund eines gemäss Art. 41, Ziff. 3 KVG medizinisch indizierten, ausserkantonalen Spitalaufenthalts vom Wohnkanton des Versicherten zu übernehmen sind
- Transplantationen von Organen, für welche der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben (SVK) in Solothurn Fallpauschalen vereinbart hat. Diese Regelung gilt auch für Kliniken, für die keine Fallpauschalen vereinbart wurden
- Mutterschaft