

## Besondere Bedingungen der Spitalzusatzversicherung H-Bonus

HBGA01-A6 – Ausgabe 01.01.2024

### Inhalt

<b>Art. 1</b>	Zweck der Versicherung	<b>Art. 8</b>	Pflicht des Versicherten bei einem Spitalaufenthalt
<b>Art. 2</b>	Aufnahmebedingung	<b>Art. 9</b>	Leistungsanspruch
<b>Art. 3</b>	Gedeckte Risiken	<b>Art. 10</b>	Ausrichtung der Leistungen
<b>Art. 4</b>	Versicherte Leistungen	<b>Art. 11</b>	Prämienstufe (Bonussystem)
<b>Art. 5</b>	Umfang der Leistungen	<b>Art. 12</b>	Änderung der Prämienstufe
<b>Art. 6</b>	Dauer der Leistungen	<b>Art. 13</b>	Prämien
<b>Art. 7</b>	Spitalaufenthalt im Ausland		

Die untenstehenden Bestimmungen ergeben sich aus den Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen AVZ (Ausgabedatum gemäss Versicherungspolice).

### Art. 1 Zweck der Versicherung

- Die Versicherung H-Bonus übernimmt bei einem stationären Spitalaufenthalt die Behandlungs- und Pensionskosten sowie die Arzthonorare in der allgemeinen, halbprivaten und privaten Abteilung.
- Die versicherte Person wählt spätestens bei Spitaleintritt die Abteilung, in der sie betreut werden möchte.
- Die Leistungen werden in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (nachfolgend OKP) ausgerichtet.
- Dank dem Bonussystem kann der Versicherte seinen Prämienbetrag reduzieren, wenn er weder in der privaten noch in der halbprivaten Spitalabteilung Versicherungsleistungen beansprucht hat.

### Art. 2 Aufnahmebedingung

Der Zusatzversicherung H-Bonus können alle Personen bis zum Tag ihres 60. Geburtstags beitreten.

### Art. 3 Gedeckte Risiken

Die Leistungen des Produkts H-Bonus werden bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft ausgerichtet.

### Art. 4 Versicherte Leistungen

- Wahl der Abteilung und Kostenbeteiligung des Versicherten  
Der Versicherte kann die Abteilung bei einem stationären Spitalaufenthalt (mehr als 24 Stunden) in einer der folgenden Einrichtungen frei wählen:
  - Spitaleinrichtung für Akutpflege
  - psychiatrische Klinik
  - Reha-Klinik
 Er beteiligt sich wie folgt an den Kosten:

Gewählte Abteilung	Kostenbeteiligung des Versicherten
Allgemeine Abteilung	Fr. 0.–
Halbprivate Abteilung	Fr. 100.– pro Tag, maximal 30 Tage pro Kalenderjahr
Private Abteilung	Fr. 200.– pro Tag, maximal 20 Tage pro Kalenderjahr

Bei der Berechnung der unter die Kostenbeteiligung fallenden Spitaltage gelten der Eintritts- und der Austrittstag als ganze Tage, wenn sie von der Spitaleinrichtung in Rechnung gestellt werden.

Wenn der Versicherte während eines Kalenderjahres die halbprivate und private Abteilung wählt, muss er sich höchstens bis zum Maximalbetrag für die private Abteilung, d. h. bis zu Fr. 4000.–, an den Spitalkosten beteiligen.

- Versicherungsschutz bei Mutterschaft
  - Die Leistungen der Versicherung H-Bonus bei Schwangerschaft und Niederkunft werden erst 12 Monate nach Inkrafttreten der Versicherung ausgerichtet.
  - Bei einem Schwangerschaftsabbruch nach KVG und für jede weitere Mutterschaftsleistung gilt die Karenzzeit gemäss Absatz a.
  - Besteht ein Versicherungsschutz für die Niederkunft, übernimmt der Versicherer während des Spitalaufenthalts der Mutter auch die Aufenthaltskosten für das gesunde und beim Versicherer versicherte Neugeborene.

### Art. 5 Umfang der Leistungen

- Der Versicherer übernimmt die Kosten von anerkannten Einrichtungen und Ärzten, d. h. von Einrichtungen und Ärzten, mit denen der Versicherer einen Tarifvertrag abgeschlossen hat.

2. Bezieht ein Versicherter Leistungen einer nicht anerkannten Einrichtung oder eines nicht anerkannten Arztes, werden ihm für deren Intervention entsprechend der Behandlungsform (Akutpflege, Rehabilitation oder Psychiatrie) und der Abteilung (halbprivat oder privat) die effektiv in Rechnung gestellten stationären Spitalleistungen ausgerichtet, jedoch höchstens die in Anhang A aufgeführten Beträge pro Spitalübernachtung.  
Die Liste der Leistungserbringer und der Höchstbeträge steht auf der Website des Versicherers zur Verfügung oder wird auf Anfrage abgegeben. Massgebend ist die zum Zeitpunkt der Behandlung gültige Liste.  
Die Liste der Leistungserbringer kann vom Versicherer jederzeit angepasst werden. Bei einer Anpassung der Liste steht dem Versicherungsnehmer kein Kündigungsrecht zu.
3. Bei Organtransplantationen, für die der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) in Solothurn Fallpauschalen vereinbart hat, übernimmt die Versicherung H-Bonus keine Leistungen. Die entsprechenden Kosten werden von der OKP übernommen. Diese Regel gilt auch für Spitäler, für die keine Fallpauschale vereinbart worden ist.
4. Bei Notfällen und solange der Versicherte nicht in der Lage ist, die Abteilung selbst zu wählen, garantiert der Versicherer ausschliesslich die Leistungen in der allgemeinen Abteilung.

## Art. 6 Dauer der Leistungen

1. Die Spitalleistungen werden nur in der akuten Phase der Erkrankung erbracht. Der Leistungsanspruch erlischt, sobald der Versicherte nicht mehr als Akutpatient betrachtet wird, insbesondere bei der Behandlung von stabilisierten oder chronischen Leiden oder wenn der Spitalaufenthalt nicht zur Verbesserung des Gesundheitszustands des Versicherten beiträgt.
2. Bei einem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik ist der Leistungsanspruch auf 90 Tage pro Kalenderjahr begrenzt.
3. Bei einem Aufenthalt in einer Reha-Klinik ist der Leistungsanspruch auf 90 Tage pro Kalenderjahr begrenzt.

## Art. 7 Spitalaufenthalt im Ausland

1. Erkrankt oder verunfallt ein Versicherter im Ausland und muss notfallmässig stationär behandelt werden, gewährt ihm der Versicherer während höchstens 60 Tagen pro Kalenderjahr maximal Fr. 500.– pro Tag. Die in Art. 4 Abs. 1 aufgeführten Kostenbeteiligungen sind nicht anwendbar.
2. Ohne vorgängige Zustimmung des Versicherers werden vom Versicherten freiwillig gewünschte Auslandbehandlungen nicht übernommen.

## Art. 8 Pflicht des Versicherten bei einem Spitalaufenthalt

Der Versicherte ist verpflichtet, sich zu erkundigen, ob die für die Behandlung gewählte Spitaleinrichtung, Spitalabteilung oder Klinik vom Versicherer anerkannt ist. Andernfalls verliert er den Anspruch auf Leistungen.

## Art. 9 Leistungsanspruch

1. Der Leistungsanspruch des Versicherten beginnt mit dem Inkrafttreten des Versicherungsvertrags. Art. 4 Abs. 2 Bst. a und b bleiben vorbehalten.
2. Die Leistungen werden nach Behandlungsdatum auf den Höchstbetrag und die Maximaldauer pro Kalenderjahr angerechnet. Die nach der Erschöpfung des Anspruchs anfallenden Kosten können nicht auf das Folgejahr übertragen werden.
3. Die durch diese Bedingungen geregelte Versicherung darf in keinem Fall zur Deckung der gesetzlichen Selbstbehalte und Franchisen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und den Zusatzversicherungen dienen.

## Art. 10 Ausrichtung der Leistungen

1. Für die Ausrichtung der Leistungen der Versicherung H-Bonus sind die Rechnung der Spitaleinrichtung und die Honorarforderung des Arztes massgebend. Der Versicherte ermächtigt den Vertrauensarzt des Versicherers, beim behandelnden Arzt die Diagnose und alle zur Festsetzung des Leistungsanspruchs erforderlichen Auskünfte einzuholen.
2. Die Auszahlung erfolgt an den Versicherten, sofern der Versicherer die Leistungen aufgrund einer Vereinbarung nicht direkt der Spitaleinrichtung zu bezahlen hat.

## Art. 11 Prämienstufe (Bonussystem)

1. Im Kalenderjahr des Beitritts gilt die Prämienstufe 0.
2. Folgende Prämienstufen sind möglich:

% der Prämie	Prämienstufe
100	1
80	0

## Art. 12 Änderung der Prämienstufe

1. Falls der Versicherte während einer Referenzperiode Leistungen gemäss Art. 4 Abs. 1 bezieht, die im Zusammenhang mit einem Spitalaufenthalt in der halbprivaten oder privaten Abteilung stehen, wird die Prämie für das Kalenderjahr nach der Referenzperiode gemäss Prämienstufe 1 festgelegt (100 Prozent der Prämie). Diese Prämie gilt während drei Jahren. Trifft die Rechnung der Spitaleinrichtung verspätet beim Versicherer ein, wird die Prämienstufe zu einem späteren Zeitpunkt angepasst.
2. Werden während dieser drei Jahre keine Versicherungsleistungen für andere Spitalaufenthalte in der halbprivaten oder privaten Abteilung ausgerichtet, wird die Prämie für das Kalenderjahr nach der Dreijahresfrist gemäss Prämienstufe 0 festgelegt (80 Prozent der Prämie).
3. Besteht bei einem späteren Spitalaufenthalt in der halbprivaten oder privaten Abteilung Anspruch auf Versicherungsleistungen, beginnt die Dreijahresfrist am Anfang des Kalenderjahres nach der Referenzperiode von neuem.
4. Die ursprüngliche, für die Änderung der Prämienstufe massgebende Referenzperiode beginnt mit dem in der Versicherungspolice festgehaltenen Datum des Inkrafttretens und endet am folgenden 30. Juni.
5. Die nachfolgenden Referenzperioden erstrecken sich auf 12 Monate, jeweils vom 1. Juli bis 30. Juni.
6. Für die Bestimmung der Referenzperiode ist der erste Tag des Spitalaufenthalts entscheidend.
7. Werden für einen Spitalaufenthalt mehrere Rechnungen ausgestellt, ist das Datum des ersten Tages des Spitalaufenthalts massgebend.

## Art. 13 Prämien

1. Erreicht ein Versicherter im Jahresverlauf das Höchstalter seiner Altersklasse, wird er zu Beginn des folgenden Kalenderjahres automatisch in die nächsthöhere Altersklasse umgeteilt. Es gelten folgende Altersklassen:
  - 0 bis 18 Jahre
  - 19 bis 25 Jahre
  - ab dem 26. bis zum 80. Altersjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren
2. Die Prämien hängen von den oben erwähnten Altersklassen sowie von den Prämienstufen ab.
3. Eine Änderung der Prämienstufe (gemäss Art. 12) gilt nicht als Prämienanpassung, die ein Kündigungsrecht im Sinn von Art. 29 der Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVZ) begründet.

## Anhang A

Höchstbeträge für Spitalleistungen von nicht vom Versicherer anerkannten Einrichtungen oder Ärzten (Art. 5 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen)

Betrag pro Spitalübernachtung					
		Akutpflege		Rehabilitation und Psychiatrie	
		Halbprivat	Privat	Halbprivat	Privat
<b>Nicht anerkannter Arzt:</b>					
Rückerstattung der Arztkosten	Fr. 500.–		Fr. 500.–	Fr. 0.–	Fr. 0.–
<b>Nicht anerkanntes Spital:</b>					
Rückerstattung der Spitalkosten	Fr. 300.–		Fr. 500.–	Fr. 100.–	Fr. 150.–
<b>Spital und Arzt nicht anerkannt:</b>					
Totale Rückerstattung	Fr. 800.–		Fr. 1000.–	Fr. 100.–	Fr. 150.–
– Arztkosten	– Fr. 500.–		– Fr. 500.–	– Fr. 0.–	– Fr. 0.–
– Spitalkosten	– Fr. 300.–		– Fr. 500.–	– Fr. 100.–	– Fr. 150.–