



kombi (Abt. F) Ergänzende Bestimmungen der Kolping Krankenkasse AG betreffend die kombinierte Spitalzusatzversicherung

Ausgabe 2011

Inhaltsverzeichnis

1	Zweck	Seite	2
2	Abschluss/Kündigung	Seite	2
3	Altersgruppen	Seite	2
4	Versicherungsangebot	Seite	2
5	Abgrenzung der Spitalabteilung	Seite	2
6	Mutterschaft	Seite	2
7	Selbstbehaltvarianten	Seite	2
8	Bonussystem für Halbprivat- und Privatversicherungen	Seite	3
9	Versicherungsleistungen	Seite	3
10	Der kombi vorausgehende Leistungen	Seite	4
11	Ausschluss	Seite	4
12	Depotleistungen und Garantierklärungen	Seite	4
13	Anwendbares Recht	Seite	4
14	Schlussbestimmungen	Seite	4

1 Zweck

1.1 Die Kolping Krankenkasse AG (nachfolgend Kolping) führt gestützt auf ihre Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherungen gemäss VVG (AVB-VVG) eine kombinierte Spitalzusatzversicherung unter der Bezeichnung kombi Spitalzusatzversicherung.

1.2 Die kombi bezahlt bei stationärer Hospitalisierung in allen öffentlichen und privaten Vertragsspitalern der Schweiz in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Aufenthalts- und Behandlungskosten, die von dieser nicht übernommen werden.

1.3 Zusätzlich gewährt Kolping weitere ergänzende Leistungen aus der kombi, sofern dieselben Leistungen nicht von einer anderen Zusatzversicherung ganz oder teilweise gedeckt sind. Diese Leistungen sind auf der «Leistungsübersicht» aufgelistet, welche als integrierter Bestandteil dieser ergänzenden Bestimmungen gilt.

2 Abschluss/Kündigung

2.1 Wer in der Schweiz Wohnsitz hat und das 59. Altersjahr noch nicht vollendet hat, kann einen Antrag auf Abschluss einer kombi stellen.

2.2 Kolping ist berechtigt, Anträge und/oder Versicherungsänderungen abzulehnen oder Vorbehalte anzubringen. Es besteht kein Anspruch auf Höherversicherung.

2.3 Die kombi kann eingeschrieben nach einer Mindestdauer von drei Jahren und unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

2.4 Die Versicherung erlischt:

- durch Kündigung;
- durch endgültige Wohnsitzverlegung ins Ausland;
- bei amtlicher Streichung im Einwohnerregister;
- im Todesfall.

Die kombi endet nicht automatisch mit dem Erlöschen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei Kolping.

3 Altersgruppen

3.1 Die versicherten Personen werden je nach Lebensalter in die folgenden Altersgruppen eingeteilt:

Altersgruppe	0-18	Altersjahre
Altersgruppe	19-25	Altersjahre
Altersgruppe	26-30	Altersjahre
Altersgruppe	31-35	Altersjahre
Altersgruppe	36-40	Altersjahre
Altersgruppe	41-45	Altersjahre
Altersgruppe	46-50	Altersjahre
Altersgruppe	51-55	Altersjahre
Altersgruppe	56-60	Altersjahre
Altersgruppe	61-65	Altersjahre
Altersgruppe	66-70	Altersjahre
Altersgruppe	71-	Altersjahre

3.2 Bei Versicherungsabschluss ist für die Einteilung in die Altersgruppe derjenige Geburtstag massgebend, der im Laufe dieses Jahres erreicht wird.

3.3 Der Wechsel in die nächsthöhere Altersgruppe erfolgt auf Beginn des Kalenderjahres, in welchem die versicherte Person den ersten Geburtstag der höheren Altersgruppe erreicht.

3.4 Die Zuteilung einer anderen als die dem aktuellen Alter, entsprechende Altersgruppe ist nicht möglich.

4 Versicherungsangebot

4.1 Es kann unter folgenden Versicherungsstufen ausgewählt werden:

- kombi 1: Allgemeine Abteilung (Mehrbettzimmer) in öffentlichen und privaten Spitälern in der Schweiz, die eine allgemeine Abteilung führen.
- kombi 2: Halbprivate Abteilung (Zweibett- oder ausnahmsweise Mehrbettzimmer) in öffentlichen und privaten Spitälern in der Schweiz.
- kombi 3: Private Abteilung (Ein- oder ausnahmsweise Zweibettzimmer) in öffentlichen und privaten Spitälern in der Schweiz.

5 Abgrenzung der Spitalabteilung

5.1 Kennt ein Spital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilung als die in diesen ergänzenden Bestimmungen genannten, so handelt es sich um eine private Abteilung.

5.2 In Privatspitälern ohne Taxvereinbarungen übernimmt Kolping die vertraglich geregelten Taxen der nächstgelegenen öffentlichen Klinik.

5.3 Der Versicherte ist verpflichtet, im Zweifelsfall bei Kolping vor Eintritt betr. Kostengarantie Erkundigungen einzuholen. Telefonische Auskünfte erheben keinen Anspruch auf Rechtsgültigkeit.

6 Mutterschaft

6.1 Für Leistungen bei Mutterschaft beträgt die Karenzzeit zwei Jahre ab Versicherungsbeginn.

7 Selbstbehaltvarianten

7.1 Gegen eine Prämienreduktion können für die kombi Stufe 2 und 3 Selbstbehalte von CHF 1'000.-/CHF 2'000.-/CHF 3'000.-/CHF 5'000.- gewählt werden.

7.2 Der Selbstbehalt wird nur einmal pro Kalenderjahr verrechnet.

7.3 Bei kurzfristigen Spitalaufenthalten (max. 15 Tage) über das Jahresende wird der Selbstbehalt nur einmal erhoben.

7.4 Bei Eintritt während des Jahres wird der gesamte Selbstbehalt erhoben.

7.5 Ein Versicherungswechsel zu einer höheren Selbstbehaltvariante ist jederzeit auf Beginn eines neuen Monats möglich. Es ist keine neue Gesundheitsdeklaration nötig.

7.6 Ein Versicherungsverwechsel zu einer tieferen Selbstbehaltvariante ist erstmals nach einer Versicherungsdauer von zwei Jahren unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres möglich. Es ist ein neuer Versicherungsantrag mit Gesundheitsdeklaration notwendig.

7.7 Für die gänzliche Aufhebung der letztgewählten Selbstbehaltvariante gelten die Kündigungsbestimmungen gemäss Art. 2.3.

7.8 Begibt sich ein Versicherter mit wählbarem Selbstbehalt in eine allgemeine Abteilung gemäss Art. 4 (1) wird kein Selbstbehalt verrechnet.

7.9 Begibt sich eine privatversicherte Person mit wählbarem Selbstbehalt in eine halbprivate Abteilung gemäss Art. 4 (2) wird nur die Hälfte des Selbstbehaltes verrechnet.

8 Bonussystem für Halbprivat- und Privatversicherungen

8.1 Beanspruchen Versicherte aus ihrer Halbprivat- und Privatversicherung keine stationären Leistungen (Spitalaufenthalt von mehr als 24 Stunden oder Bettbelegung über Nacht), so kommen sie in den Genuss eines Bonus in Form einer reduzierten Prämie, und zwar wie folgt:

Anzahl ganze leistungsfreie Beobachtungsperioden	Bonus in % der Ausgangsprämie	Prämienbonusstufe
Nach einer	5%	1
Nach zwei	10%	2
Nach drei	15%	3

8.2 Folgende Leistungen gelten nicht als stationäre Leistungen:

- alle Mutterschaftsleistungen;
- Krankentransporte;
- ambulante Eingriffe;
- Haushaltshilfe/Hauskrankenpflege.

8.3 Als Beobachtungsperiode gilt die Zeit vom 1. Juli bis zum 30. Juni im nächsten Kalenderjahr. Hat während dieser Zeit keine Behandlung stattgefunden, kommt auf den nächsten 1. Januar der entsprechende Prämienbonus zur Anwendung.

8.4 Wird während einer Beobachtungsperiode eine Leistung aus der Halbprivat- oder Privatversicherung bezogen, erhöht sich die Prämie auf den nächsten 1. Januar auf das Niveau der Ausgangsprämie.

8.5 Für die Geltendmachung der Leistungen sind Kolping innert 30 Tagen nach Erhalt der Rechnungen dieselben einzureichen. Werden sie verspätet eingereicht, erfolgt eine nachträgliche Korrektur der Prämienstufe. Den Versicherten zu Unrecht gewährte Prämienermässigungen werden mit der nächsten Prämienrechnung der Kolping verrechnet bzw. rückgefordert.

8.6 Versicherte, welche bereits von einem Gruppenversicherungs- oder Kollektivvertragsrabatt profitieren, sind vom Bonussystem ausgeschlossen. Bei einem allfälligen Austritt aus dem Gruppenversicherungs- oder Kollektivvertrag bzw. dessen Auflösung werden jedoch die Prämienbonusstufen gewährt, sofern die Voraussetzungen nach Art. 8.3 beim Austritt aus dem Gruppenversicherungsvertrag erfüllt sind.

Voraussetzungen

Behandlung im Akutspital

9.1 Die kombi übernimmt die Kosten von medizinisch notwendigen Spitalbehandlungen inkl. Unterkunft, Verpflegung und Grundpflege. Nicht übernommen werden persönliche Auslagen der versicherten Person.

9.2 Die Vergütung von Kolping bemisst sich nach den von der Heilanstalt anzuwendenden Ansätzen jener Abteilung, die der gewählten Versicherungsstufe entspricht.

9.3 Begibt sich der Versicherte in eine teurere Abteilung, so übernimmt die kombi nur die Kosten entsprechend der versicherten Stufe.

9.4 Arzthonorare

Im Bereich der Arzthonorare werden die Versicherungsleistungen nach den von Kolping oder Verbänden mit den Ärzten vereinbarten Tarifen erbracht.

Wo keine Vereinbarungen bestehen, gilt als anerkannter Tarif für Arzthonorare derjenige gemäss Spitalleistungskatalog mit einem Zuschlag von

- max. 30% für halbprivate,
- max. 70% für private Spitalleistungen.

9.5 Behandlung in psychiatrischen Kliniken

Bei stationären Behandlungen 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.

9.6 Transplantationen

Für die vom Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) anerkannten Transplantationen gelten die Tarifvereinbarungen gemäss den Ausführungsbestimmungen des SVK in der allgemeinen Abteilung.

9.7 Rehabilitationskliniken

Bei einem medizinisch bedingten Eintritt, Übertritt oder einer entsprechenden Überweisung garantiert Kolping während längstens 90 Tagen die versicherten Leistungen.

9.8 Geburten

Bei Geburten werden die Kosten für den gesunden Säugling während längstens 10 Tagen aus der kombi der Mutter übernommen, solange er sich mit der Mutter im Spital aufhält und ebenfalls bei Kolping versichert ist.

Bei Geburtshäusern, welche nicht auf der Spitalliste aufgeführt sind und keine Tarifvereinbarung bestehen, werden für max. 5 Tage folgende Leistungen an die ausgewiesenen Aufenthaltskosten erbracht:

- kombi 1: CHF 100.-/Tag;
- kombi 2: CHF 150.-/Tag;
- kombi 3: CHF 250.-/Tag.

9.9 Bade- und Erholungskuren

Bei medizinisch begründeten und in der Schweiz durchgeführten Bade- und Erholungskuren in ärztlich geleiteten Heilbädern und Kurhäusern übernimmt Kolping für insgesamt

höchstens 21 Tage pro Kalenderjahr eine von ihr festgesetzte Pauschalleistung für Unterkunft und Verpflegung, jedoch höchstens die tatsächlichen Kosten. Diese Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn vor der Kur eine ärztliche Behandlung des entsprechenden Leidens durchgeführt wurde und wenn bei Badekuren während der Kur eine zweckdienliche therapeutische Behandlung absolviert wird (Thermalbad allein gilt nicht als solche Behandlung).

Die Kuren haben mindestens 14 Tage zu dauern.

Hauskrankenpflege/Haushaltshilfe

9.10 Hauskrankenpflege: Die kombi bezahlt Beiträge an die nachgewiesenen Pflegekosten für die Pflege der kranken Person zu Hause, sofern sie einen eigenen Haushalt führt und die Pflege nicht durch einen gemäss KVG anerkannten Leistungserbringer erbracht wird.

9.11 Als Pflegeperson wird anerkannt, wer die am Kranken/ an der Kranken notwendige Pflege besorgt und dadurch in seiner beruflichen Tätigkeit einen Erwerbsausfall erleidet und diesen nachweisbar belegen kann.

9.12 Die Pflegebedürftigkeit muss ärztlich ausgewiesen sein.

9.13 Die Leistungen werden nur im direkten Nachgang zu einer stationären Behandlung ausgerichtet oder sofern ein Spitalaufenthalt, eine Rehabilitation oder Kur verkürzt oder vermieden werden kann.

9.14 Haushaltshilfe: Die kombi bezahlt Beiträge an die nachgewiesenen Kosten für die Arbeiten im eigenen Haushalt der versicherten Person.

9.15 Die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe muss ärztlich ausgewiesen sein.

9.16 Für Haushaltshilfen durch Angehörige oder Verwandte werden keine Leistungen erbracht.

Ambulante Behandlung in Spitälern, Tageskliniken und teilstationären Einrichtungen

9.17 Kann durch einen kostengünstigeren ambulanten Eingriff ein stationärer Spitalaufenthalt vermieden werden, übernimmt die kombi die Behandlungskosten.

Notfall-, Verlegungstransporte, Repatriierungen, Such- und Rettungsaktionen

9.18 Für die Leistungsgewährung bei Notfall-, Verlegungstransporten, Repatriierungen, Such- und Rettungsaktionen muss immer vorgängig der Assistance-Dienstleister informiert werden. Massgebend für die Leistungsübernahme sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Assistance-Dienstleisters, welche bei Kolping bezogen werden können.

Ausland

9.19 In Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet die kombi für medizinisch bedingte und notfallmässige Spitalaufenthalte im Ausland die in der «Leistungsübersicht» festgesetzten Leistungen, sofern Aufenthalts- und Behandlungskosten ausgewiesen werden.

9.20 Die Leistungen werden nur solange garantiert, bis eine Verlegung in eine Heilanstalt in der Schweiz aus medizinischen Gründen möglich ist.

9.21 Für Verlegungen und Behandlungen in Drittstaaten werden keine Leistungen erbracht.

9.22 Begibt sich ein Versicherter zur Behandlung, Pflege oder Niederkunft ins Ausland, werden keine Leistungen erbracht.

9.23 Die zur Ausrichtung der Leistungen notwendigen medizinischen Angaben sind zusammen mit den detaillierten Originalrechnungen innert 30 Tagen seit der Rückkehr in die Schweiz Kolping einzureichen.

10 Der kombi vorausgehende Leistungen

Den Leistungen der kombi gehen folgende Leistungen grundsätzlich vor.

10.1 Sämtliche Leistungen aus der kombi Versicherung werden im Nachgang zur obligatorischen Grundversicherung (KVG) ausgerichtet.

Ausserkantonale Hospitalisierung, medizinisch bedingt gemäss Art. 41 KVG

10.2 Für die Kosten der medizinisch bedingten Spitalaufenthalte, die gemäss Art. 41 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) von den Kantonen zu tragen sind, besteht keine Versicherungsdeckung.

11 Ausschluss

Keine Leistungen werden erbracht für Behandlungen in/für:

11.1 Pflege- und Chronischkrankenheimen, Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken, die länger als 90 Tage dauern.

Aufenthalte wegen:

- Alkoholismus,
- Sucht- und Betäubungsmittelmissbrauch, auch dann nicht, wenn ein Eintritt, Übertritt oder eine Überweisung aus medizinischen Gründen vorliegt.

12 Depotleistungen und Garantieerklärungen

12.1 Fällt eine Spitalbehandlung in der Schweiz unter die Leistungspflicht der kombi, so übernimmt Kolping die Depotleistung in Form einer Zahlungsgarantie, soweit dies die abgeschlossene Versicherung erlaubt.

12.2 Fehlen Kolping bei der Abgabe der Zahlungsgarantie zur definitiven Leistungsbestimmung notwendige Angaben, so gilt die Kostengutsprache an das Spital nicht als Leistungsgarantie gegenüber dem Versicherten.

13 Anwendbares Recht

Für alle in diesen ergänzenden Bestimmungen nicht besonders geregelten Fragen gelten die gesetzlichen Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen gemäss VVG (AVB-VVG) von Kolping.

14 Schlussbestimmungen

Die «Leistungsübersicht» zu den ergänzenden Bestimmungen über die kombi Spitalzusatzversicherung nach VVG ist integrierter Bestandteil dieser ergänzenden Bestimmungen.