



# Allgemeine Versicherungsbedingungen von Sympany privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung

Ausgabe 2017

## Inhaltsverzeichnis

<b>1 Grundlagen der Versicherung</b>	<b>2.2 Langzeitbehandlung</b>
<b>1.1 Grundsatz</b>	2.2.1 Definition
<b>1.2 Versicherungsträger</b>	2.2.2 Leistungsumfang
<b>1.3 Zweck</b>	<b>2.3 Stationäre Rehabilitation</b>
<b>1.4 Allgemeine Versicherungsbedingungen und Versicherungsvertragsgesetz</b>	<b>2.4 Psychiatrische Kliniken</b>
<b>1.5 Leistungsvoraussetzung</b>	<b>2.5 Leistungen im Ausland</b>
1.5.1 Allgemeines	<b>3 Kuren</b>
1.5.2 Versichertes Spital	<b>3.1 Leistungsvoraussetzung</b>
1.5.3 Akutspital	<b>3.2 Leistungsumfang</b>
1.5.4 Medizinisch bedingte ausserkantonale Behandlung	3.2.1 Erholungskuren
<b>1.6 Unfalldeckung</b>	3.2.2 Badekuren
<b>1.7 Versicherungsvarianten</b>	3.2.3 Andere Kuren
1.7.1 Leistungsstufen	<b>3.3 Vorgehen bei Kuraufenthalt</b>
1.7.2 Spitäler mit anerkanntem Tarif	<b>4 Spitex</b>
1.7.3 Fehlende Kriterien, Maximaltarife	<b>4.1 Leistungsvoraussetzung</b>
1.7.4 Einteilung der Spitäler	<b>4.2 Leistungsumfang</b>
<b>1.8 Versicherte Personen</b>	<b>4.3 Leistungserbringer</b>
<b>1.9 Änderungen in der Versicherungsdeckung durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer</b>	<b>4.4 Leistungen bei Mutterschaft</b>
<b>2 Stationäre Behandlung</b>	<b>5 Kinderhütedienst</b>
<b>2.1 Akutbehandlung</b>	<b>5.1 Grundsatz</b>
2.1.1 Leistungsvoraussetzung	<b>5.2 Leistungsvoraussetzungen</b>
2.1.2 Leistungsumfang	<b>5.3 Leistungsumfang</b>
2.1.2.1 Tagestaxen	<b>6 Notfalltransporte</b>
2.1.2.2 Behandlungskosten	<b>7 Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall</b>
2.1.2.3 Aufenthalt in einer nicht versicherten höheren Spitalabteilung	
2.1.2.4 Aufenthalt in einem Nichtlistenspital	

## **8 casamed Variante**

### **8.1 Allgemeines**

### **8.2 Leistungsstufen**

### **8.3 Allgemeine Leistungsvoraussetzungen**

### **8.4 Spitalwahl**

### **8.5 Augen-, Frauen- und Kinderärztinnen und -ärzte**

### **8.6 Notfälle**

### **8.7 Leistungsausschluss**

## **9 Wählbare Franchise**

### **9.1 Allgemeines**

### **9.2 Wechsel/Kündigung der Franchise**

### **9.3 Franchisehöhe**

## **10 mondial Variante**

## **11 Inkraftsetzung**

# AGB privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung

## 1 Grundlagen der Versicherung

### 1.1 Grundsatz

In Ergänzung zur obligatorischen Krankenversicherung nach KVG wird gemäss diesen Bedingungen der privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung nach VVG versichert.

### 1.2 Versicherungsträger

Versicherungsträger ist Sympany Versicherungen AG, nachfolgend Versicherer.

### 1.3 Zweck

Im privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung können aus der basis Versicherung nicht gedeckte Kosten einer Erst- oder Zweitklassbehandlung im Akutspital versichert werden.

Der privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung erbringt im Weiteren Beiträge an spitalexterne Haushalthilfe (Spitex), Kuren, Transportkosten und Langzeitbehandlung.

Die Leistungen aus privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung werden in Ergänzung zur basis Versicherung von der Kasse erbracht. Von den Gesamtkosten wird höchstens derjenige Teil übernommen, der nicht durch die basis Versicherung abgedeckt ist. Fehlt die basis Versicherung, werden die Leistungen so bemessen, wie wenn diese bestehen würde. Führt das behandelnde Listenspital keine allgemeine Abteilung, so wird für die Berechnung des von der basis Versicherung zu übernehmenden Kostenanteils der Tarif der allgemeinen Abteilung des nächstgelegenen, aus medizinischer Sicht geeigneten Vertragsspitals im Wohnkanton herangezogen.

### 1.4 Allgemeine Versicherungsbedingungen und Versicherungsvertragsgesetz

Soweit in den Bestimmungen für privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung keine abweichenden Regelungen bestehen, gelten die Gemeinsamen Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Sympany Versicherungen AG für die Zusatzversicherungen und weitere Versicherungen. Im Weiteren gelten die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 sowie die Statuten von Sympany.

### 1.5 Leistungsvoraussetzung

#### 1.5.1 Allgemeines

Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und in einem für die Behandlung des betreffenden Leidens geeigneten Spital bzw. in einer geeigneten Abteilung eines Spitals erfolgt. Die Behandlung muss von Leistungserbringern durchgeführt werden, die dafür gemäss KVG anerkannt sind.

#### 1.5.2 Versichertes Spital

Spitalbehandlungen müssen in Spitälern erfolgen, die gemäss Art. 39 KVG auf der Spitalliste des Standortkantons aufgeführt sind.

#### 1.5.3 Akutspital

Als Akutspital gelten Heilanstalten, welche diejenigen medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen erbringen können und über diejenige technische Infrastruktur verfügen, die zur Behandlung von Erkrankungen, Unfällen und für Geburten notwendig sind, die dauernde ärztliche Überwachung erfordern.

#### 1.5.4 Medizinisch bedingte ausserkantonale Behandlung

Der Wohnkanton übernimmt gemäss den gesetzlichen Bestimmungen die ausserkantonalen Mehrkosten einer medizinisch begründeten ausserkantonalen Hospitalisation.

### 1.6 Unfalldeckung

Die Unfalldeckung kann im privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung ausgeschlossen werden.

### 1.7 Versicherungsvarianten

#### 1.7.1 Leistungsstufen

Für die Versicherung der stationären Behandlung stehen folgende Varianten zur Wahl:

- 1a) 1. Klasse, Heilanstalten ganze Schweiz
- 1b) 1. Klasse, Heilanstalten ganze Schweiz, Behandlungskosten CHF 20 000.– pro Kalenderjahr
- 2a) 2. Klasse, Heilanstalten mit anerkanntem Tarif ganze Schweiz
- 2b) 2. Klasse, Heilanstalten mit anerkanntem Tarif ganze Schweiz, Behandlungskosten CHF 12 000.– pro Kalenderjahr

#### 1.7.2 Spitäler mit anerkanntem Tarif

Als Spitäler mit anerkanntem Tarif gelten Spitäler, mit welchen der Versicherer Vereinbarungen über die Tarifsetzung getroffen hat, oder Spitäler, die sich ohne Vereinbarung an diese Tarife halten. Die Kasse führt eine Liste der Spitäler mit anerkanntem Tarif, die jederzeit eingesehen werden kann.

#### 1.7.3 Fehlende Kriterien, Maximaltarife

Kennt ein Spital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilungen als die in den Bestimmungen genannten, so werden diese versicherungsmassig als private Abteilungen behandelt. Der Versicherer kann bei der allgemeinen sowie bei der halbprivaten Abteilung Maximaltarife festlegen, die als Kriterium für die Einteilung in die versicherte Spitalabteilung dienen.

Diese Maximaltarife richten sich nach den Tarifen und Vereinbarungen eines vergleichbaren, in der Wohnregion der versicherten Person gelegenen Spitals mit anerkanntem Tarif.

Die von der Kasse allfällig festgelegten Maximaltarife können bei der Kasse eingesehen werden.

#### 1.7.4 Einteilung der Spitäler

Spitäler, welche diese Einteilungskriterien nicht erfüllen, d.h. keine allgemeine Abteilung und/oder keine halbprivate bzw. lediglich eine private Abteilung im Sinne dieser Bestimmungen führen, werden bei der Kasse auf einer Liste geführt, die jederzeit eingesehen werden kann.

### 1.8 Versicherte Personen

privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung wird von der Kasse für Personen in ihrem Tätigkeitsbereich als geschlossene Versicherungsabteilung geführt.

### 1.9 Änderungen in der Versicherungsdeckung durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer

Anträge auf Erhöhung der Versicherungsdeckung sind innerhalb der Versicherungsabteilung möglich. Sie gelten als Anträge auf einen neuen Versicherungsvertrag. Bei Anträgen auf Herabsetzung der Versicherungsdeckung sind die Bestimmungen über die ordentliche Kündigung einzuhalten.

**2.1 Akutbehandlung**

**2.1.1 Leistungsvoraussetzung**

privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung erbringt stationäre Leistungen, soweit und solange die versicherte Person spitalbedürftig im Sinne von basis ist.

**2.1.2 Leistungsumfang**

**2.1.2.1 Tagestaxen**

Als Leistung pro Spitaltag ist die Differenz zwischen der in der allgemeinen Abteilung gültigen Tagestaxe versichert, die durch die basis Versicherung gedeckt ist, und mindestens der Tagestaxe der versicherten Spitalklasse der kantonalen Spitäler des Wohnkantons, wobei jeweils die Taxen derjenigen Spitäler in Anrechnung gebracht werden, die aufgrund der Erkrankung für die Behandlung zuständig sind. Diese Leistung wird vom ersten Spitaltag an ausgerichtet.

Nicht versichert ist die aus basis zu leistende Kostenbeteiligung inklusive des täglichen Beitrages an die Kosten des Spitalaufenthaltes.

**2.1.2.2 Behandlungskosten**

privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung deckt die in einer Heilanstalt entstehenden Behandlungskosten, die über diejenigen der allgemeinen Abteilung hinausgehen. Bei Varianten mit betraglich begrenzten Behandlungskosten werden maximal die versicherten Leistungen, welche in der Versicherungspolice aufgeführt sind, übernommen.

Die Behandlungskosten umfassen bei stationärem Aufenthalt in einer Heilanstalt die ärztliche Behandlung, einschliesslich der wissenschaftlich anerkannten Heilwendungen, der Arzneimittel und der Analysen und im Weiteren die in der Heilanstalt ambulant durchgeführten Operationen, sofern die ambulante Operation günstiger ist als die stationäre Behandlung.

Für Kuren können die Behandlungskosten nicht beansprucht werden.

Versicherte Behandlungskosten können nicht zur Deckung ungedeckter Tagestaxen herangezogen werden. Hingegen können nicht benötigte Beiträge der versicherten Tagestaxe zur Deckung der Behandlungskosten verwendet werden.

**2.1.2.3 Aufenthalt in einer nicht versicherten höheren Spitalabteilung**

Erfolgt die Behandlung in einer höheren als der versicherten Spitalabteilung, besteht nur Anspruch auf Leistungen bis zur Höhe der für die versicherte Variante massgebenden Spitaltaxe und Behandlungskostentarife. Kann die Leistung mangels Unterlagen nicht genau bestimmt werden, erbringt die Kasse Leistungen von höchstens 65% des in Rechnung gestellten Betrages.

Erfolgt die Behandlung in unterschiedlichen Abteilungen, so wird für jede Abteilung getrennt abgerechnet.

**2.1.2.4 Aufenthalt in einem Nichtlistenspital**

Erfolgt die Behandlung in einem Spital, welches nicht auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist, so werden höchstens die Mehrkosten übernommen, die bei Aufenthalt in einem Referenzspital im Wohnkanton im Vergleich zwischen der allgemeinen und der versicherten Abteilung entstanden wären.

**2.2 Langzeitbehandlung**

**2.2.1 Definition**

Zustände dauernder gleichförmiger Beeinträchtigung der Gesundheit, die zwar Pflege, nicht aber ständiges ärztliches Pikett erfordern, gelten als chronische Krankheit.

**2.2.2 Leistungsumfang**

privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung richtet folgende Tagespauschalen aus, wenn

- die Betreuung einer chronisch kranken Person den Aufenthalt in einem dafür geeigneten und von der Kasse anerkannten Spital erfordert oder
- ein Aufenthalt in einem Akutspital die Eigenschaft einer Langzeitbehandlung für Chronischkranke annimmt. In diesem Fall kann die Kasse ihre Leistungen nach einmonatiger Voranzeige herabsetzen. Die Spitaltage werden dabei ab Voranzeigedatum an die Leistungsdauer angerechnet:

Versicherung	1. bis 90. Tag	91. bis 180. Tag	181. bis 270. Tag
2. Klasse	CHF 150.–	CHF 100.–	CHF 50.–
1. Klasse	CHF 200.–	CHF 140.–	CHF 70.–

Behandlungskosten werden nicht zusätzlich vergütet.

Nicht versichert ist die in der basis zu leistende Kostenbeteiligung inklusive des täglichen Beitrages an die Kosten des Spitalaufenthaltes.

Diese Leistungen werden bei Behandlung in der versicherten Abteilung während dreier Kalenderjahre einmal ausgerichtet. Erfolgt die Behandlung in einer tieferen als der versicherten Abteilung, richten sich die Leistungen nach der Variante für diejenige Abteilung, in welcher die Behandlung erfolgt. Die Leistungen werden gekürzt, wenn die in Rechnung gestellte Tagespauschale den gemäss Tarif der entsprechenden Klasse geschuldeten Betrag übersteigt.

**2.3 Stationäre Rehabilitation**

Erfolgt die Behandlung in einem vom Versicherer als Spital anerkannten Mehrzwecksanatorium oder in einer medizinischen Rehabilitationsabteilung bzw. -klinik, erbringt privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung Leistungen für die ersten 60 Tage gemäss den Bestimmungen für Akutbehandlungen. Danach richtet er unter Anrechnung der vorangegangenen Aufenthaltsdauer die Leistungen für Langzeitbehandlung aus.

Die anerkannten Sanatorien oder Rehabilitationsanstalten werden auf einer Liste aufgeführt, die jederzeit bei der Kasse eingesehen werden kann.

**2.4 Psychiatrische Kliniken**

Bei stationärem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik oder bei einer psychiatrischen Behandlung in einem Akutspital oder einer Spezialklinik erbringt privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung Leistungen während 90 Tagen gemäss den Bestimmungen für Akutbehandlungen. Dauert die Behandlung länger, werden bei Behandlung in der entsprechenden Abteilung folgende Tagespauschalen ausgerichtet:

	ab 91. bis 270. Tag
2.-Klass-Versicherung	CHF 100.–
1.-Klass-Versicherung	CHF 140.–

Im Übrigen gelten die Bestimmungen für Langzeitbehandlungen.

## 2.5 Leistungen im Ausland

Für notfallmässige Behandlungen bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt übernimmt die Kasse bei Spitalaufenthalt in derjenigen Abteilung, für welche die Versicherung abgeschlossen ist:

- volle Kostendeckung der Tagestaxen
- bei Varianten mit betraglich nicht begrenzten Behandlungskosten die vollen Behandlungskosten
- bei Varianten mit betraglich begrenzten Behandlungskosten maximal die versicherten Leistungen, welche in der Versicherungspolice aufgeführt sind.

Vorgehen bei Spitalaufenthalt:

Bei einer stationären Behandlung ist bei der Kasse sofort, spätestens jedoch innert 10 Tagen nach Spitaleintritt ein Kostengutsprache gesuch einzureichen.

Die Leistungen werden höchstens so lange erbracht, als ein Heimtransport medizinisch nicht möglich ist, längstens jedoch bis zu einem Jahr.

## 3 Kuren

### 3.1 Leistungsvoraussetzung

Ein Anspruch auf Beiträge an ärztlich verordnete Kuren besteht nach fünfjähriger Versicherungsdauer und während höchstens zehn Wochen innerhalb von zehn aufeinanderfolgenden Jahren. Es werden die nachstehend aufgeführten Leistungen erbracht.

### 3.2 Leistungsumfang

#### 3.2.1 Erholungskuren

An ärztlich verordnete Erholungskuren im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als Akutpatientin oder Akutpatient vergütet **privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung** folgende Leistungen:

2.-Klass-Versicherung	max. CHF 50.– pro Tag
1.-Klass-Versicherung	max. CHF 70.– pro Tag

#### 3.2.2 Badekuren

**privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung** erbringt während maximal 21 Tagen pro Kalenderjahr folgende Leistungen:

2.-Klass-Versicherung	max. CHF 30.– pro Tag
1.-Klass-Versicherung	max. CHF 50.– pro Tag

Es gelten die gleichen Leistungsvoraussetzungen wie in basis.

Die Kasse kann eine kurärztliche Eintrittsuntersuchung und eine Schlusskontrolle mit Schlussbericht an die einweisende Ärztin oder den einweisenden Arzt verlangen.

#### 3.2.3 Andere Kuren

Auf Antrag der Vertrauensärztin oder des Vertrauensarztes kann bei spezieller medizinischer Indikation für ärztlich verordnete andere Kuren eine Pauschale bis zur Höhe des Badekurbeitrages ausgerichtet werden.

## 3.3 Vorgehen bei Kuraufenthalt

Die ärztliche Verordnung für einen Kuraufenthalt ist der Kasse zwei Wochen vor Kurantritt inklusive Diagnose einzureichen.

Bei Unterbrechung einer Kur können Teilkurkosten nur übernommen werden, wenn die Unterbrechung durch Krankheit oder andere zwingende Gründe bedingt war und dafür von der Kurärztin oder vom Kurarzt ein Zeugnis vorliegt.

## 4 Spitex

### 4.1 Leistungsvoraussetzung

Kann ein Spitalaufenthalt vermieden oder verkürzt werden, richtet **privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung** auf ärztliche Verordnung hin Beiträge an spitalexterne Haushaltshilfen (Spitex) aus, sofern häusliche und familiäre Umstände dies erfordern.

### 4.2 Leistungsumfang

An die Kosten von Haushaltshilfen werden 70% der ausgewiesenen Kosten vergütet, höchstens aber

2.-Klass-Versicherung	max. CHF 70.– pro Tag und max. CHF 3 500.– pro Jahr
1.-Klass-Versicherung	max. CHF 100.– pro Tag und max. CHF 5 000.– pro Jahr

Die Leistungen werden auch erbracht, wenn ein Vertrag zwischen Leistungserbringern und der Kasse fehlt und sich die Tarife im üblichen Rahmen bewegen.

Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim werden keine Leistungen erbracht.

### 4.3 Leistungserbringer

Als Haushaltshilfe wird anerkannt, wer gewerbsmässig auf eigene Rechnung oder für eine vom Versicherer vertraglich anerkannte Spitex-Organisation den Haushalt in Vertretung der versicherten Person besorgt.

Die Beiträge werden ebenfalls ausgerichtet, wenn diese Hilfe durch Angehörige der versicherten Person erbracht wird und die Angehörigen dadurch einen nachweisbaren Erwerbsausfall erleiden oder Fahrspesen in entsprechender Höhe belegen können.

Anstelle der Leistungen an Haushaltshilfen können die gleichen Beiträge erbracht werden bei pflegerischen Leistungen von kommerziellen Spitex-Unternehmen, wenn an diese keine Vergütung aus basis erfolgt.

### 4.4 Leistungen bei Mutterschaft

Spitex-Leistungen werden auch bei Mutterschaft, insbesondere bei Hausgeburten und ambulanten Geburten, ausgerichtet.

## 5 Kinderhütendienst

### 5.1 Grundsatz

**privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung** des versicherten Kindes entrichtet Beiträge für den von einer Sektion des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) durchgeführten Betreuungs- und Pflegedienst für Kinder bis zum vollendeten 12. Altersjahr.

Voraussetzung dafür ist eine vertragliche Regelung zwischen der Kasse und dem SRK.

## 5.2 Leistungsvoraussetzungen

Die Leistungen werden erbracht, wenn das Kind infolge akuter Krankheit oder Unfall gemäss Beurteilung des SRK der Betreuung oder der Pflege bedarf. Die Leistungserbringung ist ausschliesslich auf Betreuung und Pflege durch das vom SRK ausgebildete und beauftragte Fachpersonal beschränkt. Einen Anspruch auf die Leistungen haben Kinder, sofern die erziehungsberechtigten Personen während der Zeit der Betreuung einer Erwerbstätigkeit nachgehen.

## 5.3 Leistungsumfang

An den Betreuungs- und Pflegedienst entrichtet **privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung** des versicherten Kindes einen Beitrag von maximal CHF 30.– pro Stunde bis maximal CHF 600.– pro Kalenderjahr.

## 6 Notfalltransporte

**privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung** übernimmt

- bei medizinisch notwendigen Notfalltransporten in das nächstgelegene geeignete Spital in einem zweckdienlichen Transportmittel
  - für den Rücktransport in ein geeignetes Spital im Wohnkanton der versicherten Person zur stationären Behandlung
  - für Rettungs- und Bergungsaktionen
- die effektiven Kosten je Notfall, maximal jedoch

2.-Klass-Versicherung	CHF 30 000.– pro Kalenderjahr
1.-Klass-Versicherung	CHF 50 000.– pro Kalenderjahr

Transporte in Luftfahrzeugen werden nur übernommen, wenn sie medizinisch oder technisch unumgänglich sind.

Ist eine Mitgliedschaft (Gönnerschaft) bei einer Rettungsflughelferorganisation oder ähnlichen Organisationen vorhanden, werden nur insoweit Kosten übernommen, als von diesen Organisationen keine Leistungen erbracht worden sind.

## 7 Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall

Sofern zwischen der Kasse und Leistungserbringern nichts anderes vereinbart ist, wird das Honorar von der versicherten Person geschuldet.

Beansprucht die versicherte Person Leistungen von **privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung**, hat sie der Kasse detaillierte Rechnungen mit den erforderlichen Angaben (Versichertennummer etc.) einzureichen. Steht der versicherten Person anderweitig ein Anspruch auf Leistungen zu, so ist dies der Kasse unverzüglich zu melden.

Besteht ein Leistungsanspruch, vergütet die Kasse der versicherten Person den entsprechenden Kostenanteil.

## 8 casamed Variante

### 8.1 Allgemeines

Für versicherte Personen, die in basis in der Variante **casamed** versichert sind, gelten im **privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung** die folgenden zusätzlichen Bestimmungen.

### 8.2 Leistungsstufen

Für **casamed** Versicherte werden dieselben Leistungsstufen wie in der ordentlichen Variante dieser Versicherung geführt.

### 8.3 Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

Die Leistungen von **privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung** werden erbracht, wenn sie von der **casamed** Hausärztin oder vom **casamed** Hausarzt, bei der/dem die versicherte Person eingeschrieben ist, verordnet oder veranlasst werden.

Telemedizinische Institutionen können von der Kasse als **casamed** Hausärzte anerkannt werden.

### 8.4 Spitalwahl

Im Hinblick auf eine kostengünstige Versorgung kann die Kasse die Spitäler bezeichnen, denen die medizinische Betreuung der **casamed** Versicherten ausschliesslich anvertraut wird.

### 8.5 Augen-, Frauen- und Kinderärztinnen und -ärzte

Bei **casamed** Versicherten, die in Routinebehandlung bei Augen-, Frauen- und Kinderärztinnen oder -ärzten stehen, werden die von diesen Medizinalpersonen veranlassten ambulante oder stationäre durchgeführten Operationen nach Beizug der **casamed** Hausärztin oder des **casamed** Hausarztes übernommen.

### 8.6 Notfälle

Notfälle sind ungeachtet des gewählten Leistungserbringers im Rahmen von **privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung** gedeckt. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

### 8.7 Leistungsausschluss

Begibt sich die versicherte Person ausserhalb der abschliessend aufgezählten Ausnahmefälle in Behandlung zu einem Leistungserbringer, der nicht in ihrem Wahlrecht steht, gehen sämtliche Kosten zulasten der versicherten Person.

## 9 Wählbare Franchise

### 9.1 Allgemeines

Gegen eine entsprechende Reduktion der Prämie können in den Varianten mit nicht begrenzten Behandlungskosten Erwachsene sich für eine Franchise bei Spitalbehandlung entscheiden.

Die wählbare Franchise wird in einem festen Betrag pro Kalenderjahr erhoben.

Die Franchise entfällt, wenn sich die versicherte Person auf die allgemeine Abteilung (Mehrbettzimmer) eines schweizerischen Akutspitals mit anerkanntem Tarif begibt.

Die halbe Franchise entfällt, wenn sich die 1.-Klass-versicherte Person auf die 2.-Klass-Abteilung (Zweibettzimmer) eines schweizerischen Akutspitals mit anerkanntem Tarif begibt.

### 9.2 Wechsel/Kündigung der Franchise

Der Wechsel von einer tieferen zu einer höheren Franchise kann nur auf Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.

Die Aufhebung bzw. der Wechsel zu einer tieferen Franchise ist frühestens ein Jahr nach dem Beitritt zur Variante mit

wählbarer Franchise unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf Ende eines Kalenderjahres möglich. Die Aufhebung bzw. der Wechsel zu einer tieferen Franchise gilt als Antrag auf einen neuen Versicherungsvertrag.

### 9.3 Franchisehöhe

Im **privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung** stehen bei Spitalbehandlung folgende Franchisen zur Auswahl:

CHF 2 000.– pro Kalenderjahr

CHF 5 000.– pro Kalenderjahr

Die Franchise kann der Kostenentwicklung angepasst werden.

Die gesetzliche Kostenbeteiligung der basis wird zusätzlich erhoben.

7/7

## 10 mondial Variante

Personen, die nicht mehr dem schweizerischen Krankenversicherungspflichtigkeitsobligatorium unterstehen, können **privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung** in der Variante **mondial** weiterführen.

Für den Übertritt, die Versicherungsdauer sowie die Leistungen gelten die **mondial** Bedingungen von Sympany.

## 11 Inkraftsetzung

Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen von der Kasse für **privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung** treten per 1. Januar 2010 in Kraft. Sie ersetzen alle bisherigen Versicherungsbestimmungen.