



## Zusatzversicherung

Besondere Bedingungen (BB)

privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung

Ausgabe 2022



# Besondere Bedingungen (BB) privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Ausgabe 2022

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Grundlagen der Versicherung</b>	<b>Seite 4</b>	<b>4</b>	<b>Spitex</b>	<b>Seite 6</b>
1.1	Grundsatz	Seite 4	4.1	Leistungsvoraussetzung	Seite 6
1.2	Versicherungsträger	Seite 4	4.2	Leistungsumfang	Seite 6
1.3	Zweck	Seite 4	4.3	Leistungserbringer	Seite 6
1.4	Allgemeine Versicherungsbedingungen	Seite 4	4.4	Leistungen bei Mutterschaft	Seite 6
1.5	Leistungsvoraussetzung	Seite 4			
1.5.1	Allgemeines		<b>5</b>	<b>Kinderhütendienst</b>	<b>Seite 6</b>
1.5.2	Versichertes Spital		5.1	Grundsatz	Seite 6
1.5.3	Akutspital		5.2	Leistungsvoraussetzungen	Seite 6
1.5.4	Medizinisch bedingte ausserkantonale Behandlung		5.3	Leistungsumfang	Seite 6
1.6	Unfalldeckung	Seite 4			
1.7	Versicherungsvarianten	Seite 4	<b>6</b>	<b>Notfalltransporte</b>	<b>Seite 7</b>
1.7.1	Leistungsstufen				
1.7.2	Spitäler mit anerkanntem Tarif		<b>7</b>	<b>Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall</b>	<b>Seite 7</b>
1.7.3	Fehlende Kriterien, Maximaltarife				
1.7.4	Einteilung der Spitäler				
1.8	Versicherte Personen	Seite 4	<b>8</b>	<b>Wählbare Franchise</b>	<b>Seite 7</b>
1.9	Änderungen in der Versicherungsdeckung durch die versicherte Person	Seite 5	8.1	Allgemeines	Seite 7
			8.2	Wechsel/Kündigung der Franchise	Seite 7
			8.3	Franchisehöhe	Seite 7
<b>2</b>	<b>Stationäre Behandlung</b>	<b>Seite 5</b>	<b>9</b>	<b>mondial Variante</b>	<b>Seite 7</b>
2.1	Akutbehandlung	Seite 5			
2.1.1	Leistungsvoraussetzung		<b>10</b>	<b>Altersklassen</b>	<b>Seite 7</b>
2.1.2.1	Tagestaxen				
2.1.2.2	Behandlungskosten				
2.1.2.3	Aufenthalt in einer nicht versicherten höheren Spitalabteilung				
2.1.2.4	Aufenthalt in einem Nichtlistenspital				
2.2	Stationäre Rehabilitation	Seite 5			
2.3	Psychiatrische Kliniken	Seite 5			
2.4	Leistungen im Ausland	Seite 5			
<b>3</b>	<b>Kuren</b>	<b>Seite 6</b>			
3.1	Leistungsvoraussetzung	Seite 6			
3.2	Leistungsumfang	Seite 6			
3.2.1	Erholungskuren				
3.2.2	Badekuren				
3.2.3	Andere Kuren				
3.3	Vorgehen bei Kuraufenthalt	Seite 6			

# privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung

## 1 Grundlagen der Versicherung

### 1.1 Grundsatz

In Ergänzung zur obligatorischen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) wird gemäss diesen Bedingungen der **privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung** nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) versichert.

### 1.2 Versicherungsträger

Versicherungsträger ist Sympany Versicherungen AG, nachfolgend Versicherer.

### 1.3 Zweck

Im **privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung** können aus der Grundversicherung 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 und Transportkosten.

Die Leistungen aus **privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung** werden in Ergänzung zur Grundversicherung vom Versicherer erbracht. Von den Gesamtkosten wird höchstens derjenige Teil übernommen, der nicht durch die Grundversicherung abgedeckt ist. Fehlt die Grundversicherung, 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 Grundversicherung zu übernehmenden Kostenanteils der Tarif der allgemeinen Abteilung des nächstgelegenen, aus medizinischer Sicht geeigneten Vertragsspitals im Wohnkanton herangezogen.

### 1.4 Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) und Versicherungsvertragsgesetz

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

### 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, die dauernde ärztliche Überwachung erfordern, notwendig sind.

### 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, private Abteilung einer Heilanstalt in der ganzen Schweiz (Einbettzimmer)
- 1b) 1. Klasse, private Abteilung einer Heilanstalt in der ganzen Schweiz (Einbettzimmer), Behandlungskosten CHF 20'000.– pro Kalenderjahr
- 2a) 2. Klasse, halbprivate Abteilung einer Heilanstalt mit anerkanntem Tarif in der ganzen Schweiz (Zweibettzimmer)
- 2b) 2. Klasse, halbprivate Abteilung einer Heilanstalt mit anerkanntem Tarif in der ganzen Schweiz (Zweibettzimmer), 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. Der Versicherer 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 vom Versicherer allfällig festgelegten Maximaltarife können beim Versicherer 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 beim Versicherer auf einer Liste geführt, die jederzeit eingesehen werden kann.

### 1.8 Versicherte Personen

**privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung** wird vom Versicherer für Personen in ihrem Tätigkeitsbereich als geschlossene Versicherungsabteilung geführt.

## 1.9 Änderungen in der Versicherungsdeckung durch die versicherte Person

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 Stationäre Behandlung

### 2.1 Akutbehandlung

#### 2.1.1 Leistungsvoraussetzung

privatpatienten-zusatz für stationäre behandlung erbringt stationäre Leistungen, soweit und solange die versicherte Person spitalbedürftig im Sinne der Grundversicherung 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 Grundversicherung 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 der Grundversicherung 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 Heilanwendungen, 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 der Versicherer 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 Stationäre Rehabilitation

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

Versicherung	61. 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.–

Die anerkannten Sanatorien oder Rehabilitationsanstalten werden auf einer Liste aufgeführt, die jederzeit beim Versicherer eingesehen werden kann.

### 2.3 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:

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

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.

### 2.4 Leistungen im Ausland

Für notfallmässige Behandlungen bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt übernimmt der Versicherer 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 beim Versicherer sofort, spätestens jedoch innert 10 Tagen nach Spitaleintritt ein Kostengutsprachegesuch 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:

Versicherung 2. Klasse	max. CHF 50.– pro Tag
Versicherung 1. Klasse	max. CHF 70.– pro Tag

#### 3.2.2 Badekuren

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

Versicherung 2. Klasse	max. CHF 30.– pro Tag
Versicherung 1. Klasse	max. CHF 50.– pro Tag

Es gelten die gleichen Leistungsvoraussetzungen wie in der Grundversicherung.

Der Versicherer 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 dem Versicherer 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 Haushalts-

hilfen (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

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

Die Leistungen werden auch erbracht, wenn ein Vertrag zwischen Leistungserbringern und dem Versicherer 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 der Grundversicherung 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 dem Versicherer 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

Versicherung 2. Klasse	CHF 30'000.- pro Kalenderjahr
Versicherung 1. Klasse	CHF 50'000.- pro Kalenderjahr

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

## 7 Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall

Sofern zwischen dem Versicherer 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 dem Versicherer detaillierte Rechnungen mit den erforderlichen Angaben (Versichertennummer etc.) einzureichen. Steht der versicherten Person anderweitig ein Anspruch auf Leistungen zu, so ist dies dem Versicherer unverzüglich zu melden.

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

## 8 Wählbare Franchise

### 8.1 Allgemeines

Gegen eine entsprechende Reduktion der Prämie können sich Erwachsene in den Varianten mit nicht begrenzten Behandlungskosten 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 erster Klasse versicherte Person auf die Abteilung zweiter Klasse (Zweibettzimmer) eines schweizerischen Akutspitals mit anerkanntem Tarif begibt.

### 8.2 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.

## 8.3 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 Grundversicherung wird zusätzlich erhoben.

## 9 mondial Variante

Personen, die nicht mehr dem schweizerischen Krankenversicherungspflichtobligatorium 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 der Sympany Versicherungen AG.

## 10 Altersklassen

In dieser Versicherungsabteilung gilt der Lebensalterstarif. Das heisst, die Prämien der Versicherungsabteilung steigen in der Regel mit jedem Wechsel in die nächsthöhere Altersklasse:

In Jahren					
0 – 18	26 – 30	36 – 40	46 – 50	56 – 60	71 – 80
19 – 25	31 – 35	41 – 45	51 – 55	61 – 70	81+

