



Zusatzversicherung Besondere Bedingungen (BB) hospita

Ausgabe 2018

Inhaltsverzeichnis

hospita	
1	Grundlagen der Versicherung Seite 3
1.1	Zweck
1.2	Versicherungsträger
1.3	Gemeinsame Bestimmungen
1.4	Versicherungsabschluss
1.5	Leistungsvoraussetzung
1.5.1	Allgemeines
1.5.2	Akutspital
1.5.3	Spitalliste
1.5.4	Medizinisch bedingte ausserkantonale Behandlung
1.6	Unfalldeckung
1.7	Versicherungsmöglichkeiten
1.7.1	Leistungsstufen
1.7.2	Spitäler mit anerkanntem Tarif
1.7.3	Vertragsspitäler bei hospita komfort
1.7.4	Fehlende Kriterien, Maximaltarife
1.7.5	Einteilung der Spitäler
2	Stationäre Behandlung Seite 4
2.1	Akutbehandlung
2.1.1	Leistungsvoraussetzung
2.1.2	Leistungsumfang
2.1.3	Behandlung in einer höheren Spitalabteilung
2.1.4	Behandlung in einem Nichtlistenspital
2.1.5	Behandlung in einem Nichtvertragsspital
2.2	Langzeitbehandlung
2.2.1	Definition
2.2.2	Leistungsumfang
2.3	Stationäre Rehabilitation
2.4	Psychiatrische Kliniken
2.5	Leistungen im Ausland
2.5.1	Bei Notfällen
2.5.2	Wahlbehandlung im Ausland
2.5.3	Vorgehen bei Spitalaufenthalt

Inhaltsverzeichnis

hospita			
3	Kuren	Seite	5
3.1	Erholungskuren		
3.2	Badekuren		
3.3	Andere Kuren		
3.4	Vorgehen bei Kuraufenthalt		
4	Besondere Leistungen	Seite	5
4.1	Haushaltshilfe		
4.1.1	Grundsatz		
4.1.2	Leistungsumfang		
4.1.3	Leistungserbringer		
4.2	Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen		
4.3	Rooming-in		
4.4	Kinderhütendienst		
4.4.1	Grundsatz		
4.4.2	Leistungsvoraussetzungen		
4.4.3	Leistungsumfang		
4.5	Ärztliche Behandlung von Unfallfolgen (hospita privat unfall)		
4.5.1	Privatsprechstunde bei Spitalärztinnen und -ärzten/ Ärztinnen und Ärzten ohne KVG-Unterstellung		
4.5.2	Ärztliche Notfallbehandlung im Ausland		
5	Mutterschaft	Seite	6
5.1	Kosten der stationären Behandlung		
5.2	Geburt in Geburtshaus		
5.2.1	Stationäre Geburt		
5.2.2	Ambulante Geburt		
5.3	Haushaltshilfe nach Geburt		
5.3.1	Grundsatz		
5.3.2	Geburt im Spital		
5.3.3	Hausgeburt		
5.4	hospita privat unfall		
6	Unfallzusatz	Seite	7
7	hospita Variante mit Leistungsfreiheitsrabatt (LFR)	Seite	7
7.1	Grundsatz		
7.2	Beobachtungsperiode		
7.3	Rabattstufen		
7.4	Stufenanpassung bei Leistungsfreiheit		
7.5	Stufenanpassung bei Leistungsbezug		
7.6	Mutterschaftsleistungen		
7.7	Höherversicherung		
8	Kostenbeteiligung hospita flex	Seite	7
8.1	Umfang der Kostenbeteiligung		

1 Grundlagen der Versicherung

1.1 Zweck

Die hospita Versicherung bezweckt die Übernahme ungedeckter Kosten für Behandlungen im Akutspital bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft. Sie erbringt im Weiteren Beiträge an Kuren, Langzeitbehandlung, spitalexterne Haushalthilfe (Spitex) und Transportkosten.

Die Leistungen von hospita werden in Ergänzung zu den Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG (basis) erbracht. Von den Gesamtkosten wird höchstens derjenige Teil übernommen, der nicht durch basis oder eine andere obligatorische Krankenpflegeversicherung abgedeckt ist.

1.2 Versicherungsträger

Versicherungsträger ist die Sympany Versicherungen AG, Basel (nachfolgend Versicherer).

1.3 Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen der Sympany Versicherungen AG sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen von hospita. Bei Abweichungen gehen die Bestimmungen von hospita den Gemeinsamen Bestimmungen vor.

1.4 Versicherungsabschluss

hospita kann bis zum vollendeten 60. Altersjahr abgeschlossen werden. hospita privat unfall kann nur zusammen mit einer der folgenden Versicherungsabteilungen abgeschlossen bzw. geführt werden:

- plus, plus natura, premium, premium natura,
- allgemeiner zusatz, privat zusatz,
- weitere hospita Varianten. Ausser: hospita privat, hospita global

1.5 Leistungsvoraussetzung

1.5.1 Allgemeines

Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und in einem Akutspital erfolgt. Die Behandlung muss von Leistungserbringern durchgeführt werden, die dafür gemäss KVG anerkannt sind.

1.5.2 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.

1.5.3 Spitalliste

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

Bei Behandlungen in anderen Spitälern sind reduzierte Leistungen versichert.

1.5.4 Medizinisch bedingte ausserkantonale Behandlung

Der Wohnkanton übernimmt gemäss den gesetzlichen Bestimmungen (Art. 41/3 KVG) die Mehrkosten einer medizinisch begründeten ausserkantonalen Hospitalisation.

1.6 Unfalldeckung

In der hospita Versicherung (ausgenommen hospita privat unfall) kann die Unfalldeckung ausgeschlossen werden. hospita privat unfall bezweckt die Übernahme ungedeckter Kosten für Behandlungen in der Privatabteilung eines Akutspitals bei Unfall.

1.7 Versicherungsmöglichkeiten

1.7.1 Leistungsstufen

In der hospita Versicherung werden folgende Leistungsstufen geführt:

hospita allgemein: allgemeine Abteilung eines Akutspitals mit anerkanntem Tarif in der ganzen Schweiz (Mehrbettzimmer).

hospita halbprivat: halbprivate Abteilung eines Akutspitals mit anerkanntem Tarif in der ganzen Schweiz (Zweibettzimmer).

hospita privat: private Abteilung eines Akutspitals in der ganzen Schweiz (Einbettzimmer).

hospita privat unfall:

- notfallmässige Behandlung bei Unfall: private Abteilung eines Akutspitals in der ganzen Welt.
- Behandlung von Unfallfolgen: private Abteilung eines Akutspitals in der ganzen Schweiz bei Unfall.

hospita global: private Abteilung eines Akutspitals in der ganzen Welt (Einbettzimmer).

hospita flex: allgemeine oder halbprivate Abteilung eines Akutspitals mit anerkanntem Tarif in der ganzen Schweiz nach Wahl oder private Abteilung eines Akutspitals in der ganzen Schweiz nach Wahl; mit entsprechender Kostenbeteiligung.

hospita komfort: medizinische Akutbehandlung und -betreuung in Komfortvertragsspital analog hospita allgemein (allgemeine Abteilung). Aufenthaltskosten sind je nach versicherter Deckung im Einbett- oder Zweibettzimmer gedeckt. Die Leistungsstufe hospita komfort kann auf versicherte Personen mit Wohnsitz in einer bestimmten Region beschränkt werden.

1.7.2 Spitäler mit anerkanntem Tarif

Als Vertragsspitäler gelten Spitäler, mit welchen der Versicherer Vereinbarungen über die Tariffestsetzung getroffen hat. Die Kasse führt eine Liste der Vertragsspitäler mit anerkanntem Tarif, die jederzeit eingesehen werden kann.

1.7.3 Vertragsspitäler bei hospita komfort

Als hospita komfort Spitäler gelten Spitäler, mit welchen der Versicherer entsprechende Vereinbarungen über die Tariffestsetzung getroffen hat. Die Kasse führt eine Liste der hospita komfort Spitäler. Sie wird laufend angepasst und kann bei der Kasse jederzeit eingesehen werden.

1.7.4 Fehlende Kriterien, Maximaltarife

Kennt ein Spital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilungen als die in diesen Bestimmungen genannten, so werden diese versicherungsmässig als private Abteilungen behandelt. Die Kasse kann bei der allgemeinen sowie bei der halbprivaten Abteilung Maximaltarife festlegen, die als Kriterium für die Einteilung in die versicherten Spitalabteilungen 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.

1.7.5 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 eingesehen werden kann.

2 Stationäre Behandlung

2.1 Akutbehandlung

2.1.1 Leistungsvoraussetzung

hospita erbringt stationäre Leistungen, soweit und solange die versicherte Person spitalbedürftig im Sinne von basis ist.

2.1.2 Leistungsumfang

hospita übernimmt im Nachgang zu den Leistungen von basis die Kosten bei Spitalaufenthalten für diejenige Abteilung, welche gemäss gewählter Versicherungsstufe versichert ist.

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

2.1.3 Behandlung in einer höheren Spitalabteilung

Erfolgt die Behandlung in einer höheren als der versicherten Spitalabteilung, so sind höchstens folgende Leistungen gedeckt.

hospita allgemein: die Kosten, die in der versicherten Spitalabteilung entstanden wären. Lassen sich diese Kosten nicht ermitteln, wird aus hospita eine Pauschale pro Tag ausgerichtet:

CHF 30.– pro Tag

hospita halbprivat: die Kosten, die in der versicherten Spitalabteilung entstanden wären. Lassen sich diese nicht ermitteln, wird aus hospita eine Pauschale pro Tag ausgerichtet:

CHF 120.– pro Tag

hospita komfort: Den versicherten Personen, die mit hospita komfort eine Deckung im Zweibettzimmer abgeschlossen haben, werden bei Aufenthalt in einem Einbettzimmer eines Komfortvertragsspitals diejenigen Leistungen vergütet, die ihrer Versicherungsdeckung entsprechen.

Erfolgen Behandlung und Aufenthalt von hospita komfort Versicherten in der halbprivaten oder privaten Abteilung eines Komfortvertragsspitals, so werden ebenfalls diejenigen Leistungen vergütet, die ihrer Versicherungsdeckung entsprechen.

2.1.4 Behandlung in einem Nichtlistenspital

Erfolgt die Behandlung in einem Spital, welches nicht auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist, so sind höchstens folgende Leistungen gedeckt:

hospita allgemein/komfort	eine Pauschale von CHF 30.– pro Tag
hospita halbprivat/privat/ privat unfall/flex	die Mehrkosten, die bei Aufenthalt in einem Referenzspital im Wohnkanton im Vergleich zwischen der allgemeinen und der versicherten Abteilung entstanden wären
hospita privat unfall (Notfall) / global	volle Kostendeckung

2.1.5 Behandlung in einem Nichtvertragsspital

Erfolgt die Behandlung von hospita komfort Versicherten in einem Spital, welches nicht auf der von der Kasse geführten

Liste der Komfortvertragsspitaler aufgeführt ist, so sind die Leistungen höchstens gemäss allgemeiner Abteilung bzw. Referenztarif eines Komfortvertragsspitals im Wohnkanton gedeckt.

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

hospita richtet folgende Tagespauschalen aus, wenn

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

	1. bis 90. Tag	91. bis 180. Tag
hospita halbprivat/flex	CHF 50.–	CHF 25.–
hospita privat/privat unfall	CHF 70.–	CHF 35.–
hospita global	CHF 90.–	CHF 45.–

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 hospita Variante für diejenige Abteilung, in welcher die Behandlung erfolgt.

2.3 Stationäre Rehabilitation

Erfolgt die medizinische Behandlung in einem von der Kasse anerkannten Mehrzwecksanatorium oder in einer medizinischen Rehabilitationsabteilung bzw. -klinik, gewährt hospita für die ersten 60 Tage volle Kostendeckung gemäss den Bestimmungen für Akutbehandlungen. Danach richtet sie unter Anrechnung der vorangegangenen Aufenthaltsdauer die Leistungen für Langzeitbehandlungen aus.

	61. bis 90. Tag	91. bis 180. Tag
hospita halbprivat/flex	CHF 50.–	CHF 25.–
hospita privat/privat unfall	CHF 70.–	CHF 35.–
hospita global	CHF 90.–	CHF 45.–

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, einer psychiatrischen Behandlung in einem Akutspital oder einer Spezialklinik übernimmt hospita die volle Kostendeckung gemäss den Bestimmungen für Akutbehandlungen während 90 Tagen. Aus hospita privat unfall werden keine Leistungen entrichtet.

Dauert die Behandlung länger, werden bei Behandlung in der entsprechenden Abteilung folgende Tagespauschalen ausgerichtet:

Ab 91. bis 180. Tag	
hospita allgemein/komfort	CHF 20.–
hospita halbprivat/flex	CHF 50.–
hospita privat	CHF 70.–
hospita global	CHF 90.–

Diese Leistungen werden während dreier Kalenderjahre einmal erbracht. Erfolgt die Behandlung in einer tieferen als der versicherten Abteilung, richten sich die Leistungen nach der hospita Variante für diejenige Abteilung, in welcher die Behandlung erfolgt.

2.5 Leistungen im Ausland

2.5.1 Bei Notfällen

hospita übernimmt im Nachgang zu den Leistungen von basis die Kosten für die notfallmässige stationäre Behandlung in einem Akutspital während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes bis zur vollen Kostendeckung in der versicherten Abteilung. Die Leistungen werden so lange erbracht, als ein Heimtransport medizinisch nicht möglich ist, maximal jedoch bis zu einem Jahr.

2.5.2 Wahlbehandlung im Ausland

Die Leistungen von hospita global werden auch erbracht, wenn sich die versicherte Person mit der Absicht ins Ausland begibt, sich dort behandeln zu lassen. Bei den übrigen Leistungsstufen werden die gleichen Leistungen wie bei Behandlung in einem Nichtlistenspital erbracht.

2.5.3 Vorgehen bei Spitalaufenthalt

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

3 Kuren

3.1 Erholungskuren

Es besteht freie Wahl unter den ärztlich geleiteten Kuranstalten, die vom Versicherer anerkannt sind. Die anerkannten Kuranstalten werden auf einer Liste aufgeführt, die jederzeit bei der Kasse eingesehen werden kann.

An ärztlich verordnete Erholungskuren im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als Akutpatientin oder Akutpatient vergütet hospita während maximal 21 Tagen pro Fall folgende Leistungen:

hospita allgemein/komfort	CHF 40.–/Tag
hospita halbprivat/flex	CHF 70.–/Tag
hospita privat/privat unfall	CHF 90.–/Tag
hospita global	CHF 110.–/Tag

3.2 Badekuren

hospita erbringt während maximal 21 Tagen pro Kalenderjahr folgende Leistungen:

hospita allgemein/komfort	CHF 10.–/Tag
hospita halbprivat/flex	CHF 20.–/Tag
hospita privat/privat unfall	CHF 30.–/Tag
hospita global	CHF 40.–/Tag

Es besteht die freie Wahl unter den von der Kasse anerkannten ärztlich geleiteten Heilbädern. Die Liste der anerkannten Heilbäder wird laufend angepasst oder ergänzt und kann bei der Kasse jederzeit eingesehen werden.

Der Beitrag an die Badekur wird unabhängig davon ausgerichtet, ob die versicherte Person stationär in dem Heilbad behandelt wird oder in einem Hotel, einer Pension oder in Privaträumen am Ort des Heilbades wohnt.

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

3.3 Andere Kuren

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

3.4 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.

5/8

4 Besondere Leistungen

4.1 Haushaltshilfe

4.1.1 Grundsatz

Kann ein Spitalaufenthalt vermieden oder verkürzt werden, richtet hospita auf ärztliche Verordnung hin Beiträge an Haushaltshilfen aus, sofern gesundheitliche, häusliche und familiäre Umstände dies erfordern.

4.1.2 Leistungsumfang

An die Kosten von anerkannten Haushaltshilfen gewährt hospita einen Beitrag pro Kalenderjahr. Die Leistungen werden auch erbracht, wenn ein Vertrag zwischen Leistungserbringern und Versicherer fehlt.

Die Leistungen werden wie folgt erbracht:

hospita allgemein/komfort	bis CHF 20.–/Tag, max. CHF 280.–
hospita halbprivat/flex	bis CHF 35.–/Tag, max. CHF 490.–
hospita privat/privat unfall	bis CHF 45.–/Tag, max. CHF 630.–
hospita global	bis CHF 55.–/Tag, max. CHF 770.–

Ist die versicherte Person für die Betreuung von mindestens einem Kind verantwortlich, sind die doppelten Beiträge versichert.

Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim werden keine Leistungen erbracht.

4.1.3 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 eine Haushaltshilfe können die gleichen Beiträge erbracht werden bei pflegerischen Leistun-

gen von kommerziellen Spitex-Unternehmen, wenn an diese keine Vergütung aus basis erfolgt.

4.2 Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

An die Kosten

- medizinisch notwendiger Notfalltransporte in das nächstgelegene geeignete Spital in einem zweckdienlichen Transportmittel,
- des Rücktransports in ein geeignetes Spital im Wohnkanton der versicherten Person zur stationären Behandlung,
- für Rettungs- und Bergungsaktionen

werden insgesamt folgende Beiträge aus hospita geleistet:

hospita allgemein/komfort	CHF 10 000.-/pro Kalenderjahr, Selbstbehalt CHF 100.-/Fall
hospita halbprivat/flex	CHF 30 000.-/pro Kalenderjahr
hospita privat/privat unfall	CHF 50 000.-/pro Kalenderjahr
hospita global	unbegrenzt

Für plus, premium, allgemeiner zusatz oder privat zusatz Versicherte werden die Kosten für Notfalltransporte, Rücktransporte und Rettungsaktionen, die von der 24h Notfallnummer Sympany organisiert wurden, voll übernommen. Von der Leistung ausgenommen ist die Deckung des Selbstbehaltes in den Versicherungsabteilungen plus, premium, allgemeiner zusatz oder privat zusatz.

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

Ist eine Mitgliedschaft (Gönnerschaft) bei einer Rettungsflugwacht oder ähnlichen Organisationen vorhanden, werden nur insoweit Kosten übernommen, als von diesen Organisationen keine Leistungen erbracht worden sind. Vorbehalten bleiben anderslautende vertragliche Vereinbarungen.

4.3 Rooming-in

Muss ein Kleinkind stationär behandelt werden, vergütet hospita aus der Versicherung des Kindes an den gleichzeitigen Aufenthalt eines Elternteils im Zimmer des Kindes einen Anteil der Kosten.

50%, bis max. CHF 50.- pro Tag

Muss ein Elternteil stationär behandelt werden, vergütet hospita aus der Versicherung des Elternteils den gleichzeitigen Aufenthalt des Kleinkindes im Zimmer des Elternteils.

50%, bis max. CHF 50.- pro Tag

4.4 Kinderhütedienst

4.4.1 Grundsatz

hospita des versicherten Kindes entrichtet Beiträge für den von einer von der Kasse anerkannten Institution durchgeführten Betreuungs- und Pflegedienst für Kinder bis zum vollendeten 12. Altersjahr. Voraussetzung dafür ist eine vertragliche Regelung zwischen der Kasse und dieser Institution.

4.4.2 Leistungsvoraussetzungen

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

4.4.3 Leistungsumfang

An den Betreuungs- und Pflegedienst entrichtet hospita des versicherten Kindes folgende Beiträge:

Bis CHF 30.- pro Stunde, max. CHF 600.- pro Kalenderjahr

4.5 Ärztliche Behandlung von Unfallfolgen (hospita privat unfall)

4.5.1 Privatsprechstunde bei Spitalärztinnen und -ärzten/Ärztinnen und Ärzten ohne KVG-Unterstellung

Sofern die versicherte Person nicht über premium oder privat zusatz gedeckt ist, erbringt hospita privat unfall an ambulante Privatsprechstunden bei leitenden Universitätsspitalärztinnen und -ärzten und an Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen, die sich nicht dem KVG unterstellt haben, Leistungen gemäss anerkanntem KVG-Tarif.

4.5.2 Ärztliche Notfallbehandlung im Ausland

Sofern die versicherte Person nicht über premium oder privat zusatz gedeckt ist, werden bei notfallmässiger ärztlicher Behandlung im Ausland aus hospita privat unfall im Nachgang zu den Leistungen von basis die vollen Kosten gedeckt.

5 Mutterschaft

5.1 Kosten der stationären Behandlung

hospita deckt die ungedeckten Kosten einer Geburt im Spital und in einem Geburtshaus für die Mutter und das Neugeborene gemäss abgeschlossener Versicherungsstufe der Mutter.

Ist das Neugeborene nicht bei Sympany versichert, übernimmt hospita der Mutter die ungedeckten Kosten im Nachgang zu einer anderweitigen Versicherung des Kindes.

Ist die Mutter nicht bei Sympany versichert, übernimmt hospita des Neugeborenen dessen ungedeckten Kosten im Nachgang zur Versicherung der Mutter.

5.2 Geburt in Geburtshaus

5.2.1 Stationäre Geburt

Bei Geburt in einem Geburtshaus, welches nicht auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist, von der Kasse jedoch anerkannt wird, werden folgende Leistungen erbracht:

hospita allgemein/komfort	90%, bis max. CHF 1 000.- pro Geburt
hospita halbprivat/flex	90%, bis max. CHF 2 000.- pro Geburt
hospita privat/global	volle Kostendeckung

Für hospita flex Versicherte entfällt die zusätzliche Kostenbeteiligung gemäss den Bestimmungen von hospita flex.

5.2.2 Ambulante Geburt

Bei einer ambulanten Geburt in einem von der Kasse anerkannten Geburtshaus werden die Zusatzleistungen, die nicht durch basis gedeckt werden, entsprechend Art. 5.2.1 vergütet.

5.3 Haushalthilfe nach Geburt

5.3.1 Grundsatz

hospita entrichtet Beiträge an die Kosten ärztlich verordneter Haushalthilfe durch vom Versicherer anerkanntes Personal. Sie werden anstelle der ordentlichen hospita Spitex-Leistungen ausgerichtet.

Ebenfalls werden diese Beiträge ausgerichtet, wenn die Hilfe durch Angehörige der versicherten Person erbracht wird und die Angehörigen dadurch einen nachweisbaren Erwerbsausfall erleiden.

5.3.2 Geburt im Spital

Im Anschluss an eine Geburt im Spital werden folgende Ansätze übernommen:

hospita allgemein/komfort	bis CHF 40.-/Tag, max. CHF 560.-
hospita halbprivat/flex	bis CHF 70.-/Tag, max. CHF 980.-
hospita privat	bis CHF 90.-/Tag, max. CHF 1260.-
hospita global	bis CHF 110.-/Tag, max. CHF 1540.-

5.3.3 Hausgeburt

Bei einer Hausgeburt oder nach einer ambulanten Geburt werden folgende Ansätze übernommen:

hospita allgemein/komfort	bis CHF 60.-/Tag, max. CHF 840.-
hospita halbprivat/flex	bis CHF 105.-/Tag, max. CHF 1470.-
hospita privat	bis CHF 135.-/Tag, max. CHF 1890.-
hospita global	bis CHF 165.-/Tag, max. CHF 2310.-

5.4 hospita privat unfall

Aus hospita privat unfall werden keine Leistungen bei Mutterschaft entrichtet (ausgenommen die Regelung betreffend Rooming-in).

6 Unfallzusatz

Im Anschluss an einen unfallbedingten stationären Spitalaufenthalt werden die zur Behandlung der Unfallfolgen erforderlichen Hilfsmittel gemäss Praxis der obligatorischen Unfallversicherung übernommen.

Im gleichen Umfang werden die Kosten für Hilfsmittel übernommen, die einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen, wenn diese im Zusammenhang mit einem Unfall, der eine stationäre Spitalbehandlung erforderte, beschädigt wurden.

7 hospita Variante mit Leistungsfreiheitsrabatt (LFR)

7.1 Grundsatz

In der Variante mit Leistungsfreiheitsrabatt wird bei Leistungsfreiheit ein Prämienrabatt gewährt.

7.2 Beobachtungsperiode

Als Beobachtungsperiode gilt der Zeitraum vom 1. September bzw. ab Versicherungsbeginn bis zum folgenden 31. August. Massgebend für die Leistungsermittlung in der Beobachtungsperiode ist das Verarbeitungsdatum einer Rechnung.

7.3 Rabattstufen

In der Versicherungsabteilung hospita mit Leistungsfreiheitsrabatt werden folgende Rabattstufen bzw. Prämien geführt:

Rabattstufe LFR hospita	Prämie mit Leistungsfreiheitsrabatt hospita
0	Prämie ordentl. hospita +20%
1	Prämie ordentl. hospita
2	Prämie ordentl. hospita -30%

Die Prämie von hospita mit Leistungsfreiheitsrabatt ist auf der Versicherungspolice aufgeführt. Der Versicherer kann auf Beginn einer neuen Versicherungsperiode neue Rabattstufen einführen, respektive die Rabatte der Kostenentwicklung entsprechend anpassen.

7.4 Stufenanpassung bei Leistungsfreiheit

Hat die versicherte Person während dreier aufeinanderfolgender Beobachtungsperioden in derselben Rabattstufe keine Leistungen bezogen, erfolgt bei hospita mit Leistungsfreiheitsrabatt ab dem 1. Januar des vierten Jahres die Stufenanpassung um eine Stufe, sofern sich die versicherte Person nicht schon in der Stufe mit dem maximalen Rabatt befindet.

7.5 Stufenanpassung bei Leistungsbezug

Hat die versicherte Person im Verlauf einer Beobachtungsperiode Leistungen beansprucht, erfolgt auf den 1. Januar des folgenden Jahres die Stufenanpassung um eine Stufe (maximal bis zur Rabattstufe 0).

7.6 Mutterschaftsleistungen

Die Kosten der stationären Behandlung infolge Mutterschaft und Haushalthilfe nach Geburt zählen für die Berechnung nicht bzw. werden nicht als Inanspruchnahme von Leistungen betrachtet und haben demzufolge keine Auswirkungen auf die Stufenanpassung.

7.7 Höherversicherung

Ein Wechsel von hospita mit Leistungsfreiheitsrabatt zur ordentlichen hospita Versicherung ist nur mit Gesundheitsdeklaration möglich. Ausgenommen sind Versicherte in der Stufe mit maximalem Rabatt und ohne Leistungsbezug in der aktuellen Beobachtungsperiode.

8 Kostenbeteiligung hospita flex

8.1 Umfang der Kostenbeteiligung

Mit hospita flex kann die versicherte Person die Abteilung vor dem Spitaleintritt selbst wählen. Mit der Wahl der entsprechenden Abteilung ist gleichzeitig die Kostenbeteiligung bestimmt.

Bei Spitalbehandlung wird auf die Leistungen von hospita flex je nach gewählter Abteilung folgende Kostenbeteiligung pro Kalenderjahr erhoben:

Behandlungsabteilung	Drei Wahlmöglichkeiten von Kostenbeteiligungen für Leistungen aus hospita flex		
	Variante 1	Variante 2	Variante 3
Allgemeine Abteilung	keine	keine	keine
Halbprivate Abteilung	25% bis max. CHF 3 000 pro Kalenderjahr	15% bis max. CHF 1 500 pro Kalenderjahr	keine
Private Abteilung	Keine Kostendeckung durch Sympany	25% bis max. CHF 4 500 pro Kalenderjahr	20% bis max. CHF 3 000 pro Kalenderjahr
Maximale Kostenbeteiligung für Familien*	CHF 3 000 pro Kalenderjahr	CHF 4 500 pro Kalenderjahr	CHF 3 000 pro Kalenderjahr

Diese Kostenbeteiligung gilt auch bei Mutterschaft.

Die Kostenbeteiligung entfällt, wenn gemäss diesen Versicherungsbedingungen aus hospita Pauschalvergütungen ausgerichtet werden. Davon ausgenommen sind die versicherten Leistungen von hospita im Ausland. Auf diese wird eine entsprechende Kostenbeteiligung erhoben.

Die Kostenbeteiligung kann der Kostenentwicklung angepasst werden.

Die gesetzliche Kostenbeteiligung von basis wird zusätzlich erhoben.

* Sind zwei oder mehrere Personen, die im gleichen Haushalt leben (Familienpolice), nach hospita flex versichert, so können Kostenbeteiligungen, die den Maximalbetrag übersteigen, zurückgefordert werden. Sind die Personen, innerhalb einer Familienpolice, in unterschiedlichen flex Varianten, mit unterschiedlichen Kostenbeteiligungen versichert, gilt die maximale Kostenbeteiligung von CHF 4500.