

Allgemeine Versicherungsbestimmungen Spitalzusatzversicherungen KOMBI

Versicherungsträger: ÖKK Versicherungen AG, gültig ab 01.01.2023

Inhaltsverzeichnis

1. Versicherungsgrundlagen

- 1.1 Versicherungsträger
- 1.2 Gemeinsame Bestimmungen
- 1.3 Zweck
- 1.4 Versicherungsabschluss
- 1.5 Leistungsvoraussetzung
 - 1.5.1 Allgemeines
 - 1.5.2 Behandlung in anderen Spitälern
- 1.6 Unfall-Deckung
- 1.7 Versicherungsmöglichkeiten
 - 1.7.1 Leistungsstufen
 - 1.7.2 Fehlende Kriterien, Maximaltarife
 - 1.7.3 Einteilung der Spitäler

2. Stationäre Behandlung

- 2.1 Akutbehandlung
 - 2.1.1 Leistungsvoraussetzung
 - 2.1.2 Leistungsumfang
 - 2.1.3 Behandlung in einer höheren Spitalabteilung
 - 2.1.4 Behandlung in anderen Spitälern
 - 2.1.5 Behandlung in einem Nicht-Vertragsspital
- 2.2 Langzeitbehandlung
 - 2.2.1 Leistungsumfang
- 2.3 Stationäre Rehabilitation
- 2.4 Psychiatrische Behandlung
- 2.5 Leistungen im Ausland
 - 2.5.1 Bei Notfällen
 - 2.5.2 Wahlbehandlung im Ausland
 - 2.5.3 Vorgehen bei Spitalaufenthalt

3. Kuren

- 3.1 Erholungskuren
- 3.2 Badekuren
- 3.3 Andere Kuren
- 3.4 Vorgehen bei Kuraufenthalt

4. Besondere Leistungen

- 4.1 SPITEX
 - 4.1.1 Grundsatz
 - 4.1.2 Leistungsumfang
 - 4.1.3 Leistungserbringer
- 4.2 Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen
- 4.3 Fahrtspesen
- 4.4 Kinderhütendienst
 - 4.4.1 Grundsatz
 - 4.4.2 Leistungsvoraussetzungen
 - 4.4.3 Leistungsumfang
- 4.5 Rooming-In
- 4.6 Spitaltaggeld

5. Mutterschaft

- 5.1 Kosten der stationären Behandlung
- 5.2 Geburt in Geburtshaus
- 5.3 Haushaltshilfe nach Geburt
 - 5.3.1 Grundsatz
 - 5.3.2 Geburt im Spital
 - 5.3.3 Hausgeburt

6. Unfall-Zusatz

7. CASAMED-Variante

- 7.1 Allgemeines
- 7.2 Leistungsstufen
- 7.3 Allgemeine Leistungsvoraussetzung
- 7.4 Spitalwahl
- 7.5 Augen-, Frauen-, Kinderärzte
- 7.6 Notfälle
- 7.7 Leistungsausschluss

8. Ecoplan, Variante mit eingeschränkter Spitalwahl

- 8.1 Allgemeines
- 8.2 Wahl/Kündigung des ECOPLAN
- 8.3 Leistungsumfang
- 8.4 Behandlung in einem anderen Spital

9. Franchise und Vergütung in der KOMBI HALBPRIVAT, PRIVAT, GLOBAL

- 9.1 Franchise
 - 9.1.1 Allgemeines
 - 9.1.2 Wechsel/Kündigung der Franchise
 - 9.1.3 Franchisehöhe
- 9.2 Vergütung

10. Kostenbeteiligung in der KOMBI FLEX

- 10.1 Umfang der Kostenbeteiligung
- 10.2 Maximale Kostenbeteiligung für Familien

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Versicherungsträger

Versicherungsträger ist die ÖKK Versicherungen AG, Landquart (nachfolgend Versicherer genannt).

1.2 Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen der Produktlinie UNO (GB UNO) sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen dieser Versicherungsabteilung. Soweit die Bestimmungen dieser Versicherungsabteilung von den GB UNO abweichen, gehen die Bestimmungen dieser Versicherungsabteilung den GB UNO vor.

1.3 Zweck

Die Versicherung leistet für stationäre Behandlungen bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft. Sie erbringt Beiträge an Kuren, Langzeitbehandlung, spitalexterne Haushaltshilfe (SPITEX) und Transportkosten.

Die Leistungen werden in Ergänzung zu den Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG (Grundversicherung) erbracht. Von den Gesamtkosten wird höchstens derjenige Teil übernommen, der nicht durch die Grundversicherung abgedeckt ist. Bestehende Spitaltaggeld und/oder Spitalbehandlungskosten-Versicherungen des Versicherers gehen den Leistungen der KOMBI vor.

1.4 Versicherungsabschluss

Die Versicherung kann bis zum vollendeten 60. Altersjahr abgeschlossen werden.

1.5 Leistungsvoraussetzung

1.5.1 Allgemeines

Die Versicherung leistet, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und in einem Listen- oder Vertragsspital erfolgt. Die Behandlung muss von Leistungserbringern durchgeführt werden, die dafür gemäss KVG anerkannt sind.

1.5.2 Behandlung in anderen Spitälern

Bei Behandlungen in anderen Spitälern sind Leistungen nur bei Akutbehandlungen im Umfang von Ziffer 2.1.4 und 2.2 versichert.

1.6 Unfalldeckung

Die Unfalldeckung kann ausgeschlossen werden.

1.7 Versicherungsmöglichkeiten

1.7.1 Leistungsstufen

Die Versicherung führt folgende Leistungsstufen:

KOMBI ALLGEMEIN:	Allgemeine Abteilung in der Schweiz (Mehrbettzimmer); gemäss vom Versicherer anerkannten Tarif
KOMBI HALBPRIVAT:	Halbprivate Abteilung in der Schweiz (Zweibettzimmer); gemäss vom Versicherer anerkannten Tarif
KOMBI PRIVAT:	Private Abteilung in der Schweiz (Einbettzimmer); gemäss vom Versicherer anerkannten Tarif
KOMBI GLOBAL:	Private Abteilung weltweit (Einbettzimmer)
KOMBI FLEX:	Allgemeine, halbprivate oder private Abteilung in der Schweiz; gemäss vom Versicherer anerkannten Tarif; mit entsprechender Kostenbeteiligung
KOMBI KOMFORT:	Allgemeine Abteilung im Komfort-Vertragsspital im Ein- oder Zweibettzimmer. Diese Leistungsstufe kann auf versicherte Personen mit Wohnsitz in einer bestimmten Region beschränkt werden.

Als Komfort-Vertragsspital gelten Spitälern, mit welchen der Versicherer entsprechende Vereinbarungen über die Tariffestsetzung getroffen hat. Der Versicherer führt eine Liste dieser Vertragsspitaler. Sie kann beim Versicherer eingesehen werden.

1.7.2 Fehlende Kriterien, Maximaltarife

Kennt ein Spital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilungen als die in diesen Bedingungen genannten, so werden diese versicherungsmässig als private Abteilungen behandelt. Der Versicherer kann bei der allgemeinen sowie bei der halbprivaten Abteilung Maximaltarife festlegen, die als Kriterium für die Einhaltung in die versicherten Spitalabteilungen dienen.

Diese Maximaltarife richten sich nach den Tarifen und Vereinbarungen eines vergleichbaren, in der Wohnregion des Versicherten gelegenen Listen- oder Vertragsspitals und/oder von Spitälern mit vergleichbarem Mehrleistungsumfang. Für die Bewertung des Leistungsumfangs werden ärztliche und klinische Leistungen sowie Hotellerie- und Komfortleistungen miteinbezogen, die sich an marktüblichen Tarifen orientieren.

Die vom Versicherer allfällig festgelegten Maximaltarife können beim Versicherer eingesehen werden.

1.7.3 Einteilung der Spitälern

Spitälern, welche diese Einteilungskriterien nicht erfüllen, d.h. keine allgemeine Abteilung und/oder keine halbprivate, bzw. lediglich eine private Abteilung im Sinne dieser Bedingungen führen, werden beim Versicherer auf einer Liste geführt, die eingesehen werden kann.

2. Stationäre Behandlung

2.1 Akutbehandlung

2.1.1 Leistungsvoraussetzung

Die Versicherung leistet, wenn der Versicherte spitalbedürftig im Sinne der Grundversicherung ist.

2.1.2 Leistungsumfang

Die Versicherung übernimmt im Nachgang zu den Leistungen der Grundversicherung die Kosten der versicherten Abteilung gemäss gewählter Versicherungsstufe.

Nicht versichert ist die in der Grundversicherung 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, sind folgende Leistungen gedeckt:

KOMBI ALLGEMEIN:	Die Kosten, die in der versicherten Spitalabteilung entstanden wären. Lassen sich diese Kosten nicht ermitteln, leistet die Kombi eine Pauschale von CHF 30.– pro Tag.
KOMBI HALBPRIVAT:	Die Kosten, die in der versicherten Spitalabteilung entstanden wären. Lassen sich diese nicht ermitteln, leistet die Kombi eine Pauschale von CHF 120.– pro Tag.
KOMBI KOMFORT:	Im Komfort-Vertragsspital die Kosten des versicherten Zimmers.

2.1.4 Behandlung in anderen Spitälern

Erfolgt die Behandlung in einem anderen Spital als einem Listen- oder Vertragsspital, sind folgende Leistungen gedeckt:

KOMBI ALLGEMEIN/ KOMFORT:	Eine Pauschale von CHF 30.– pro Tag.
KOMBI HALBPRIVAT/ PRIVAT/FLEX:	Die Mehrkosten, die bei Aufenthalt in einem Listenspital im Wohnkanton im Vergleich zwischen der allgemeinen und der versicherten und gewählten Abteilung entstanden wären.
KOMBI GLOBAL:	Volle Kostendeckung.

2.1.5 Behandlung in einem Nicht-Vertragsspital

Erfolgt die Behandlung von KOMBI KOMFORT-Versicherten in einem Spital, welches nicht auf der vom Versicherer geführten Liste der Komfort-Vertragsspitäler aufgeführt ist, so sind die Leistungen gemäss allgemeiner Abteilung bzw. Referenztarif eines Komfort-Vertragsspitals im Wohnkanton gedeckt.

2.2 Langzeitbehandlung

Die Versicherung richtet folgende Tagespauschalen aus, wenn

- die Betreuung eines Chronischkranken den Aufenthalt in einem dafür geeigneten Listen- und Vertragsspital 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
KOMBI HALBPRIVAT/FLEX:	CHF 50.–	CHF 25.–
KOMBI PRIVAT:	CHF 70.–	CHF 35.–
KOMBI GLOBAL:	CHF 90.–	CHF 45.–

Diese Leistungen werden bei Behandlung in der versicherten Abteilung während drei Kalenderjahren einmal erbracht. Erfolgt die Behandlung in einer tieferen als der versicherten Abteilung, richten sich die Leistungen nach der KOMBI-Variante für diejenige Abteilung, in welcher die Behandlung erfolgt.

2.3 Stationäre Rehabilitation

Erfolgt die medizinische Behandlung in einer vom Versicherer anerkannten Rehabilitationsklinik, gewährt die Versicherung für die ersten 60 Tage volle Kostendeckung gemäss den Bedingungen für Akutbehandlungen. Danach richtet sie unter Anrechnung der vorangegangenen Aufenthaltsdauer die Leistungen für Langzeitbehandlungen aus.

Die anerkannten Rehabilitationskliniken werden auf einer Liste aufgeführt, die beim Versicherer eingesehen werden kann.

2.4 Psychiatrische Behandlung

Bei stationärem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, einer psychiatrischen Behandlung in einem Akutspital oder einer Spezialklinik übernimmt die Versicherung die volle Kostendeckung gemäss den Bedingungen für Akutbehandlungen während 90 Tagen.

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

	ab 91. bis 180. Tag
KOMBI ALLGEMEIN/KOMFORT:	CHF 20.–
KOMBI HALBPRIVAT/FLEX:	CHF 50.–
KOMBI PRIVAT:	CHF 70.–
KOMBI GLOBAL:	CHF 90.–

Diese Leistungen werden während drei Kalenderjahren einmal erbracht. Erfolgt die Behandlung in einer tieferen als der versicherten Abteilung, richten sich die Leistungen nach der KOMBI-Variante für diejenige Abteilung, in welcher die Behandlung erfolgt.

2.5 Leistungen im Ausland

2.5.1 Bei Notfällen

Die Versicherung übernimmt im Nachgang zu den Leistungen der Grundversicherung 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, wie ein Heimtransport nicht angemessen ist.

2.5.2 Wahlbehandlung im Ausland

Die Leistungen der KOMBI 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 anderen Spitälern erbracht.

2.5.3 Vorgehen bei Spitalaufenthalt

Bei einer stationären Behandlung ist dem Versicherer sofort, spätestens jedoch innert 10 Tagen nach Spitaleintritt ein Kostengutsprachege such 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 beim Versicherer eingesehen werden kann.

An ärztlich verordnete Erholungskuren im Anschluss an eine Akutbehandlung vergütet die Versicherung während maximal 21 Tagen pro Jahr folgende Leistungen:

KOMBI ALLGEMEIN/KOMFORT:	CHF 50.–/Tag
KOMBI HALBPRIVAT/FLEX:	CHF 70.–/Tag
KOMBI PRIVAT:	CHF 90.–/Tag
KOMBI GLOBAL:	CHF 110.–/Tag

3.2 Badekuren

Die Versicherung erbringt während maximal 21 Tagen pro Kalenderjahr folgende Leistungen:

KOMBI ALLGEMEIN/KOMFORT:	CHF 30.–/Tag
KOMBI HALBPRIVAT/FLEX:	CHF 30.–/Tag
KOMBI PRIVAT:	CHF 50.–/Tag
KOMBI GLOBAL:	CHF 50.–/Tag

Es besteht die freie Wahl unter den vom Versicherer anerkannten ärztlich geleiteten Heilbädern. Die Liste der anerkannten Heilbäder kann beim Versicherer 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.

Der Versicherer kann eine kurärztliche Eintrittsuntersuchung und eine Schlusskontrolle mit Schlussbericht vom einweisenden Arzt verlangen.

3.3 Andere Kuren

Auf Antrag des Vertrauensarztes des Versicherten 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 dem Versicherten 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 vom Kurarzt ein Zeugnis vorliegt.

4. Besondere Leistungen

4.1 SPITEX

4.1.1 Grundsatz

Kann ein Spitalaufenthalt vermieden oder verkürzt werden, richtet die Versicherung auf ärztliche Verordnung hin Beiträge an spitalexterne Haushaltshilfen (SPITEX) aus, sofern häusliche und familiäre Umstände dies erfordern.

4.1.2 Leistungsumfang

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

Die Leistungen werden wie folgt erbracht:

KOMBI ALLGEMEIN/KOMFORT:	bis CHF 40.–/Tag, bis CHF 400.–
KOMBI HALBPRIVAT/FLEX:	bis CHF 50.–/Tag, bis CHF 500.–
KOMBI PRIVAT:	bis CHF 60.–/Tag, bis CHF 630.–
KOMBI GLOBAL:	bis CHF 60.–/Tag, bis CHF 800.–

Ist die versicherte Person für die Betreuung von mindestens einem Kind bis zwölf Jahre verantwortlich, werden die Leistungen wie folgt erbracht:

KOMBI ALLGEMEIN/KOMFORT:	CHF 40.–/Tag, bis CHF 600.–
KOMBI HALBPRIVAT/FLEX:	CHF 70.–/Tag, bis CHF 1000.–
KOMBI PRIVAT:	CHF 100.–/Tag, bis CHF 1300.–
KOMBI GLOBAL:	CHF 110.–/Tag, bis CHF 1600.–

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 Versicherten 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 Haushaltshilfe können die gleichen Beiträge erbracht werden bei pflegerischen Leistungen von kommerziellen SPITEX-Unternehmen, wenn an diese keine Vergütung aus der Grundversicherung 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 und
- für Rettungs- und Bergungsaktionen werden insgesamt folgende Beiträge aus der Versicherung geleistet:

KOMBI ALLGEMEIN/ KOMFORT:	CHF 10 000.– pro Kalenderjahr an den ungedeckten Betrag, der CHF 100.– pro Fall übersteigt.
KOMBI HALBPRIVAT/ FLEX:	CHF 20 000.– pro Kalenderjahr.
KOMBI PRIVAT:	CHF 30 000.– pro Kalenderjahr.
KOMBI GLOBAL:	unbegrenzt.

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

Keine Versicherungsdeckung besteht für Transportkosten, welche durch eine Mitgliedschaft (Gönner) bei einer Rettungsflugwacht oder ähnlichen Organisationen abgedeckt sind.

4.3 Fahrtspesen

Die Versicherung erstattet 90%, bis CHF 300.– pro Kalenderjahr der Kosten für öffentliche Verkehrsmittel an eine versicherte Person in Diagnose-, Strahlen- oder Chemotherapie ausserhalb eines Umkreises von 30 Kilometern vom Wohnort.

4.4 Kinderhütendienst

4.4.1 Grundsatz

Die Versicherung des versicherten Kindes leistet für den von einer Sektion des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) durchgeführten Betreuungs- und Pflegedienst für Kinder bis zwölf Jahre.

Voraussetzung dafür ist eine vertragliche Regelung zwischen dem Versicherten und dem SRK.

4.4.2 Leistungsvoraussetzungen

Die Versicherung leistet, wenn das Kind infolge akuter Krankheit oder Unfall gemäss Beurteilung des SRK der Betreuung oder 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.

4.4.3 Leistungsumfang

Die Versicherung leistet bis CHF 30.– pro Stunde bis CHF 600.– pro Kalenderjahr.

4.5 Rooming-In

Wird ein Kind bis zwölf Jahre stationär behandelt, leistet die Versicherung des Kindes für den Aufenthalt eines Elternteils im Zimmer des Kindes bis CHF 50.– pro Tag.

Wird ein Elternteil stationär behandelt, leistet die Versicherung des Elternteils für den Aufenthalt eines Kindes bis zwölf Jahre im Zimmer des Elternteils bis CHF 50.– pro Tag.

4.6 Spitaltaggeld

Die KOMBI ALLGEMEIN leistet im Spital nach einer Wartefrist von 5 Tagen CHF 15.– pro Tag bis 730 Taggelder. Die Wartefrist gilt pro Kalenderjahr.

5. Mutterschaft

5.1 Kosten der stationären Behandlung

Die Versicherung deckt die ungedeckten Kosten einer Geburt im Spital für die Mutter und das Neugeborene gemäss abgeschlossener Versicherungsstufe der Mutter.

Ist das Neugeborene nicht beim Versicherer versichert, übernimmt die KOMBI der Mutter die ungedeckten Kosten im Nachgang zu einer anderweitigen Versicherung des Kindes.

Ist die Mutter nicht beim Versicherer versichert, übernimmt die Versicherung des Neugeborenen dessen ungedeckte Kosten im Nachgang zur Versicherung der Mutter.

5.2 Geburt in Geburtshaus

Bei Geburt in einem vom Versicherer anerkannten Geburtshaus, welches nicht auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist, werden folgende Leistungen erbracht:

KOMBI ALLGEMEIN/KOMFORT:	bis CHF 1000.– pro Geburt
KOMBI HALBPRIVAT/FLEX:	bis CHF 2000.– pro Geburt
KOMBI PRIVAT/GLOBAL:	volle Kostendeckung

Für KOMBI FLEX-Versicherte entfällt die zusätzliche Kostenbeteiligung gemäss den Bedingungen von KOMBI FLEX.

5.3 Haushaltshilfe nach Geburt

5.3.1 Grundsatz

Die Versicherung entrichtet Beiträge an die Kosten ärztlich verordneter Haushaltshilfe durch vom Versicherer anerkanntes Personal.

Sie werden anstelle der ordentlichen SPITEX-Leistungen der Versicherung ausgerichtet.

Ebenfalls werden diese 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:

KOMBI ALLGEMEIN/KOMFORT:	bis CHF 60.–/Tag, max. CHF 600.–
KOMBI HALBPRIVAT/FLEX:	bis CHF 100.–/Tag, max. CHF 1000.–
KOMBI PRIVAT:	bis CHF 100.–/Tag, max. CHF 1300.–

KOMBI GLOBAL:	bis CHF 110.–/Tag, max. CHF 1600.–
---------------	---------------------------------------

5.3.3 Hausgeburt

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

KOMBI ALLGEMEIN/KOMFORT:	bis CHF 60.–/Tag, max. CHF 840.–
KOMBI HALBPRIVAT/FLEX:	bis CHF 105.–/Tag, max. CHF 1500.–
KOMBI PRIVAT:	bis CHF 135.–/Tag, max. CHF 1900.–
KOMBI GLOBAL:	bis CHF 165.–/Tag, max. CHF 2310.–

6. Unfall-Zusatz

Im Anschluss an einen unfallbedingten 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 Spitalbehandlung erforderte, beschädigt wurden.

7. CASAMED-Variante

7.1 Allgemeines

Für versicherte Personen, die beim Versicherer in der Grundversicherung in der Variante CASAMED versichert sind, gelten in der Versicherung die folgenden zusätzlichen Bedingungen.

7.2 Leistungsstufen

Es werden alle Leistungsstufen der Versicherung geführt.

7.3 Allgemeine Leistungsvoraussetzung

Leistungen werden erbracht, wenn sie nach dem Hausarztprinzip erfolgt sind. Leistungen müssen vom CASAMED-Hausarzt, bei welchem die versicherte Person eingeschrieben ist, verordnet oder veranlasst werden.

Telemedizinische Institutionen können vom Versicherer als CASAMED-Hausärzte anerkannt werden.

7.4 Spitalwahl

Im Hinblick auf eine kostengünstige Versorgung kann der Versicherer die Spitäler bezeichnen, denen die medizinische Betreuung der CASAMED-Versicherten ausschliesslich anvertraut wird.

7.5 Augen-, Frauen-, Kinderärzte

Bei CASAMED-Versicherten, die in Routinebehandlung bei Augen-, Frauen- und Kinderärzten stehen, werden die von diesen Medizinalpersonen veranlassten ambulant oder stationär durchgeführten Operationen nach Beizug des CASAMED-Hausarztes übernommen.

7.6 Notfälle

Notfälle sind ungeachtet des gewählten Leistungserbringers gedeckt. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

7.7 Leistungsausschluss

Begibt sich die versicherte Person ausser in den abschliessend aufgezählten Ausnahmefällen in Behandlung bei einem Leistungserbringer, der nicht in ihrem Wahlrecht steht, gehen sämtliche Kosten zu ihren Lasten.

8. ECOPLAN, Variante mit eingeschränkter Spitalwahl

8.1 Allgemeines

Im Rahmen der KOMBI HALBPRIVAT und PRIVAT besteht die Variante mit eingeschränkter Spitalwahl ECOPLAN.

Der ECOPLAN kann auf versicherte Personen mit Wohnsitz in einer bestimmten Region beschränkt werden.

8.2 Wahl/Kündigung des ECOPLAN

Der ECOPLAN kann beim Abschluss der Versicherung oder zu einem späteren Zeitpunkt jeweils auf Beginn eines Kalendermonats gewählt werden.

Der Wechsel vom ECOPLAN in die ordentliche Versicherung kann jeweils auf Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist erfolgen.

8.3 Leistungsumfang

Aus dem ECOPLAN werden die Leistungen der Versicherung erbracht. Leistungen bei Spitalaufenthalt sind gedeckt, soweit die Behandlung in einem vom Versicherer speziell bezeichneten Spital erfolgt.

Der Versicherer bezeichnet die für diese Deckungs-Variante anerkannten Spitäler. Die Liste mit den ECOPLAN-Spitalern kann beim Versicherer eingesehen werden.

8.4 Behandlung in einem anderen Spital

Lässt sich die versicherte Person ausser in den abschliessend aufgezählten Ausnahmefällen in einem Nicht-ECOPLAN-Spital behandeln, gehen sämtliche Kosten zu seinen Lasten.

Notfälle und aus medizinischen Gründen notwendige Behandlungen in einem Nicht-ECOPLAN-Spital sind ungeachtet des gewählten Leistungserbringers im Rahmen der Versicherung gedeckt. Ausser bei Notfällen wird diese Leistung jedoch nur nach vorgängiger Antragstellung an den Versicherer erbracht. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

9. Franchise und Vergütung in der

KOMBI HALBPRIVAT, PRIVAT UND GLOBAL

9.1 Franchise

9.1.1 Allgemeines

Gegen eine entsprechende Reduktion der Prämien können sich Erwachsene für eine Franchise bei Spitalbehandlungen 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 Listen- oder Vertragsspitals begibt.

Die halbe Franchise entfällt, wenn sich der in der KOMBI PRIVAT oder GLOBAL Versicherte auf die halbprivate Abteilung (Zweibettzimmer) eines Listen- oder Vertragsspitals begibt.

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

9.1.2 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.

9.1.3 Franchisehöhe

Es stehen folgende Franchisehöhen zur Auswahl

- CHF 2000.- pro Kalenderjahr
- CHF 5000.- pro Kalenderjahr

Die Franchise kann der Kostenentwicklung angepasst werden. Die gesetzliche Kostenbeteiligung der Grundversicherung wird zusätzlich erhoben.

9.2 Vergütung

Die KOMBI HALBPRIVAT, PRIVAT und GLOBAL leisten an versicherte Personen ab 16 Jahren eine Vergütung bei Wahl einer günstigeren Spitalabteilung in einem Akutspital in der Schweiz.

KOMBI HALBPRIVAT:	- Allg. Abteilung bis CHF 300.- pro Tag
	- Allg. Abteilung Komfort Ein- und Zweibettzimmer bis CHF 200.- pro Tag
KOMBI PRIVAT/ KOMBI GLOBAL:	- Allg. Abteilung bis CHF 400.- pro Tag
	- Allg. Abteilung Komfort Ein- und Zweibettzimmer bis CHF 300.- pro Tag
	- Halbprivate Abteilung bis CHF 200.- pro Tag

Die Beträge können der Spitalkostenentwicklung angepasst werden. Bei einer Reduktion der Beträge gilt das Rücktrittsrecht gemäss Art. 8.2. der GB UNO.

Die Vergütung wird geleistet, wenn keine Franchise vereinbart ist.

10. Kostenbeteiligung in der KOMBI FLEX

10.1 Umfang der Kostenbeteiligung

Die versicherte Person wählt vor dem Spitaleintritt die Spitalabteilung. Mit deren Wahl ist die Kostenbeteiligung bestimmt. Folgende Kostenbeteiligungen werden erhoben:

Abteilung	Kostenbeteiligung pro Kalenderjahr
Allgemeine Abteilung	keine
Allgemeine Abteilung Komfort Zweibettzimmer:	10%, max. CHF 200.-
Allgemeine Abteilung Komfort Einbettzimmer:	10%, max. CHF 200.-
Halbprivate Abteilung:	15%, max. CHF 1500.-
Private Abteilung:	25%, max. CHF 4500.-

Diese Kostenbeteiligung gilt auch bei Mutterschaft.

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

Die Kostenbeteiligung kann der Kostenentwicklung angepasst werden.

Die gesetzliche Kostenbeteiligung der Grundversicherung wird zusätzlich erhoben.

10.2 Maximale Kostenbeteiligung für Familien

Sind zwei oder mehrere Personen, die im gleichen Haushalt leben, in der Kombi Flex versichert, können Kostenbeteiligungen, die den Betrag von CHF 4500.- pro Kalenderjahr übersteigen, zurückgefordert werden.