
Produktlinie Wincare

Spitalversicherungen

Zusatzversicherungen für stationäre Behandlungen

Zusatzbedingungen (ZB)

Ausgabe Januar 2017 (Fassung 2017)

Versicherungsträger: Sanitas Privatversicherungen AG

sanitas

Allgemeines

1 Gegenstand der Versicherungen

1 Diese Zusatzbedingungen (ZB) regeln die folgenden Zusatzversicherungen:

- **Private bzw. halbprivate Abteilung**

Zusatzversicherung für die nicht durch die jeweilige Grundversicherung gedeckten Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten in der privaten bzw. halbprivaten Abteilung eines Akutspitals

- **Spitalkomfort 1 bzw. Spitalkomfort 2**

Zusatzversicherung für die nicht durch die jeweilige Grundversicherung gedeckten Aufenthalts- und Pflegekosten bei einem Aufenthalt in einem Einbett- bzw. 2-Bett-Zimmer eines Vertragsspitals

- **Privatarzt**

Zusatzversicherung für die nicht durch die jeweilige Grundversicherung gedeckten Behandlungskosten bei freier Arztwahl im Vertragsspital (Chefarzt, leitender Arzt, Belegarzt)

- **Listenspitäler KVG bzw. allgemeine Abteilung**

Zusatzversicherung für die nicht durch die jeweilige Grundversicherung gedeckten Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten in der allgemeinen Abteilung eines Akutspitals, das als Listenspital nach KVG gilt

- **Nicht-Listenspitäler**

Zusatzversicherung für die Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten in einem Akutspital, das nicht als Listenspital nach KVG gilt (Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskomfort gemäss zusätzlich abgeschlossener Spitalversicherung)

2 Die Versicherungen können mit oder ohne Unfalldeckung abgeschlossen werden.

2 Anwendbare Bedingungen

Für alle in diesen Zusatzbedingungen (ZB) nicht besonders geregelten Fragen sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Produktlinie Wincare für die Zusatzversicherungen nach VVG massgebend.

Begriffe

3 Akutspital

1 Als Akutspitäler gelten ärztlich geleitete und überwachte Heilanstalten oder deren Abteilungen, die zur stationären Behandlung akuter Krankheiten oder Unfallfolgen oder zur stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen. Sie müssen eine ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten, über das erforderliche Fachpersonal und über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen sowie eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten. Als Akutspitäler in diesem Sinne gelten auch Kliniken für Geburtshilfe, psychiatrische Kliniken und Rehabilitationskliniken.

2 Nicht als Akutspitäler gelten Kurheime, Altersheime, Pflegeheime, Sterbehospize und andere Heilanstalten, die nicht für die Behandlung von Akutkranken vorgesehen sind.

4 Listenspital KVG

1 Als Listenspitäler KVG gelten Akutspitäler, die gemäss Art. 39.1 e KVG auf der Spitalliste eines Kantons aufgeführt sind.

2 Eine Liste wird den versicherten Personen auf Anfrage abgegeben.

5 Nicht-Listenspital

1 Als Nicht-Listenspitäler gelten

- Akutspitäler, die nicht gemäss Art. 39.1 e KVG auf der Spitalliste eines Kantons aufgeführt sind;
- Einrichtungen, die teilstationäre Akutbehandlungen durchführen und über Betten für stationäre Behandlungen verfügen.

2 Eine Liste wird den versicherten Personen auf Anfrage abgegeben.

6 Vertragsspital

1 Als Vertragsspitäler gelten Akutspitäler, die sich gegenüber Sanitas verpflichten, die Versicherungen Spitalkomfort und Privatarzt anzuerkennen und die Leistungen für den Privatarzt sowie den Spitalkomfort getrennt zu den vereinbarten Ansätzen abzurechnen.

2 Eine Liste wird den versicherten Personen auf Anfrage abgegeben.

Leistungen aus den Versicherungen allgemeine, halbprivate und private Abteilung

7 Versicherungsvarianten

- 1 Je nach Vereinbarung ist der Aufenthalt in der allgemeinen, halbprivaten oder privaten Spitalabteilung versichert.
- 2 Als allgemeine Abteilung gilt ein Mehrbettzimmer mit von Sanitas anerkanntem Tarif.
- 3 Als halbprivate Abteilung gilt ein 2-Bett-Zimmer oder ausnahmsweise ein Zimmer mit mehr als 2 Betten mit von Sanitas anerkanntem Tarif.
- 4 Als private Abteilung gilt ein 1- oder ausnahmsweise 2-Bett-Zimmer mit von Sanitas anerkanntem Tarif.
- 5 Verwendet ein Akutspital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilung, handelt es sich um eine private Abteilung.

8 Leistungsumfang

- 1 Bei Aufenthalt in einem Listenspital KVG:
Die Leistungen dieser Versicherung werden in Ergänzung zur jeweiligen Grundversicherung bezahlt.
- 2 Bei Aufenthalt in einem Nicht-Listenspital:
Die Leistungen dieser Versicherung werden in Ergänzung zur Zusatzversicherung Nicht-Listenspitäler bezahlt. Sofern diese Zusatzversicherung nicht besteht, wird jener Anteil abgezogen, der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in einem Listenspital KVG hätte bezahlt werden müssen.
- 3 Versichert sind die Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten im Akutspital je nach vereinbarter Versicherungsvariante (allgemeine, halbprivate oder private Abteilung).

9 Leistungsumfang bei Unterversicherung

- 1 Versicherten Personen mit Versicherungsdeckung halbprivate Abteilung werden bei einem Aufenthalt in der privaten Abteilung 75 % der Leistungen gemäss Versicherungsdeckung private Abteilung bezahlt.
- 2 Versicherten Personen mit Versicherungsdeckung allgemeine Abteilung werden bei einem Aufenthalt in der privaten Abteilung 20 % der Leistungen gemäss Versicherungsdeckung private Abteilung, bei Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung 40 % der Leistungen gemäss Versicherungsdeckung halbprivate Abteilung bezahlt.

10 Leistungen im Ausland

- 1 Bei einem akuten, medizinisch notwendigen stationären Aufenthalt in einem Akutspital oder einer psychiatrischen Klinik im Ausland werden die nicht anderweitig gedeckten Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten bezahlt.
- 2 Die Leistungen werden höchstens bis zum Zeitpunkt einer medizinisch zumutbaren Heimreise oder Verlegung in ein schweizerisches Spital bezahlt. Nicht versichert sind Verlegungen und Spitalkosten in Drittstaaten.
- 3 Keine Leistungen werden bezahlt, wenn sich die versicherte Person zur Behandlung oder Niederkunft ins Ausland begibt.
- 4 Die versicherte Person hat die für die Ausrichtung der Leistungen notwendigen medizinischen Angaben und die detaillierten Originalrechnungen einzureichen. Kann sie keine detaillierten Rechnungen beibringen, werden die Leistungen unter Berücksichtigung der Art, Schwere und Dauer der Krankheit bzw. der Unfallfolgen festgesetzt.

11 Leistungen für Erholungskuren

- 1 Ist zur Ausheilung oder Erholung nach schwerer Krankheit, Unfall oder Operation ein Kuraufenthalt medizinisch notwendig und ärztlich verordnet, werden während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr pro Tag die folgenden Leistungen bezahlt:
 - Versicherungsdeckung allgemeine Abteilung: CHF 30.–
 - Versicherungsdeckung halbprivate Abteilung: CHF 50.–
 - Versicherungsdeckung private Abteilung: CHF 70.–
- 2 Die Kur muss in einer von Sanitas anerkannten, inländischen Kuranstalt durchgeführt werden. Eine Liste wird den versicherten Personen auf Anfrage abgegeben.

12 Leistungen für Haushalthilfe

- 1 Ist die versicherte Person vollständig arbeitsunfähig und benötigt sie wegen ihres Gesundheitszustandes sowie der familiären Verhältnisse eine Haushalthilfe, werden an die ausgewiesenen und nicht anderweitig versicherten Kosten einer ärztlich verordneten Haushalthilfe während höchstens 30 Tagen pro Kalenderjahr pro Tag maximal die folgenden Leistungen bezahlt:
 - Versicherungsdeckung allgemeine Abteilung: CHF 30.–
 - Versicherungsdeckung halbprivate Abteilung: CHF 50.–
 - Versicherungsdeckung private Abteilung: CHF 70.–
- 2 Als Haushalthilfe gilt, wer beruflich entweder auf eigene Rechnung oder für eine Organisation Dritten den Haushalt besorgt. Wenn eine andere Person den Haushalt besorgt, sind nur die ihr entstehenden Mehrkosten oder ein Erwerbsausfall versichert.

Leistungen aus der Versicherung Spitalkomfort

13 Versicherungsvarianten

Je nach Vereinbarung ist der Aufenthalt im 1-Bett-Zimmer (Spitalkomfort 1) oder im 2-Bett-Zimmer (Spitalkomfort 2) versichert.

14 Leistungsumfang

- 1 Bei Aufenthalt in einem Vertragsspital, das als Listenspital KVG gilt:
Die Leistungen dieser Versicherung werden in Ergänzung zur jeweiligen Grundversicherung bezahlt.
- 2 Bei Aufenthalt in einem Vertragsspital, das als Nicht-Listenspital gilt:
Die Leistungen dieser Versicherung werden in Ergänzung zur Zusatzversicherung Nicht-Listenspitäler bezahlt. Sofern diese Zusatzversicherung nicht besteht, wird jener Anteil abgezogen, der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in einem Listenspital KVG hätte bezahlt werden müssen.
- 3 Versichert sind die Aufenthalts- und Pflegekosten in einem Vertragsspital.
- 4 Leistungen werden erbracht, wenn mindestens 1 Übernachtung in einem Vertragsspital notwendig ist.

15 Leistungsumfang bei Unterversicherung

Versicherten Personen mit der Versicherungsdeckung Spitalkomfort 2 werden bei einem Aufenthalt in einem Zimmer gemäss Spitalkomfort 1 nur die Leistungen gemäss Spitalkomfort 2 bezahlt.

Leistungen aus der Versicherung Privatarzt

16 Privatarzt

Als Privatarzte gelten Ärzte mit fachlicher Hauptverantwortung in einem Vertragsspital (Chefärzte, leitende Ärzte und Belegärzte).

17 Leistungsumfang

- 1 Bei Aufenthalt in einem Vertragsspital, das als Listenspital KVG gilt:
Die Leistungen dieser Versicherung werden in Ergänzung zur jeweiligen Grundversicherung bezahlt.
- 2 Bei Aufenthalt in einem Vertragsspital, das als Nicht-Listenspital gilt:
Die Leistungen dieser Versicherung werden in Ergänzung zur Zusatzversicherung Nicht-Listenspitäler bezahlt. Sofern diese Zusatzversicherung nicht besteht, wird jener Anteil abgezogen, der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in einem Listenspital KVG hätte bezahlt werden müssen.
- 3 Versichert sind die zusätzlichen Kosten bei freier Arztwahl für Behandlungen (inkl. Untersuchungen, Operationen und ärztlicher Assistenz), die von einem Privatarzt in einem Vertragsspital durchgeführt werden.
- 4 Die Leistungen gemäss Abs. 3 werden ebenfalls bezahlt, wenn die Kosten anlässlich einer teilstationären Behandlung entstehen.

Leistungen aus der Versicherung Listenspitäler KVG

18 Leistungsumfang

- 1 Die Leistungen dieser Versicherung werden in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezahlt.
- 2 Versichert sind die Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten in der allgemeinen Abteilung eines Listenspitals KVG nach von Sanitas anerkanntem Tarif.

19 Leistungsumfang bei Unterversicherung

Versicherten Personen werden bei einem Aufenthalt in der halbprivaten oder privaten Abteilung nur die Kosten der allgemeinen Abteilung in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezahlt.

Leistungen aus der Versicherung Nicht-Listenspitäler

20 Leistungsumfang

Versichert sind die Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten in einem Nicht-Listenspital nach von Sanitas anerkannten Tarifen bzw. Analogietaxen. Leistungsvoraussetzung ist das gleichzeitige Bestehen einer Zusatzversicherung bei Sanitas für die private, halbprivate oder allgemeine Abteilung oder für Listenspitäler KVG. Der versicherte Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskomfort richtet sich nach dem Leistungsumfang der zusätzlich bestehenden Spitalversicherung.

Gemeinsame Bestimmungen zum Versicherungsschutz

21 Leistungsdauer

- 1 Die versicherten Leistungen werden zeitlich unbegrenzt übernommen, solange unter Berücksichtigung der Diagnose und der Gesamtheit der ärztlichen Behandlungen eine Akutspitalbedürftigkeit besteht.
- 2 Bei Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik werden die versicherten Leistungen bezahlt, solange der Aufenthalt medizinisch notwendig ist und kein chronisches Krankheitsbild vorliegt, maximal jedoch während 90 Tagen innerhalb eines Kalenderjahres.

22 Versicherungsschutz für gesunde Neugeborene

Ungedeckte Spitalkosten für das gesunde Neugeborene, das bei Sanitas ab Geburt versichert ist, werden aus der Spitalversicherung der Mutter bezahlt.

23 Second Opinion

Versicherte Personen können sich vor einem operativen Eingriff an den beratenden Arzt von Sanitas wenden, um die medizinische Notwendigkeit des Eingriffs von ihm oder einem weiteren Arzt beurteilen zu lassen (Second Opinion). Die Kosten dieser Abklärung gehen zu Lasten von Sanitas.

24 Leistungsausschlüsse

Zusätzlich zu den Leistungsausschlüssen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Produktlinie Wincare für die Zusatzversicherungen nach VVG werden aus diesen Zusatzversicherungen keine Leistungen bezahlt

- für zahnärztliche Behandlungen, die nicht unter die Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fallen;
- bei Aufenthalt in einer Einrichtung, die nicht als Akutspital gilt oder für die benötigte Pflege und Behandlung aus medizinischer oder wirtschaftlicher Sicht nicht geeignet ist;
- für Knochenmark- und Organtransplantationen, für welche der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenkassen (SVK) Fallpauschalen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vereinbart hat, unabhängig davon, in welchem Spital die Transplantation durchgeführt wird;
- in der Versicherung Spitalkomfort für ärztliche Behandlungen im Zusammenhang mit einem Spitalaufenthalt;
- in der Versicherung Privatarzt für Aufenthalts- und Pflegekosten, sämtliche Transporte und technischen Leistungen.

Wählbare Franchise

25 Wählbare Franchise

- 1 Gegen eine entsprechende Reduktion der Prämien hat die versicherte Person mit Versicherungsdeckung private bzw. halbprivate Abteilung, Spitalkomfort oder Privatarzt die Möglichkeit, die zu Lasten dieser Zusatzversicherungen entstehenden Kosten bis zu einem festen Betrag pro Kalenderjahr (Franchise) selbst zu übernehmen. Die vereinbarte Franchise ist in der Police aufgeführt.
- 2 Für den Wechsel zu einer tieferen Franchise ist ein neues Aufnahmeverfahren mittels Versicherungsantrag notwendig. Er ist erstmals nach einer Versicherungsdauer von 3 Jahren unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten auf den Beginn eines Kalenderjahres möglich.
- 3 Hat die Versicherung mit wählbarer Franchise weniger als ein ganzes Kalenderjahr gedauert, wird die Franchise anteilmässig erhoben.
- 4 Bei kurzfristigen Spitalaufenthalten über das Jahresende wird die gewählte Franchise nur einmal erhoben. Als kurzfristige Spitalaufenthalte gelten solche mit einer Dauer von maximal 30 Tagen.

Produktlinie Wincare

Spitalversicherungen bei Unfall

Zusatzversicherungen für stationäre Behandlungen bei Unfall

Zusatzbedingungen (ZB)

Ausgabe Januar 2017 (Fassung 2017)

Versicherungsträger: Sanitas Privatversicherungen AG

Allgemeines

1 Gegenstand der Versicherung

Diese Zusatzbedingungen (ZB) regeln die Versicherungsdeckung bei Unfall für die halbprivate bzw. private Abteilung in allen Spitalern der Schweiz (Listenspitäler KVG und Nicht-Listenspitäler).

2 Anwendbare Bedingungen

Für alle in diesen Zusatzbedingungen (ZB) nicht besonders geregelten Fragen sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Produktlinie Wincare für die Zusatzversicherungen nach VVG massgebend.

Begriffe

3 Akutspital

- 1 Als Akutspitäler gelten ärztlich geleitete und überwachte Heilanstalten oder deren Abteilungen, die zur stationären Behandlung von Unfallfolgen oder zur stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen. Sie müssen eine ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten, über das erforderliche Fachpersonal und über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen sowie eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten. Als Akutspitäler in diesem Sinne gelten auch psychiatrische Kliniken und Rehabilitationskliniken.
- 2 Nicht als Akutspitäler gelten Kurheime, Altersheime, Pflegeheime, Sterbehospize und andere Heilanstalten, die nicht für die Behandlung von Akutpatienten vorgesehen sind.

Leistungen

4 Versicherungsvarianten

- 1 Je nach Vereinbarung ist der Aufenthalt in der halbprivaten oder privaten Spitalabteilung versichert.
- 2 Als halbprivate Abteilung gilt ein 2-Bett-Zimmer oder ausnahmsweise ein Zimmer mit mehr als 2 Betten mit von Sanitas anerkanntem Tarif.
- 3 Als private Abteilung gilt ein 1- oder ausnahmsweise 2-Bett-Zimmer mit von Sanitas anerkanntem Tarif.

- 4 Verwendet ein Akutspital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilungen, werden diese versicherungsmässig als private Abteilung behandelt.

5 Leistungsumfang

- 1 Versichert sind die Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten bei Unfall in der halbprivaten bzw. privaten Abteilung eines Akutspitals (Listenspitäler KVG und Nicht-Listenspitäler) zum von Sanitas anerkannten Tarif.
- 2 Die Leistungen dieser Versicherung werden in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und in Ergänzung zur obligatorischen Unfallversicherung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) bezahlt.

6 Leistungsumfang bei Unterversicherung

Versicherten Personen mit Versicherungsdeckung halbprivate Abteilung werden bei einem Aufenthalt in der privaten Abteilung 75 % der Leistungen gemäss Versicherungsdeckung private Abteilung bezahlt.

7 Leistungen im Ausland

- 1 Bei einem akuten, medizinisch notwendigen stationären Aufenthalt in einem Akutspital oder einer psychiatrischen Klinik im Ausland werden die nicht anderweitig gedeckten Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten bezahlt.
- 2 Die Leistungen werden höchstens bis zum Zeitpunkt einer medizinisch zumutbaren Heimreise oder Verlegung in ein schweizerisches Spital bezahlt. Nicht versichert sind Verlegungen und Spalkosten in Drittstaaten.
- 3 Keine Leistungen werden bezahlt, wenn sich die versicherte Person zur Behandlung ins Ausland begibt.
- 4 Die versicherte Person hat die für die Ausrichtung der Leistungen notwendigen medizinischen Angaben und die detaillierten Originalrechnungen einzureichen. Kann sie keine detaillierten Rechnungen beibringen, werden die Leistungen unter Berücksichtigung der Art, Schwere und Dauer der Unfallfolgen festgesetzt.

8 Leistungen für Erholungskuren

- 1 Ist zur Ausheilung oder Erholung nach einem schweren Unfall ein Kuraufenthalt medizinisch notwendig und ärztlich verordnet, werden während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr pro Tag die folgenden Leistungen bezahlt:
 - Versicherungsdeckung halbprivate Abteilung: CHF 50.–
 - Versicherungsdeckung private Abteilung: CHF 70.–
- 2 Die Kur muss in einer von Sanitas anerkannten, inländischen Kuranstalt durchgeführt werden. Eine Liste wird den versicherten Personen auf Anfrage abgegeben.

9 Leistungen für Haushalthilfen

- 1 Ist die versicherte Person vollständig arbeitsunfähig und benötigt sie wegen ihres Gesundheitszustandes sowie der familiären Verhältnisse eine Haushalthilfe, werden an die ausgewiesenen und nicht anderweitig versicherten Kosten einer ärztlich verordneten Haushalthilfe während höchstens 30 Tagen pro Kalenderjahr pro Tag maximal die folgenden Leistungen bezahlt:
 - Versicherungsdeckung halbprivate Abteilung: CHF 50.–
 - Versicherungsdeckung private Abteilung: CHF 70.–
- 2 Als Haushalthilfe gilt, wer beruflich entweder auf eigene Rechnung oder für eine Organisation Dritten den Haushalt besorgt. Wenn eine andere Person den Haushalt besorgt, sind nur die ihr entstehenden Mehrkosten oder ein Erwerbsausfall versichert.

10 Leistungsdauer

- 1 Die versicherten Leistungen werden zeitlich unbegrenzt übernommen, solange unter Berücksichtigung der Diagnose und der Gesamtheit der ärztlichen Behandlungen eine Akutspitalbedürftigkeit besteht.
- 2 Bei Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik werden die versicherten Leistungen bezahlt, solange der Aufenthalt medizinisch notwendig ist, maximal jedoch während 90 Tagen innerhalb eines Kalenderjahres.

11 Second Opinion

Versicherte Personen können sich vor einem operativen Eingriff an den beratenden Arzt von Sanitas wenden, um die medizinische Notwendigkeit des Eingriffs von ihm oder einem weiteren Arzt beurteilen zu lassen (Second Opinion). Die Kosten dieser Abklärung gehen zu Lasten von Sanitas.

12 Leistungsausschlüsse

Zusätzlich zu Ziffer 25 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Produktlinie Wincare für die Zusatzversicherungen nach VVG werden aus diesen Zusatzversicherungen keine Leistungen bezahlt

- bei Aufenthalt in einer Einrichtung, die nicht als Akutspital gilt oder für die benötigte Pflege und Behandlung aus medizinischer oder wirtschaftlicher Sicht nicht geeignet ist;
- für Organtransplantationen, für welche der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenkassen (SVK) Fallpauschalen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vereinbart hat, unabhängig davon, in welchem Spital die Transplantation durchgeführt wird.