

Corporate Hospital Top

Zusatzversicherungen für stationäre
Behandlungen auf der privaten
Abteilung im 1-Bett-Zimmer in allen
Akutspitälern der Schweiz

Ausgabe Januar 2023
Fassung 2023

Versicherungsträgerin:
Sanitas Privatversicherungen AG mit Sitz in Zürich

Zweck und Grundlagen

Aus Corporate Hospital Top werden die Kosten gemäss den nachfolgenden Bestimmungen bezahlt. Vergütet werden die Kosten im Nachgang zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG und anderer Sozialversicherungen gemäss Ziffer 2 der allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

Das Unfallrisiko kann mitversichert werden.

Grundlagen dieser Zusatzbedingungen (ZB) bilden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Sanitas Corporate Private Care für die Zusatzversicherungen s-care nach VVG, Ausgabe 2023, oder die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Zusatzversicherungen p-care nach VVG, Ausgabe 2023.

1 Stationäre Leistungen

1.1 Begriffe

Als Akutspitäler gelten Heilanstalten und Kliniken, die ärztlich geleitet und überwacht werden und ausschliesslich akut erkrankte oder verunfallte Personen aufnehmen. Als Akutspitäler in diesem Sinne gelten auch Kliniken für Geburtshilfe, psychiatrische Kliniken und Rehabilitationskliniken.

Nicht als Akutspitäler gelten Kurhäuser, Altersheime, Pflegeheime, Chronischkrankenheime und andere nicht zur Behandlung von Akutkranken vorgesehene Einrichtungen.

Als stationäre Spitalaufenthalte gelten Aufenthalte

- von mindestens 24 Stunden;
- von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird;
- im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital;
- im Geburtshaus bei Überweisung in ein anderes Spital;
- bei Todesfällen.

Eine Akutbehandlung ist eine Behandlung, bei der eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann.

1.2 Spitalaufenthalt in der Schweiz

Versichert sind die Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten bei stationären Akutbehandlungen in einem 1-Bett-Zimmer auf der privaten Abteilung in allen Akutspitälern der Schweiz. In Spitälern, die nicht auf den Spitallisten der Kantone aufgeführt sind, werden zusätzlich die Leistungen der Krankenpflegeversicherung übernommen. Weitere Leistungen sind in diesen Bedingungen aufgeführt.

1.3 Spitalaufenthalte im Ausland bei Notfällen

Behandlungs- und Aufenthaltskosten auf der privaten Abteilung (1-Bett-Zimmer) während maximal 180 Spitaltagen, jedoch höchstens so lange, als ein Heimtransport medizinisch weder möglich noch zweckmässig ist.

1.4 Ambulante Behandlungen im Ausland bei Notfällen

Versichert sind die Behandlungskosten bei Notfällen im Ausland. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf ambulante Behandlungen durch Ärzte und auf ambulante Behandlungen nach ärztlicher Verordnung.

1.5 Spitalaufenthalt im Ausland bei geplanten Behandlungen

Bei geplanten Behandlungen im Ausland ist ein Gesuch um Kostenübernahme bei Sanitas einzureichen. Das Gleiche gilt, wenn nach einer bereits erfolgten Behandlung weitere medizinische Massnahmen im Ausland geplant werden. Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten werden maximal während 90 Spitaltagen à maximal Fr. 1500.– pro Tag bezahlt.

1.6 Psychiatrische Kliniken

Bei stationären Akutbehandlungen in einer psychiatrischen Klinik oder auf einer psychiatrischen Spezialabteilung werden die Kosten gemäss Ziffer 1.2 während gesamthaft 180 Tagen bezahlt.

Ab dem 181. Tag werden die Behandlungskosten sowie Fr. 150.– pro Tag an die Aufenthalts- und Pfl egetaxen bezahlt. Im AHV-Alter werden diese Leistungen noch während maximal 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen bezahlt.

In psychiatrischen Kliniken oder auf psychiatrischen Spezialabteilungen ohne kantonalen Leistungsauftrag werden die Kosten, die in einem Spital mit kantonalem Leistungsauftrag von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen würden, ab dem 181. Tag noch während gesamthaft 540 Tagen zusätzlich zu den Leistungen gemäss Ziffer 1.2 bezahlt.

Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken im Ausland im Rahmen der Leistungen von Ziffern 1.3 und 1.5 werden an die Leistungsdauer angerechnet.

1.7 Pflegeheime und Chronischkrankenheime

Bei Aufenthalt in einem Pflege- oder Chronischkrankenheim werden folgende Leistungen bezahlt:

- bis 180. Tag: Fr. 150.– pro Tag an Aufenthalts- und Pflegekosten
- ab 181. bis 540. Tag: Fr. 80.– pro Tag an Aufenthalts- und Pflegekosten

Danach werden keine Leistungen mehr bezahlt.

1.8 Geburtshäuser

Bei Wochenbettaufhalten in anerkannten Geburtshäusern werden die Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten übernommen. Eine entsprechende Liste kann bei Sanitas verlangt werden.

1.9 Leistungen für Neugeborene

Die Kosten für den Spitalaufenthalt des gesunden Kindes werden aus der Versicherungsdeckung der Mutter bezahlt, solange das Kind zusammen mit der Mutter hospitalisiert ist.

1.10 Besondere private Auslagen

Für belegte besondere private Auslagen, die in direktem Zusammenhang mit einem stationären Spitalaufenthalt stehen (Taxispesen für Ein- und Austritt, Telefonspesen usw.), vergütet Sanitas Fr. 200.– pro Aufenthalt.

1.11 Krankenpflege zu Hause

Bei medizinischer Notwendigkeit und nach ärztlicher Verordnung werden an die Kosten für die Krankenpflege zu Hause aufgrund detaillierter Rechnungen mit Kalendarium folgende Leistungen bezahlt:

- Fr. 70.– pro Tag (maximal 90 Tage pro Kalenderjahr) an Krankenpflege zu Hause durch diplomierte Krankenpfleger/-innen
- Fr. 70.– pro Tag an Hauspflege durch andere Personen. Darunter fallen auch Verwandte sowie Personen, die mit Versicherten in Hausgemeinschaft leben und wegen der Pflege nachweisbar einen Erwerbsausfall in diesem Rahmen erleiden

Bei Niederkunft werden die erwähnten Leistungen während maximal 14 Tagen innerhalb eines Monats nach der Niederkunft bezahlt und an die maximale Leistungsdauer angerechnet.

Insgesamt werden pro Kalenderjahr höchstens Fr. 7000.– an die Kosten für Krankenpflege zu Hause bezahlt.

1.12 Haushalthilfe

Bei medizinischer Notwendigkeit und nach ärztlicher Verordnung werden an die Kosten für Haushalthilfe aufgrund detaillierter Rechnungen mit Kalendarium folgende Leistungen bezahlt:

- Fr. 25.– pro Stunde für Haushalthilfe durch eine nicht im gleichen Haushalt lebende Person. Anspruch auf diese Leistung hat die den Haushalt führende versicherte Person unmittelbar nach einem Spitalaufenthalt oder während ambulanter Behandlungen, sofern ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann
- Bei Niederkunft werden die erwähnten Leistungen während maximal 14 Tagen innerhalb eines Monats nach der Niederkunft bezahlt und an die maximale Leistungsdauer angerechnet

Insgesamt werden pro Kalenderjahr maximal Fr. 1000.– an die Kosten für Haushalthilfe ausgerichtet.

1.13 Kuren

An die Kosten von Kuren werden maximal die folgenden Leistungen bezahlt:

- Fr. 200.– (bei Badekuren inkl. Beitrag KVG) pro Tag während maximal 21 Tagen pro Kalenderjahr bei stationären Badekuren (nach schweren Erkrankungen oder unmittelbar nach grösseren operativen Eingriffen). Bei Erholungskuren in der Schweiz werden zusätzlich 90% der Kosten für Arzt und Arznei und für ärztlich verordnete, medizinisch notwendige Therapien vergütet
- Fr. 200.– pro Tag während maximal 28 Tagen pro Kalenderjahr für Kuren am Toten Meer in Israel oder Jordanien zur Behandlung von Psoriasis (Schuppenflechte) oder Vitiligo (Scheckhaut)

Es steht Sanitas frei, vor Antritt einer Kur eine vertrauensärztliche Untersuchung anzuordnen.

Pro Kalenderjahr wird maximal eine Kur im erwähnten Umfang bezahlt.

1.14 Reise- und Transportkosten, Rettungs- und Suchaktionen

Bezahlt werden maximal Fr. 20'000.– pro Kalenderjahr für:

- Reisekosten bei auswärtigen Bestrahlungen, Chemotherapien oder Hämodialysen. Es werden (auch bei Autotransport) maximal die Kosten des öffentlichen Verkehrsmittels übernommen (Billett 1.Klasse)
- Nottransporte zum nächsten Arzt oder in das für die geeignete Behandlung nächstgelegene Spital sowie medizinisch notwendige Verlegungstransporte durch Ambulanzen
- Rettungs- und Suchaktionen für akut erkrankte oder verunfallte Personen

1.15 Kosmetische Eingriffe

Versichert sind 80% der Kosten von folgenden kosmetischen Eingriffen, sofern eine ärztliche Verordnung vorliegt:

- Brustoperationen
- Narbenkorrekturen
- Korrekturoperationen von abstehenden Ohren

Stationäre Behandlungen werden nach dem Tarif der allgemeinen Abteilung eines Akutspitals im Wohnkanton mit kantonalem Leistungsauftrag nach Art. 39 KVG übernommen.

1.16 Alternativmedizin

Versichert sind 80% der Kosten (Untersuchungen, Therapien, abgegebene Medikamente), jedoch maximal Fr. 1000.– pro Kalenderjahr. Der gewählte Leistungserbringer, die angewandte Therapiemethode sowie die verabreichten Heilmittel müssen von Sanitas anerkannt sein. Die von Sanitas anerkannten Therapiemethoden und Anforderungen an Leistungserbringer werden auf einer Liste publiziert. Diese kann von Sanitas angepasst werden. Bei einer Anpassung dieser Liste besteht kein Kündigungsrecht. Massgebend ist die zum Behandlungszeitpunkt gültige Liste.

Leistungen im erwähnten Umfang werden auch bei anderen entsprechend ausgebildeten Therapeuten erbracht. Die für die Vergütung massgebenden Anforderungen an Therapeuten und die anerkannten Therapiemethoden werden ebenfalls auf der unter Absatz 1 genannten Liste publiziert.

2 Verschiedenes

2.1 Leistungsvoraussetzungen und Pflichten

Die bei Spitalaufenthalt versicherten Leistungen werden bezahlt, solange aufgrund der medizinischen Indikation eine Akutspitalbedürftigkeit besteht.

Der Eintritt in ein Spital ist Sanitas unverzüglich, spätestens aber innert 4 Tagen mitzuteilen. Wird eine Kostengutsprache verlangt, hat die Meldung an Sanitas 2 Wochen vor Spitaleintritt zu erfolgen.

Die Kurleistungen werden nur bezahlt, wenn

- die Kuren medizinisch notwendig und im Rahmen einer ärztlichen Behandlung von einem in der Schweiz zugelassenen Arzt verordnet worden sind;
- die Kurverordnung 2 Wochen vor Antritt einer Kur bei Sanitas eintrifft.

Bei Badekuren werden die Leistungen zudem nur bezahlt, wenn ambulante Therapien nicht erfolgversprechend und zweckdienlich sind und während der Kur therapeutische Massnahmen erfolgen.

2.2 Step-by-Step-Schadenfreiheitsrabatt

Allgemeines

Sanitas gewährt Versicherten, die während einer 12-monatigen Beobachtungsperiode keine Leistungen bezogen haben, im darauffolgenden Kalenderjahr einen Prämienrabatt.

Der Prämienrabatt wird auf der Bruttoprämie gewährt. Ist eine wählbare Franchise vereinbart, wird der Prämienrabatt von der Nettoprämie (nach Abzug des Rabatts für die Jahresfranchise) abgezogen.

Eine Beobachtungsperiode dauert vom 1. September eines Jahres bis 31. August des Folgejahres. Berücksichtigt werden Leistungsbezüge innerhalb dieser Beobachtungsperiode. Massgebend ist das Datum der Leistungsabrechnung von Sanitas.

Bei Versicherungsbeginn vom 1. Januar bis 1. August dauert die erste Beobachtungsperiode vom Versicherungsbeginn bis 31. August desselben Jahres.

Bei Versicherungsbeginn vom 1. September bis 1. Dezember dauert die erste Beobachtungsperiode vom Versicherungsbeginn bis 31. August des Folgejahres.

Bei Übertritt in die Kategorie s-care Corporate Hospital Extra wird die Rabattstufe übernommen.

Prämienrabatt und Rabattstufen

Das Rabattmaximum von 24% wird ausgehend von Rabattstufe 0 im 9. Kalenderjahr erreicht.

Rabattstufen	Kalender-jahr	Rabatt	Prämien in % der Bruttoprämien
0	1	0	100
1	2	3	97
2	3	6	94
3	4	9	91
4	5	12	88
5	6	15	85
6	7	18	82
7	8	21	79
8	9	24	76
9	10	24	76
10	11	24	76
11	12	24	76
11	13 + folgende	24	76

Beim Neuabschluss eines Produktes mit Step-by-Step-Schadenfreiheitsrabatt kann eine höhere Rabattstufe als die Rabattstufe 0 gewährt werden.

Rückstufung im Schadenfall

Wird während der Beobachtungsperiode ein Leistungsbezug festgestellt, wird der Prämienrabatt für das darauffolgende Kalenderjahr um 4 Rabattstufen reduziert. Rückstufungen erfolgen, bis die Rabattstufe 0 erreicht wird.

Ist der Leistungsbezug in der Beobachtungsperiode grösser als Fr. 20 000.–, wird der Prämienrabatt für das darauffolgende Kalenderjahr auf Stufe 0 reduziert, und zwar ungeachtet der gewährten Rabattstufe.

2.3 Wählbare Franchise

Eine allfällig gewählte Jahresfranchise wird für sämtliche Leistungen pro Kalenderjahr erhoben.

Bei Vertragsbeginn vom 1. Januar bis und mit 1. Juni wird die volle Jahresfranchise erhoben, bei Vertragsbeginn vom 1. Juli bis und mit 1. Dezember die halbe Jahresfranchise.

Dauert eine Behandlung mehr als 10 Tage über das Jahresende hinaus, ist die Jahresfranchise für das Folgejahr erneut zu bezahlen.