

SPITALVERSICHERUNG CLINICA

ZUSÄTZLICHE VERSICHERUNGS- BEDINGUNGEN GEMÄSS VVG.

Ausgabe 2023, gültig ab 01.01.2023

INHALTSVERZEICHNIS.

I. Allgemeines	3
Art. 1 Rechtsgrundlagen	3
Art. 2 Zweck	3
Art. 3 Versicherungsangebot	3
Art. 4 Vorgeburtlicher Versicherungsabschluss	3
II. Versicherungsleistungen	4
Art. 5 Leistungsumfang	4
Art. 6 Leistungsdauer	4
Art. 7 Leistungen bei Unterversicherung	4
Art. 8 Leistungsausschluss	4
Art. 9 Krankentransporte	5
Art. 10 Haushaltshilfe/Hauskrankenpflege	5
Art. 11 Rooming-in	5
Art. 12 Ambulante Eingriffe	5
Art. 13 Leistungen im Ausland	5
Art. 14 Bonussystem für Halbprivat- und Privatversicherungen	6
III. Versicherungsvarianten	6
Art. 15 Wählbarer Selbstbehalt pro Tag	6
Art. 16 Spital mit anerkanntem Tarif	7
Art. 17 Spitalwahlausweitung	7
IV. Schlussbestimmungen	7
Art. 18 Kostengutsprache	7
Art. 19 Abrechnungsverfahren	7
Art. 20 Allgemeine Bestimmungen	7

ZUSÄTZLICHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN GEMÄSS VVG.

I. ALLGEMEINES

ART. 1 RECHTSGRUNDLAGEN

1. Gestützt auf ihre Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) führt SWICA eine Ergänzungsversicherung für Spitalzusatzleistungen gemäss dem Versicherungsvertragsgesetz VVG.
2. Für Versicherte, die eine besondere Form der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Art. 62 KVG abgeschlossen haben, gelten zudem die diesbezüglichen Besonderen Versicherungsbedingungen.

ART. 2 ZWECK

Die Spitalversicherung CLINICA übernimmt die aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Mehrkosten bei einem ärztlich verordneten Aufenthalt in einer Heilanstalt (Spital, psychiatrische Klinik, Rehabilitationskliniken) sowie die in diesen Zusätzlichen Versicherungsbedingungen festgelegten weiteren Leistungen.

ART. 3 VERSICHERUNGSANGEBOT

Für den Aufenthalt in einem Spital bestehen folgende Versicherungsmöglichkeiten:

- › CLINICA allgemein
Allgemeine Abteilung (Mehrbettzimmer) in einem öffentlichen oder privaten Spital mit von SWICA anerkannten Tarifen in der Schweiz (vgl. Art. 16)
- › CLINICA hotela
Allgemeine Abteilung (Zweibettzimmer) in einem öffentlichen oder privaten Spital mit von SWICA anerkannten Tarifen in der Schweiz (vgl. Art. 16)
- › CLINICA halbprivat gemäss PROVITA-Spittalliste
Halbprivate Abteilung (Zweibettzimmer) in einem öffentlichen oder privaten Spital gemäss PROVITA-Spittalliste. Die Spittalliste kann bei SWICA/PROVITA eingesehen werden.
- › CLINICA halbprivat
Halbprivate Abteilung (Zweibettzimmer) in einem öffentlichen oder privaten Spital mit von SWICA anerkannten Tarifen in der Schweiz (vgl. Art. 16)
- › CLINICA privat
Private Abteilung (Einbettzimmer) in einem öffentlichen oder privaten Spital mit von SWICA anerkannten Tarifen in der Schweiz (vgl. Art. 16)

ART. 4 VORGEBURTLICHER VERSICHERUNGS- ABSCHLUSS

Wird der Versicherungsantrag vor der Geburt gestellt, wird das Kind ohne Vorbehalt in die CLINICA allgemein übernommen. Ein vorgeburtlicher Versicherungsabschluss für die CLINICA halbprivat und CLINICA privat ist nicht möglich.

II. VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

ART. 5 LEISTUNGSUMFANG

1. Die Leistungen aus der Versicherungsabteilung CLINICA werden ergänzend zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder zu einer Unfallversicherung und im Nachgang zu allfälligen Leistungen Dritter ausgerichtet. In allen Fällen werden jedoch höchstens die tatsächlich ausgewiesenen Kosten übernommen.
2. Die Leistungen der Versicherungsabteilung CLINICA werden für wissenschaftlich anerkannte Heilanwendungen im Rahmen eines Aufenthalts in einem Spital nur gewährt, wenn der Zustand des Versicherten die stationäre Behandlung erfordert und aus medizinischen Gründen in den gewählten Spital bzw. die Spitalabteilung gehört.
3. Voraussetzung für die Übernahme der Leistungen ist, dass das gewählte Spital bzw. die Spitalabteilung in der kantonalen Planungs- und Spitalliste gemäss Art. 39 KVG aufgeführt ist.
4. Bei Spitälern ohne anerkannte Tarife kommen die Maximaltarife von SWICA zur Anwendung. Als Maximaltarife gelten die vertraglich geregelten Tarife des am Wohnort nächstgelegenen Spitals, das die gleiche Behandlung durchführen kann.
5. Kennt ein Spital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilungen als die oben genannten oder werden die Tarife von SWICA nicht anerkannt, so gelten diese als private Abteilungen. SWICA kann Maximaltarife festlegen, die als Kriterium für die Einteilung der versicherten Abteilungen gelten.

ART. 6 LEISTUNGSDAUER

1. Bei stationärer Behandlung in einem Akutspital werden die versicherten Leistungen zeitlich unbeschränkt ausgerichtet, solange die Akutspitalbedürftigkeit besteht.
2. Bei Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik werden die versicherten Leistungen während maximal 30 Tagen innerhalb eines Kalenderjahres ausgerichtet, solange unter Berücksichtigung der Diagnose und der Gesamtheit der ärztlichen Behandlung der Aufenthalt in einer psychiatrischen Heilanstalt medizinisch notwendig ist und kein chronisches Krankheitsbild vorliegt.
3. Bei Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik werden die Leistungen gemäss versicherter Spitalabteilung während längstens 30 Tagen pro Aufenthalt ausgerichtet.

ART. 7 LEISTUNGEN BEI UNTERVERSICHERUNG

1. Hält sich der Versicherte in einer höheren als der versicherten Spitalabteilung auf, werden die von den bestehenden Versicherungen nicht gedeckten Kosten gemäss Art. 6 Abs. 1 wie folgt übernommen:
 - › Versicherungsklasse CLINICA allgemein/hotela:
Bei Aufenthalt in der privaten Abteilung werden 20 Prozent der Leistungen der CLINICA privat und bei Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung 40 Prozent der CLINICA halbprivat vergütet.
 - › Versicherungsklasse CLINICA halbprivat:
Bei Aufenthalt in der privaten Abteilung werden 75 Prozent der Leistungen der CLINICA privat vergütet.
2. Bei einer Geburt in einer halbprivaten oder privaten Abteilung einer Heilanstalt werden die ungedeckten Kosten für das gesunde Neugeborene, das bei SWICA ab Geburt versichert ist, aus der Spitalzusatzversicherung der Mutter während der Dauer des Aufenthalts der Mutter in der Heilanstalt, höchstens jedoch während zweier Wochen, übernommen. Wenn die Mutter lediglich die obligatorische Grundversicherung bei SWICA/PROVITA abgeschlossen hat oder wenn nur das Kind bei SWICA/PROVITA versichert ist, werden die Kosten des Kindes von der Zusatzversicherung des Kindes übernommen.

ART. 8 LEISTUNGSAUSSCHLUSS

In Ergänzung zu den Ausschlussgründen gemäss Art. 32 AVB besteht kein Leistungsanspruch aus der Spitalversicherung CLINICA für:

- › ambulante Behandlungen, mit Ausnahme von Art. 12,
- › persönliche Unkosten (Telefon, Porti, TV usw.),
- › Behandlung und Pflege von chronisch und alterskranken Personen,
- › Aufenthalte in Pflege- und Altersheimen sowie in Heilanstalten für Entwöhnungskuren,
- › Behandlung und Aufenthalt bei Organtransplantationen, für die der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) Fallpauschalen vereinbart hat. Dies gilt auch für Kliniken ohne vereinbarte Fallpauschalen.

ART. 9 KRANKENTRANSPORTE

An die Kosten für medizinisch notwendige Kranken-, Unfall-, Bergungs-, Rettungs- und Überführungstransporte in die nächste geeignete Klinik zu einem stationären Aufenthalt werden im Nachgang zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung pro Kalenderjahr folgende Beiträge erbracht:

- › CLINICA allgemein/hotela CHF 1 000.–
- › CLINICA halbprivat CHF 10 000.–
- › CLINICA privat CHF 20 000.–

ART. 10 HAUSHALTSHILFE/HAUSKRANKENPFLEGE

1. Wenn ein Versicherter aufgrund einer ärztlichen Verordnung bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit wegen seines Gesundheitszustands und wegen seiner persönlichen familiären Verhältnisse eine Haushaltshilfe/Hauskrankenpflege benötigt und dadurch ein Spital-, Kur- oder Heimaufenthalt verkürzt oder vermieden wird, werden an die ausgewiesenen und anderweitig nicht gedeckten Kosten pro Tag folgende Beiträge ausgerichtet:

- › CLINICA allgemein/hotela CHF 30.–
- › CLINICA halbprivat CHF 50.–
- › CLINICA privat CHF 70.–

2. Als Haushaltshilfe gilt, wer beruflich auf eigene Rechnung oder für eine Organisation in Vertretung des Versicherten den Haushalt besorgt. Als Haushaltshilfe kann auch anerkannt werden, wer in Vertretung des erkrankten Versicherten den Haushalt besorgt und dadurch nachweisbar in seiner beruflichen Tätigkeit einen Erwerbsausfall erleidet.

3. Die Tagesleistungen werden für höchstens 60 Tage pro Kalenderjahr bezahlt. Nicht voll bezogene Tagesleistungen können nicht auf andere Tage übertragen werden.

ART. 11 ROOMING-IN

1. Muss ein Kleinkind (bis zum 6. Geburtstag) stationär behandelt werden, vergütet die Versicherung CLINICA des Kindes an den gleichzeitigen Aufenthalt eines Elternteils im Zimmer des Kindes 50 Prozent der Kosten.

2. Muss die Mutter bzw. der alleinerziehende Vater stationär behandelt werden, vergütet die Versicherung CLINICA der Mutter bzw. dem alleinerziehenden Vater an den gleichzeitigen Aufenthalt des Kleinkindes (bis zum 6. Geburtstag) im Zimmer der Mutter bzw. des alleinerziehenden Vaters 50 Prozent der Kosten.

ART. 12 AMBULANTE EINGRIFFE

1. Kann durch einen kostengünstigeren ambulanten Eingriff ein stationärer Akutspitalaufenthalt verkürzt oder vermieden werden und besteht zwischen der Institution, in welcher der ambulante Eingriff vorgenommen wird, und dem Versicherer ein Vertrag, werden die Kosten des Eingriffs nach Vertragsansätzen aus der Spitalversicherung CLINICA übernommen.
2. Die gesetzliche Kostenbeteiligung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wird nicht übernommen.

ART. 13 LEISTUNGEN IM AUSLAND

1. Wird während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts infolge Erkrankung oder Unfall eine ärztlich angeordnete notfallmässige Spitaleinweisung notwendig, werden an die durch die Grundversicherung nicht gedeckten Kosten während maximal 30 Tagen innerhalb eines Kalenderjahres folgende Leistungen ausgerichtet:

höchstens pro Tag

- › CLINICA allgemein CHF 500.–
- › CLINICA halbprivat CHF 1 000.–
- › CLINICA privat CHF 1 500.–

2. Die Leistungen werden nur bis zum Zeitpunkt einer medizinisch zumutbaren Heimreise oder Verlegung in eine schweizerische Heilanstalt gewährt.
3. Für Verlegungen und Behandlungen in Drittstaaten werden keine Leistungen erbracht.
4. Begibt sich ein Versicherter zur Behandlung, Pflege oder Niederkunft ins Ausland, werden keine Leistungen erbracht.

ART. 14 BONUSSYSTEM FÜR HALBPRIVAT- UND PRIVATVERSICHERUNGEN

1. Beanspruchten Versicherte aus ihrer Halbprivat- und Privatversicherung keine stationären Leistungen (Aufenthalt in einer Klinik von zwei Tagen und mehr), so kommen sie in den Genuss eines Bonus in Form einer reduzierten Prämie, und zwar wie folgt:

Anzahl ganze leistungsfreie Beobachtungsperioden	Bonus in % der Ausgangsprämie	Prämienbonusstufe
Nach einer	5%	1
Nach zwei	10%	2
Nach drei	15%	3

2. Folgende Leistungen gelten nicht als stationäre Leistung:
 - › Krankentransporte
 - › ambulante Eingriffe
 - › Haushaltshilfe
 - › Rooming-in
 - › alle Mutterschaftsleistungen
3. Als Beobachtungsperiode gilt die Zeit vom 1. Juli bis zum 30. Juni im nächsten Kalenderjahr. Hat während dieser Zeit keine Behandlung stattgefunden, kommt auf den nächsten 1. Januar der entsprechende Prämienbonus zur Anwendung.
4. Wird während einer Beobachtungsperiode eine Leistung aus der Halbprivat- oder Privatversicherung bezogen, erhöht sich die Prämie auf den nächsten 1. Januar auf das Niveau der Ausgangsprämie.
5. Für die Geltendmachung der Leistungen sind SWICA innert 30 Tagen nach Erhalt der Rechnungen dieselben einzureichen. Werden sie verspätet eingereicht, erfolgt eine nachträgliche Korrektur der Prämienstufe. Den Versicherten zu Unrecht gewährte Prämienermässigungen werden mit der nächsten Prämienrechnung von SWICA verrechnet bzw. rückgefordert.

III. VERSICHERUNGSVARIANTEN

ART. 15 WÄHLBARER SELBSTBEHALT PRO TAG

1. In der Versicherungsabteilung CLINICA (ausgenommen CLINICA allgemein und hotela) besteht die Möglichkeit, freiwillig gegen eine entsprechende Prämienreduktion per Beginn eines Kalenderjahres einen täglichen Selbstbehalt bei stationärer Behandlung zu vereinbaren. Der Selbstbehalt wird auch bei Mutterschaftsleistungen erhoben. Folgende Stufen stehen zur Verfügung:

Selbstbehalt pro Tag	Max. Selbstbehalt pro Kalenderjahr	Prämienreduktion
CHF 100.–	CHF 1 000.–	15%
CHF 200.–	CHF 2 000.–	20%
CHF 300.–	CHF 3 000.–	25%
CHF 500.–	CHF 5 000.–	35%

2. Begibt sich ein Versicherter mit abgeschlossenem Selbstbehalt pro Tag in der Versicherungsabteilung CLINICA in eine Spitalabteilung, die niedriger ist als seine effektive Versicherungsdeckung (Beispiel: Versicherungsdeckung ist privat, aber die Behandlung erfolgt in der halbprivaten Abteilung), so wird kein Selbstbehalt erhoben.
3. Eine Rückstufung oder die Kündigung des Selbstbehalts kann unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten auf den Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.
4. Die Höherstufung des Selbstbehalts ist unabhängig von Gesundheitszustand und Alter auf Beginn einer Kalenderperiode möglich.

ART. 16 SPITAL MIT ANERKANNTEM TARIF

1. Als Spital mit anerkanntem Tarif gelten Spitäler, mit denen SWICA Tarife vereinbart hat oder die sich an Tarife halten, die von SWICA ohne Vereinbarung anerkannt werden.
2. SWICA führt eine Liste derjenigen Spitäler, deren halbprivate Tarife anerkannt werden. Diese Liste wird laufend angepasst und kann bei SWICA eingesehen oder auszugsweise verlangt werden.

ART. 17 SPITALWAHLAUSWEITUNG

Gegen einen Prämienzuschlag auf die Basispremie kann bei der CLINICA halbprivat bzw. privat eine Versicherungsvariante abgeschlossen werden, die auch bei Spitälern ohne vertraglich geregelte Tarifbindung mit SWICA die volle Kostengarantie erbringt.

IV. SCHLUSSBESTIMMUNGEN

ART. 18 KOSTENGUTSPRACHE

1. Bei Spitalaufenthalt in der Schweiz leistet SWICA mindestens Kostengutsprache für die allgemeine Abteilung, bei Aufenthalt in der halbprivaten oder privaten Abteilung leistet SWICA eine angemessene Kostengutsprache.
2. Bei Aufenthalt in einer Heilanstalt, mit der SWICA keine Verträge abgeschlossen hat, stellt SWICA keine Kostengutsprache aus. SWICA rechnet allfällige Leistungen direkt mit dem Versicherten ab.
3. Bei Spitalaufenthalt im Ausland wird keine Kostengutsprache ausgestellt. SWICA rechnet allfällige Leistungen direkt mit dem Versicherten ab.

ART. 19 ABRECHNUNGSVERFAHREN

1. Die Bezahlung der Rechnung ist grundsätzlich Sache des Versicherten, sofern SWICA keine Kostengutsprache geleistet hat. Bei fehlender Tarif- und Behandlungsangabe kann SWICA die Tarifierung nach ihren Maximaltarifen vornehmen.
2. Für das Ruckerstattungsbegehren hat der Versicherte die detaillierte Originalrechnung spätestens innert 24 Monaten nach Eintritt des versicherten Ereignisses bei SWICA einzureichen.
3. Die Kostenanteile von SWICA werden nach der ärztl. Verordnung berechnet. Bei fehlender Tarif- oder Behandlungsangabe kann SWICA die Tarifierung nach den ortsüblichen Tarifen vornehmen.
4. Die Vergütung von SWICA erfolgt ausschliesslich an den Versicherten oder dessen gesetzlichen Vertreter.
5. Bei Rechnungen aus dem Ausland kann SWICA den Versicherungsnehmer auffordern, diese in eine der drei Amtssprachen der Schweiz übersetzen zu lassen. Bestehen Zweifel an der Richtigkeit dieser Übersetzung, kann SWICA nach vorangegangener Mitteilung an den Versicherungsnehmer eine Übersetzung auf Kosten des Versicherungsnehmers veranlassen.

ART. 20 ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

Für alle in diesen Zusätzlichen Versicherungsbedingungen nicht besonders geregelten Bestimmungen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für Versicherungen nach VVG.