Hospita

Zusatzbedingungen (ZB) nach VVG

Ausgabe 2024, gültig ab 01.01.2024

SWICA

Kundeninformation

Zum besseren Verständnis möchten wir vor dem Vertragsabschluss auf einige Vertragsgrundlagen hinweisen, die uns besonders wichtig sind.

Als Grundlage für den Versicherungsvertrag gelten die Dokumente gemäss Kundeninformation in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (separates Dokument).

Achten Sie in den nachstehenden Zusatzbedingungen auf dieses Symbol: i

Lassen Sie sich die entsprechend markierten Textpassagen vor dem Vertragsabschluss erklären. Wir weisen Sie mit dem Symbol besonders auf folgende Sachverhalte hin:

- Wer kann eine Versicherung abschliessen?
- Was ist versichert bzw. was ist nicht versichert?
- Welche Pflichten hat der Versicherungsnehmer?
- Wann besteht Anspruch auf Leistungen?

Inhaltsverzeichnis

I. Anwendungsbereich **4**
Art. 1 i Zweck 4
Art. 2 Versicherungsnehmer 4

II. Versicherungsumfang **4**
Art. 3 Wahl der Versicherungsstufen 4
Art. 4 Stufenwechselgarantie 5
Art. 5 i Kostenbeteiligungsvarianten 5
Art. 6 Ärztliche Zweitbeurteilung 5

III. Leistungen **6**
Art. 7 Leistungsanspruch im Krankheitsfall (stationäre Spitalbehandlung) 6
Art. 8 Leistungsdauer 6
Art. 9 Wahl einer anderen Spitalabteilung/ Auslandsbehandlungen 6
Art. 10 Ambulante medizinische Zentren (Spitäler, Tageskliniken oder Ambulatorien mit entsprechender Infrastruktur) 7
Art. 11 Spezial- und psychiatrische Kliniken 7
Art. 12 Mutterschaft 7
Art. 13 Badekuren 7
Art. 14 Erholungsaufenthalte 8
Art. 15 Hauskrankenpflege 8
Art. 16 Haushalthilfe 8
Art. 17 Kieferchirurgie 8
Art. 18 Notfall-/Verlegungstransporte 8
Art. 19 Rückführungs-, Such- und Bergungskosten 8

IV. Listen und Verzeichnisse **8**
Art. 20 Listen und Verzeichnisse 8

V. Prämien **9**
Art. 21 Wahl des Prämientarifmodells 9

VI. Allgemeine Bestimmungen **9**
Art. 22 Koordination mit anderen Versicherungen 9

Spitalversicherung Hospita

I. Anwendungsbereich

Art. 1 Zweck

Die SWICA Versicherungen AG, nachstehend SWICA genannt, bezahlt aus der Spitalversicherung Hospita Mehr- und Zusatzleistungen bei stationärer Spitalbehandlung oder ambulanten operativen Eingriffen und Interventionen in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (nach KVG, SR 832.10).

SWICA führt ein Spitalverzeichnis. Darin sind alle von SWICA anerkannten Spitäler nach Versicherungsstufen (siehe Art. 3) abgebildet. In Spitälern ohne Tarifvertrag mit SWICA gilt der von SWICA definierte Maximaltarif[1]. Der Umfang der Beteiligung wird im Rahmen des Kostengutsprache-Gesuchs geprüft.

Das in diesen Bedingungen erwähnte Spitalverzeichnis wird digital zur Verfügung gestellt und laufend aktualisiert und ist jederzeit abrufbar. Versicherungsnehmer erhalten beim SWICA-Kundendienst jederzeit Auszüge.

Ausserdem werden aus dieser Zusatzversicherung je nach gewählter Versicherungsstufe weitere Leistungen erbracht.

Art. 2 Versicherungsnehmer

Jede Person mit gesetzlichem Wohnsitz in der Schweiz kann diese Zusatzversicherung beantragen.

II. Versicherungsumfang

Art. 3 Wahl der Versicherungsstufen

SWICA übernimmt die Kosten von Leistungen, wenn sie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind.

Es kann unter folgenden Versicherungsstufen ausgewählt werden:

Stufe 1	Hospita Allgemein: Allgemeine Abteilung von SWICA-anerkannten Spitälern in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein. Diese Stufe kann mit einer Garantie abgeschlossen werden, welche eine Höherversicherung in der halbprivaten bzw. privaten Spitalabteilung ohne Gesundheitsprüfung ermöglicht.
Stufe 2	Hospita Halbprivat: Halbprivate Abteilung von SWICA-anerkannten Spitälern in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein (Listenspitäler und Vertragsspitäler) mit Tarifvertrag. In Spitälern ohne Tarifvertrag mit SWICA gilt der von SWICA definierte Maximaltarif (anerkannter Tarif).
Stufe 3	Hospita Halbprivat (Liste): Halbprivate Abteilung in Spitälern in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein gemäss Kennzeichnung im SWICA-Spitalverzeichnis
Stufe 4	Hospita Privat: Private Abteilung von SWICA-anerkannten Spitälern in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein (Listenspitäler und Vertragsspitäler) mit Tarifvertrag. In Spitälern ohne Tarifvertrag mit SWICA gilt der von SWICA definierte Maximaltarif (üblicher Privattarif).
Stufe 5	Hospita Privat (Liste): Private Abteilung in Spitälern in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein gemäss Kennzeichnung im SWICA-Spitalverzeichnis

[1] Der Maximaltarif bemisst sich maximal nach den Mittelwerten der Tarifverträge zwischen SWICA und vergleichbaren Spitälern oder dem zuletzt gültigen Tarif mit dem Spital, wobei der jeweils tiefere Wert der beiden Werte zur Anwendung gelangt. Der Maximaltarif wird für jede Spitalklasse separat berechnet.

Stufe 6 Hospita Privat Weltweit: Private Abteilung in allen öffentlichen und privaten Spitälern in der ganzen Welt. Ohne vertragliche Vereinbarung gilt in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein der Maximaltarif (üblicher Privattarif).

Stufe 7 Versicherungsvariante Hospita Comforta Zweibettzimmer (Hotellerie) aller SWICA-anerkannten Spitäler in der Schweiz gemäss Kennzeichnung im SWICA-Spitalverzeichnis

Stufe 8 Versicherungsvariante Hospita Comforta Einbettzimmer (Hotellerie) aller SWICA-anerkannten Spitäler in der Schweiz gemäss Kennzeichnung im SWICA-Spitalverzeichnis

Art. 4 Stufenwechselgarantie

1. Der Abschluss der Hospita Allgemein inkl. Stufenwechselgarantie (= Hospita Plus) ermöglicht, ohne Gesundheitsprüfung in die Versicherungsvariante Hospita Halbprivat bzw. Hospita Privat zu wechseln.
2. Die Stufenwechselgarantie kann als eine der zwei nachstehenden Varianten abgeschlossen werden:

   a) Wechsel von Hospita Allgemein zu Hospita Halbprivat (wahlweise Stufe 2 oder 3)
   b) Wechsel von Hospita Allgemein zu Hospita Privat (wahlweise Stufe 4 oder 5)

3. Eine Hospita Plus kann bis zum Ende des Kalenderjahrs abgeschlossen werden, in dem der 18. Geburtstag erfolgt ist.
4. Der Einschluss der Stufenwechselgarantie Hospita Plus bei Hospita Allgemein ist nach Bestehen einer Gesundheitsprüfung möglich.
5. Der Wechsel in die versicherte höhere Stufe ist bis zum Ende des Kalenderjahrs möglich, in dem der 40. Geburtstag erfolgt ist. Wird bis zu diesem Zeitpunkt die Wechselgarantie nicht beansprucht, verfällt sie.
6. Ein Wechsel kann auf den nächsten ersten Kalender tag eines Monats oder nach Vereinbarung erfolgen.
7. i Nach dem Wechsel in die versicherte höhere Stufe besteht auf allen Leistungen eine Karenzfrist von zwölf Monaten. Während dieser Zeit sind Behandlungen in der allgemeinen Abteilung versichert.

Art. 5 i Kostenbeteiligungsvarianten

1. Der Versicherungsnehmer kann für die Stufen 1 bis 6 besondere Kostenbeteiligungsmodelle mit einer Franchise pro Kalenderjahr wählen:

   - 1000 Franken
   - 2000 Franken
   - 5000 Franken

2. Der Hospita-Halbprivat-Versicherungsnehmer (Stufen 2 und 3) kann ausserdem Kostenbeteiligungsmodelle mit einem Selbstbehalt von 300 Franken pro Spitaltag bis zu einem Maximum von 6000 Franken pro Kalenderjahr wählen.
3. Der Hospita-Privat-Versicherungsnehmer (Stufen 4 und 5) kann ausserdem Kostenbeteiligungsmodelle mit einem Selbstbehalt von 300 Franken pro Spitaltag bis zu einem Maximum von 6000 Franken pro Kalenderjahr bei Behandlung auf der halbprivaten Spitalabteilung und 400 Franken pro Spitaltag bis zu einem Maximum von 8000 Franken pro Kalenderjahr bei Behandlungen auf der privaten Spitalabteilung wählen.
4. Die Prämie wird entsprechend dem gewählten Kostenbeteiligungsmodell reduziert. Eine in der Grundversicherung oder in einer anderen Zusatzversicherung von SWICA bereits erbrachte Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) wird bei der Bemessung der maximalen jährlichen Kostenbeteiligung dieser Zusatzversicherung angerechnet.
5. Der Wechsel zu einer tieferen Kostenbeteiligung kann jeweils unter Einhaltung einer dreimonatigen Änderungsfrist auf Beginn eines Kalenderjahrs beantragt werden. Nach einer Gesundheitsprüfung kann SWICA der Reduktion zustimmen oder Krankheiten sowie Unfallfolgen, die zum Zeitpunkt des Reduktionsantrags bestehen, von der Kostenbeteiligungsreduktion ausschliessen oder diesen ablehnen.
6. Bei Mutterschaft gilt bei einem Wechsel zu einer tieferen Kostenbeteiligung eine Karenzfrist von 360 Tagen.
7. Die Gesundheitsprüfung bei der Kostenbeteiligungsreduktion erfolgt auch bei gleichzeitiger Reduktion der Versicherungsstufe. Ausnahme: Bei der Reduktion auf Hospita Allgemein (Variante ohne Stufenwechselgarantie) erfolgt bei der Kostenbeteiligungsreduktion keine Gesundheitsprüfung.
8. Die Aufhebung der Kostenbeteiligung ist der Kostenbeteiligungsreduktion gleichgestellt.

Art. 6 Ärztliche Zweitbeurteilung

Mit der Versicherungsstufe 3 und 5 kann der Versicherungsnehmer vor empfohlenen operativen Eingriffen eine ärztliche Zweitbeurteilung («Second Opinion») von SWICA einholen.

III. Leistungen

Art. 7 Leistungsanspruch im Krankheitsfall (stationäre Spitalbehandlung)

1. SWICA bezahlt die Aufenthalts- und Behandlungskosten bei Spitalaufenthalten gemäss der gewählten Versicherungsstufe.
2. In der allgemeinen Abteilung (Stufe 1) werden die Aufenthalts- und Behandlungskosten der SWICA-anerkannten Spitäler bezahlt (gemäss Kennzeichnung im SWICA-Spitalverzeichnis). Die Deckung beschränkt sich auf nicht gedeckte Leistungen bei ausserkantonalen stationären Behandlungen, d.h., dass der den Referenztarif des Wohnkantons übersteigende Anteil gemäss OKP übernommen wird, sofern dieser nicht aufgrund medizinischer Begründung durch die OKP übernommen wird.
3. Voraussetzung für den Leistungsanspruch in den Stufen 2 und 4 ist, dass SWICA über eine vertragliche Vereinbarung (Tarifvertrag) für diese Leistung mit dem entsprechenden Leistungserbringer verfügt. Bei diesen Vertragstarifen werden die vollen Kosten für die erbrachte Leistung übernommen (gemäss Kennzeichnung im SWICA-Spitalverzeichnis). Ohne vertragliche Vereinbarung mit SWICA wird ein von SWICA definierter Maximaltarif oder gemäss Art. 9 Stufe 2 und 3 vergütet. Fordert der Leistungserbringer eine höhere Entschädigung als den von SWICA definierten Maximaltarif (anerkannter Tarif), trägt der Versicherungsnehmer die Differenz zwischen dem anerkannten Tarif und der Rechnung des Leistungserbringers.
4. In den Stufen 3 und 5 werden Leistungen für aufgeführte Spitäler gemäss Kennzeichnung im SWICA-Spitalverzeichnis erbracht. Ohne vertragliche Vereinbarung mit SWICA fehlt im SWICA-Spitalverzeichnis die entsprechende Kennzeichnung und es werden von SWICA keine Kosten übernommen.
5. In der Stufe 6 werden die vollen Spitalkosten im Ausland übernommen. Ohne vertragliche Vereinbarung mit einem Spital in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein kommt der von SWICA definierte Maximaltarif zur Anwendung. Fordert der Leistungserbringer eine höhere Entschädigung als den von SWICA definierten Maximaltarif (üblicher Privattarif), trägt der Versicherungsnehmer die Differenz zwischen dem anerkannten Tarif und der Rechnung des Leistungserbringers.
6. In der Versicherungsvariante Comforta Stufe 7 (Zweibettzimmer) und Stufe 8 (Einbettzimmer) werden die Aufenthalts- und Verpflegungskosten (Hotellerie) gemäss Vertrag zwischen SWICA und diesen Spitälern bezahlt. An die Behandlungs- und Diagnosekosten sowie Arzthonorare werden keine Leistungen vergütet.
   Ohne vertragliche Vereinbarung mit SWICA fehlt im SWICA-Spitalverzeichnis die entsprechende Kennzeichnung und es werden von SWICA keine Kosten übernommen.
7. Die Mehrkosten medizinisch bedingter ausserkantonaler Behandlungen gehen nicht zulasten der Zusatzversicherung.
8. Bei Knochenmark- und Organtransplantationen richten sich die Leistungen nach dem von SWICA anerkannten Tarif.

Art. 8 Leistungsdauer

Sofern in diesen Bedingungen nichts anderes erwähnt ist, werden die Leistungen aus der Hospita während unbeschränkter Dauer ausgerichtet.

Art. 9 Wahl einer anderen Spitalabteilung/ Auslandsbehandlungen

1. Wahl einer anderen Spitalabteilung
   Bei der Wahl einer höheren Spitalabteilung, die nicht der abgeschlossenen Versicherung entspricht, werden die Kosten in Ergänzung zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezahlt. Es gelten die folgenden Höchstbeträge:

Stufe 1	bis 50 Franken pro Tag an die Pensionskosten und bis 5000 Franken pro Kalenderjahr an die Behandlungskosten
Stufe 2 + 3	bis 100 Franken pro Tag an die Pensionskosten und bis 10 000 Franken pro Kalenderjahr an die Behandlungskosten
Stufe 7	bis 100 Franken pro Tag an die Aufenthalts- und Verpflegungskosten

   Von den vorgenannten Beträgen werden allfällige vom Versicherungsnehmer zu entrichtende Kostenbeteiligungen abgezogen.
2. Spitalbehandlung im Ausland
   Bei Spitalaufenthalten im Ausland werden für stationäre Behandlungen sowie für ambulante Behandlungen gemäss Art. 10 Ziffer 2 in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung folgende Leistungen bezahlt:

Stufe 1	bis 50 Franken pro Tag an die Pensionskosten und bis 5000 Franken pro Kalenderjahr an die Behandlungskosten
Stufe 2 + 3	bis 100 Franken pro Tag an die Pensionskosten und bis 10 000 Franken pro Kalenderjahr an die Behandlungskosten
Stufe 4 + 5	bis 150 Franken pro Tag an die Pensionskosten und bis 30 000 Franken pro Kalenderjahr an die Behandlungskosten
Stufe 6	volle Kostendeckung
Stufe 7	bis 100 Franken pro Tag an die Aufenthalts- und Verpflegungskosten
Stufe 8	bis 150 Franken pro Tag an die Aufenthalts- und Verpflegungskosten

   Von den vorgenannten Beträgen werden allfällige vom Versicherungsnehmer zu entrichtende Kostenbeteiligungen abgezogen.

3. Kostenbeteiligung
   Wählt ein Privat- oder Halbprivatversicherungsnehmer mit einer Kostenbeteiligungsvariante gemäss Art. 5 Abs. 2 und 3 die Behandlung in einer allgemeinen Abteilung, entfällt der Selbstbehalt in der Zusatzversicherung für die Behandlung auf der allgemeinen Abteilung. Wählt ein Privatversicherungsnehmer mit einer Kostenbeteiligungsvariante gemäss Art. 5 Abs. 3 die Behandlung in der halbprivaten Abteilung, reduziert sich der Selbstbehalt auf 300 Franken pro Tag bis zu einem Maximum von 6000 Franken pro Jahr.
4. Maximale Leistung
   Die Beträge unter Art. 9 Ziffer 1 und 2 können nicht kumuliert werden und stellen pro Stufe für sämtliche Leistungsbezüge einen Maximalbetrag dar.

Art. 10 Ambulante medizinische Zentren (Spitäler, Tageskliniken oder Ambulatorien mit entsprechender Infrastruktur)

1. Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist, dass SWICA über eine vertragliche Vereinbarung (Tarifvertrag) für diese Leistung mit dem entsprechenden Leistungserbringer bzw. Dienstleister verfügt. SWICA führt ein Verzeichnis der SWICA-anerkannten Leistungserbringer.
2. SWICA führt eine Liste von Eingriffen bzw. Interventionen, für die in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung Aufenthalts-, Behandlungs- und Nebenkosten, welche die gesetzlichen Pflichtleistungen übersteigen, bezahlt werden.
3. Für die die gesetzlichen Pflichtleistungen übersteigenden Kosten wird vom Versicherungsnehmer keine Kostenbeteiligung erhoben.

Art. 11 Spezial- und psychiatrische Kliniken

1. Für Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken oder in Spezialabteilungen für psychisch Erkrankte in SWICA-anerkannten Spitälern sowie in Spezialkliniken wie Rehabilitationskliniken, Mehrzwecksanatorien, Klimastationen und Schlafkliniken bzw. Schlafstationen werden in den Stufen 2 bis 5 zusätzlich zur Krankenpflegeversicherung folgende Beiträge ausgerichtet:

1.–180. Tag	Kostenübernahme gemäss versicherter Spitalabteilung	
ab 181. Tag	Stufe 2 + 3	80 Franken pro Tag
	Stufe 4 + 5	150 Franken pro Tag

   In der Hospita Stufe 6 werden die Kosten betraglich unbegrenzt übernommen.
   In der Hospita Stufe 1, 7 + 8 werden keine Leistungen ausgerichtet.
2. Diese Leistungen werden während maximal 720 innerhalb von 900 aufeinander folgenden Tagen ausgerichtet.

Art. 12 Mutterschaft

1. Bei Mutterschaft bezahlt SWICA die gleichen Leistungen wie bei Krankheit. Ausserdem vergütet SWICA nach einer Niederkunft aus der Versicherung der Mutter auch die Aufenthalts- und Behandlungskosten des Kindes, sofern es bei SWICA versichert ist und so lange es sich mit der Mutter zusammen im Spital befindet.
2. SWICA bezahlt für das Zusatzbett des Kindes (bis zum vollendeten 6. Lebensjahr) höchstens 50 Franken pro Nacht während längstens 30 Tagen pro Kalenderjahr aus den Stufen 2 bis 6 des Kindes, sofern die Mutter sich einer medizinisch notwendigen stationären Behandlung unterziehen muss und das Kind noch aktiv stillt.
3. SWICA bezahlt für das Zusatzbett der Mutter höchstens 50 Franken pro Nacht während längstens 30 Tagen pro Kalenderjahr aus den Stufen 2 bis 6 der Mutter, sofern sich das Kind (bis zum vollendeten 6. Lebensjahr) einer medizinisch notwendigen stationären Behandlung unterziehen muss und die Mutter dieses noch aktiv stillt.
4. Der Leistungsanspruch bei Mutterschaft beginnt 360 Tage nach Versicherungsbeginn.

Art. 13 Badekuren

1. Bei medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten und von SWICA vorgängig bewilligten Badekuren, die in einem SWICA-anerkannten Schweizer Heilbad oder in besonderen Fällen auf Gesuch und mit vorausgegangener Bewilligung von SWICA im Ausland durchgeführt werden, bezahlt SWICA während längstens 30 Tagen pro Kalenderjahr folgende Beiträge an die Aufenthalts- und Behandlungskosten:

Stufe 1	30 Franken pro Tag
Stufe 2 + 3	60 Franken pro Tag
Stufe 4 + 5	80 Franken pro Tag
Stufe 6	100 Franken pro Tag

   Aus den Stufen 7 + 8 werden keine Leistungen erbracht.
2. Die Kurverordnung ist SWICA mindestens 14 Tage vor Kurantritt einzureichen.

Art. 14 Erholungsaufenthalte

1. Bei ärztlich verordneten Erholungsaufenthalten, die medizinisch begründet und von SWICA im Voraus bewilligt sind und in einem Kurhaus gemäss SWICA-Liste durchgeführt werden, bezahlt SWICA während längstens 30 Tagen pro Kalenderjahr folgende Beiträge an die Aufenthaltskosten:

Stufe 1	15 Franken pro Tag
Stufe 2+3	30 Franken pro Tag
Stufe 4+5	40 Franken pro Tag
Stufe 6	50 Franken pro Tag

   Aus den Stufen 7+8 werden keine zusätzlichen Leistungen erbracht.
2. Die Kurverordnung ist SWICA mindestens 14 Tage vor Kurantritt einzureichen.

Art. 15 Hauskrankenpflege

1. SWICA bezahlt für die Pflege zu Hause von Versicherungsnehmern mit eigenem Haushalt an die nachgewiesenen Kosten folgende Beiträge:

Stufe 1	30 Franken pro Tag
Stufe 2+3	60 Franken pro Tag
Stufe 4+5	80 Franken pro Tag
Stufe 6	100 Franken pro Tag

   Aus den Stufen 7+8 werden keine Leistungen erbracht.
2. Die Pflegebedürftigkeit des Versicherungsnehmers muss durch ein ärztliches Zeugnis ausgewiesen sein.
3. Die Beiträge werden auch an Familienangehörige oder Verwandte bezahlt, sofern ihnen durch die geleistete Hilfe ein nachweisbarer Verdienstausfall entsteht.
4. Diese Leistungen werden während maximal 720 innerhalb von 900 aufeinander folgenden Tagen bezahlt.

Art. 16 Haushalthilfe

1. SWICA bezahlt an die ausgewiesenen Kosten für Haushalthilfen, die für Arbeiten im eigenen Haushalt des Versicherungsnehmers notwendig sind, während höchstens 60 Tagen pro Kalenderjahr folgende Beiträge:

Stufe 1	15 Franken pro Tag
Stufe 2+3	30 Franken pro Tag
Stufe 4+5	40 Franken pro Tag
Stufe 6	50 Franken pro Tag

   Aus den Stufen 7+8 werden keine Leistungen erbracht.
2. Die Notwendigkeit einer Haushalthilfe muss durch ein ärztliches Zeugnis ausgewiesen sein.
3. Die Beiträge werden auch an Familienangehörige oder Verwandte bezahlt, sofern ihnen durch die geleistete Hilfe ein nachweisbarer Verdienstausfall entsteht.

Art. 17 Kieferchirurgie

1. Für kieferchirurgische Massnahmen übernimmt SWICA die nicht gedeckten Kosten gemäss Referenztarif des Wohnkantons des Versicherungsnehmers, höchstens 10 000 Franken pro Kalenderjahr.
2. Bei ambulanten Behandlungen übernimmt SWICA die nicht gedeckten Kosten nach dem Tarif, der gemäss KVG vergütet wird, höchstens 10 000 Franken pro Kalenderjahr.
3. Aus den Stufen 7+8 werden keine Leistungen erbracht.

Art. 18 Notfall-/Verlegungstransporte

SWICA bezahlt im In- und Ausland bis 90 Prozent der effektiven Gesamtkosten (weitere Leistungsbeiträge sind anzurechnen) für Notfalltransporte oder medizinisch notwendige Verlegungstransporte zum nächsten Arzt oder Spital wie folgt:

Stufe 1	5000 Franken pro Kalenderjahr
Stufe 2–6	unbeschränkt

Aus den Stufen 7+8 werden keine Leistungen erbracht.

Art. 19 Rückführungs-, Such- und Bergungskosten

1. SWICA bezahlt 90 Prozent der Rückführungskosten vom Ausland in die Schweiz sowie der Such- und Bergungskosten eines Versicherungsnehmers, pro Ereignis höchstens folgende Beiträge:

Stufe 1	5 000 Franken
Stufe 2–6	20 000 Franken

   Aus den Stufen 7+8 werden keine zusätzlichen Leistungen erbracht.
2. Voraussetzung für die oben aufgeführte Leistungsübernahme ist der Beizug der SWICA-Notrufzentrale.
3. Bei ohne Bewilligung von SWICA durchgeführten Aktionen kann SWICA die Leistungen kürzen oder verweigern.

IV. Listen und Verzeichnisse

Art. 20 Listen und Verzeichnisse

Für die in diesen Bedingungen erwähnten Listen und Verzeichnisse gilt Art. 7 der AVB.

V. Prämien

Art. 21 Wahl des Prämientarifmodells

Die Prämien werden jährlich von SWICA in einem Tarif festgesetzt. Massgebend ist der Tarif des gewählten Prämientarifmodells. Den Versicherungsnehmern der Zusatzversicherung Hospita stehen dabei folgende zwei Modelle zur Wahl frei:

1. Prämientarifmodell Abschlussalter
   Wählt der Versicherungsnehmer den Abschlussaltertarif, so ist für die Prämienfestlegung sein Lebensalter zum Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses massgebend.
2. Prämientarifmodell Lebensalter
   Wählt der Versicherungsnehmer den Lebensaltertarif, so wird seine Prämie jeweils regelmässig zu Beginn eines Kalenderjahrs an seine neue Lebensaltersgruppe angepasst. Abweichend von der Aufteilung der Lebensaltersgruppen gemäss Art. 17 AVB sind die Lebensaltersgruppen wie folgt aufgeteilt: 0–18, 19–25, 26–30 und danach in Fünf-Jahres-Schritten bis zur Altersgruppe 71+.
3. Für Versicherungsnehmer, die zu einem besonderen Tarif für Kinder oder Jugendliche in die Versicherung aufgenommen wurden, wird für die Prämie ab Beginn des Versicherungsjahrs, das der Vollendung des 18. bzw. des 25. Lebensjahrs folgt, die nächsthöhere Tarifstufe berechnet. Wird vom Versicherungsnehmer nicht ausdrücklich die Einteilung in den Abschlussaltertarif verlangt, erfolgt automatisch die Einteilung in den Lebensaltertarif.
4. Der Versicherungsnehmer hat die Möglichkeit, bis zum vollendeten 50. Altersjahr ohne Rücksicht auf den Gesundheitszustand im Rahmen der bisherigen Versicherungsdeckung und unter Anrechnung der bisherigen Versicherungszeit vom Lebensaltertarif auf Beginn des nächsten Kalenderjahrs in den Abschlussaltertarif zu wechseln. Mit Vollendung des 50. Altersjahrs wird der Versicherungsnehmer nach diesen Regelungen automatisch umgeteilt.
5. Die Versicherungsnehmer können auf die automatische Umteilung vom Lebensaltertarif in den Abschlussaltertarif bis zur Vollendung des 50. Altersjahres schriftlich verzichten und den Verbleib im Lebensaltertarif verlangen. Durch den Verzicht der Umteilung erlischt der Anspruch auf Anrechnung der bisherigen Versicherungszeit.

VI. Allgemeine Bestimmungen

Art. 22 Koordination mit anderen Versicherungen

1. Die in diesen Bedingungen vorgesehenen Leistungen werden nur in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung und zur Completa Top sowie Completa Forte von SWICA bezahlt.
2. Die prozentuale Kostenbeteiligung erfolgt in Ergänzung zu anderen Zusatzversicherungen und wird in jedem SWICA-Versicherungsprodukt separat berechnet.

190d / online / 5.2025