



AUSGABE 2016

Zusätzliche Versicherungsbedingungen für die  
Spitalversicherung CLINICA gemäss VVG

# Inhaltsverzeichnis

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

Die SWICA Krankenversicherungen AG als Trägerin der Versicherungen nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) wird im Folgenden SWICA genannt. Alle personenbezogenen Begriffe sind geschlechtsneutral zu verstehen.

## 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, welche 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-Spitalliste  
Halbprivate Abteilung (Zweibettzimmer) in einem öffentlichen oder privaten Spital gemäss PROVITA-Spitalliste. Die Spitalliste 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 Versicherungsabschluss

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 zu der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder 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 Aufenthaltes 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 Spitalern 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 zu den 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 in 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 % der Leistungen CLINICA privat, und bei Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung 40% der CLINICA halbprivat vergütet.
  - Versicherungsklasse CLINICA halbprivat:  
Bei Aufenthalt in der privaten Abteilung werden 75 % der Leistungen CLINICA privat vergütet.
2. Bei 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 Aufenthaltes der Mutter in der Heilanstalt, höchstens jedoch während zwei 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 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 welche 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 1000.-
- CLINICA halbprivat CHF 10000.-
- CLINICA privat CHF 20000.-

#### Art. 10 Haushalthilfe/-krankenpflege

1. Wenn ein Versicherter aufgrund einer ärztlichen Verordnung bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit wegen seines Gesundheitszustandes und wegen seiner persönlichen familiären Verhältnisse eine Haushalthilfe/-krankenpflege 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 Haushalthilfe gilt, wer beruflich auf eigene Rechnung oder für eine Organisation in Vertretung des Versicherten den Haushalt besorgt. Als Haushalthilfe 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 % der Kosten.
2. Muss die Mutter bzw. der allein erziehende Vater stationär behandelt werden, vergütet die Versicherung CLINICA der Mutter bzw. dem allein erziehenden Vater an den gleichzeitigen Aufenthalt des Kleinkindes (bis zum 6. Geburtstag) im Zimmer der Mutter bzw. des allein erziehenden Vaters 50 % 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 Eingriffes 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 Auslandsaufenthaltes 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 1000.-
  - CLINICA privat CHF 1500.-
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. Beanspruchen 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 Beobachtungs- perioden	Bonus in % der Ausgangs- prämie	Prämien- bonusstufe
Nach einer	5 %	1
Nach zwei	10 %	2
Nach drei	15 %	3

2. Folgende Leistungen gelten nicht als stationäre Leistung:
  - Krankentransporte
  - ambulante Eingriffe
  - Haushalthilfe
  - 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	Prämien- reduktion
CHF 100.-	CHF 1000.-	15 %
CHF 200.-	CHF 2000.-	20 %
CHF 300.-	CHF 3000.-	25 %
CHF 500.-	CHF 5000.-	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 auf der halbprivaten Abteilung), so wird kein Selbstbehalt erhoben.
3. Eine Rückstufung oder die Kündigung des Selbstbehaltes kann unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten auf den Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.
4. Die Höherstufung des Selbstbehaltes 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 Basisprämie kann bei der CLINICA halbprivat bzw. privat eine Versicherungsvariante abgeschlossen werden, die auch bei Spitalern 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 welcher 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 Rückerstattungsbegehren 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 ärztlichen 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.