

Ausgabe 1. Januar 2025

Zusätzliche Versicherungsbedingungen (ZVB) HOSPITAL FLEX

Inhaltsverzeichnis

Allgemeines

1 Zweck

Leistungen

- 2 Leistungsvoraussetzung
- 3 Spitalleistungen / Anerkannte Leistungserbringer
- 4 Dauer der Spitalleistungen
- 5 Leistungen im Ausland
- 6 Leistungen für Neugeborene
- 7 Geburtspauschale
- 8 Leistungen für die Unterbringung von Begleitpersonen (Rooming-in)
- 9 Badekuren
- 10 Erholungskuren
- 11 Haushaltshilfen
- 12 Leistungsdauer bei Kuren und Haushaltshilfe
- 13 Kinderhütendienst
- 14 Leistungsausschlüsse

Prämien

- 15 Prämienanpassung
- 16 Sistierung bei der Versicherungsdeckung

Allgemeines

1 Zweck

- 1.1 Die Spitalzusatzversicherung HOSPITAL FLEX entrichtet in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung Leistungen in folgendem Umfang:
- Spitalbehandlungen in der Schweiz: Kosten für zusätzlichen Hotelleriekomfort und Kosten für die Arztwahl infolge eines Aufenthaltes in der allgemeinen, halbprivaten oder privaten Abteilung für akute Gesundheitsschäden in einem anerkannten Spital sowie einschliesslich anerkannte Rehakliniken und anerkannte psychiatrische Kliniken
 - Beitrag an Spitalbehandlungen im Ausland
- Sofern mitversichert und auf der Police aufgeführt, werden zusätzlich Beiträge gewährt an:
- Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Akut- und Übergangspflege
 - Bade- und Erholungskuren
 - Haushaltshilfe
 - Kinderhütendienst
- 1.2 Versichert sind Leistungen als Folge von Krankheit, Unfall und Mutterschaft. Die Unfalldeckung kann ausgeschlossen werden.

Leistungen

2 Leistungsvoraussetzung

- 2.1 Voraussetzung für die Ausrichtung aller Leistungen ist das Vorliegen medizinischer Notwendigkeit sowie die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlungen.
- 2.2 Für den Bezug von Leistungen infolge Mutterschaft muss die Versicherung seit mindestens 365 Tagen ab Versicherungsbeginn bestehen.
- 2.3 Die Leistungen bei Aufenthalt in einem Spital werden nur bei Spitalbedürftigkeit ausgerichtet.

3 Spitalleistungen / Anerkannte Leistungserbringer

- 3.1 Spätestens beim Eintritt ins Spital entscheidet die versicherte Person, in welcher Abteilung sie sich behandeln lassen will. Für Leistungen in der allgemeinen Abteilung wird keine Kostenbeteiligung auferlegt, in der halbprivaten oder privaten Abteilung schuldet die versicherte Person die in der Police festgelegte Kostenbeteiligung.
- 3.2 Aus der HOSPITAL FLEX werden die stationären Aufenthalts- und Behandlungskosten in Spitälern (inkl. Kliniken und Geburtshäuser) übernommen, die die folgenden Voraussetzungen kumulativ erfüllen (anerkannte Spitälern):
- Spitälern, die mit dem entsprechenden Leistungsauftrag auf den kantonalen Planungs- und Spitalisten gemäss Art. 39 KVG aufgeführt sind (Listenspitälern) oder mit denen Helsana einen Vertrag nach Art. 49a Abs. 4 KVG für den entsprechenden Leistungsbereich abgeschlossen hat (KVG-Vertragsspitälern) und
 - Spitälern, mit denen Helsana einen Tarifvertrag für die halbprivate oder die private Abteilung für das gesamte Leistungsangebot oder für einzelne Fachbereiche des Spitals abgeschlossen hat.
- 3.3 Bei Spitälern, die zum Zeitpunkt des Aufenthaltes respektive der Behandlung die Bedingungen gemäss Ziff. 3.2 nicht erfüllen, besteht kein Anspruch auf Kostenübernahme.
- 3.4 Helsana führt jeweils eine Liste mit:
- KVG-Vertragsspitälern, welche über die anerkannten Leistungsbereiche Auskunft gibt (Positivliste), sowie
 - Spitälern, mit denen Helsana keinen Tarifvertrag für die halbprivate oder die private Abteilung für das gesamte Leistungsangebot oder für einzelne Fachbereiche des Spitals abgeschlossen hat (Negativliste).

Die Listen werden laufend angepasst und können in der jeweils aktuellen Fassung auf der Website von Helsana eingesehen oder bei Helsana verlangt werden.

- 3.5 Aus der HOSPITAL FLEX werden Kosten von Ärztinnen und Ärzten, die im Spital Behandlungen selbständig und auf eigene Rechnung erbringen (Belegärztinnen und -ärzte), vergütet, wenn die stationäre Behandlung in einem anerkannten Spital gemäss Ziff. 3.2 und 3.4 erfolgt und die Belegärzte von Helsana anerkannt sind (anerkannte Belegärztinnen und -ärzte).

Nicht anerkannte Belegärzte werden von Helsana auf einer Liste geführt (Negativliste). Diese Liste wird laufend angepasst bzw. kann in der jeweils aktuellen Fassung auf der Website von Helsana eingesehen oder bei Helsana verlangt werden.

- 3.6 Für Leistungen der stationären Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und durch das Spital angeordnet werden, vergütet Helsana, sofern nach Ziff. 1.1 ZVB mitversichert, in Ergänzung zur Leistungspflicht gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) die ungedeckten Kosten für Unterkunft und Verpflegung bis CHF 100.– pro Tag während maximal 14 Tagen pro Kalenderjahr.

4 Dauer der Spitalleistungen

- 4.1 Bei stationärer Behandlung in einem anerkannten Akutspital und in einer anerkannten Rehaklinik werden die versicherten Leistungen für akute Gesundheitsschäden zeitlich unbeschränkt ausgerichtet, solange unter Berücksichtigung der Diagnose und der Gesamtheit der ärztlichen Behandlung ein Aufenthalt in einem Spital medizinisch notwendig und eine Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist.
- 4.2 Bei stationärer Behandlung in einer anerkannten psychiatrischen Klinik werden die versicherten Leistungen während maximal 60 Tagen innerhalb eines Kalenderjahres ausgerichtet, solange unter Berücksichtigung der Diagnose und der Gesamtheit der ärztlichen Behandlung der Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik medizinisch notwendig ist und kein chronisches Krankheitsbild vorliegt.

5 Leistungen im Ausland

Bei einem stationären Aufenthalt in einem Akutspital oder einer psychiatrischen Klinik im Ausland wird an die Kosten der wissenschaftlich anerkannten und zweckdienlichen Behandlungen und für die Unterkunft und Verpflegung der vereinbarte Betrag pro Tag während maximal 60 Tagen pro Kalenderjahr ausgerichtet.

6 Leistungen für Neugeborene

Helsana übernimmt die Kosten für den Aufenthalt des gesunden Neugeborenen aus der vorliegenden HOSPITAL FLEX der Mutter während deren Spitalaufenthaltsdauer, höchstens jedoch während 10 Wochen.

7 Geburtspauschale

Erfolgt die Geburt in einem ambulanten Geburtshaus, zu Hause oder ambulant in einem Spital, bezahlt Helsana die vereinbarte Geburtspauschale.

8 Leistungen für die Unterbringung von Begleitpersonen (Rooming-in)

Bei einer stationären Behandlung im Spital gewährt Helsana Beiträge an die Kosten für Unterkunft und Verpflegung einer der versicherten Person nahestehenden Begleitperson im Spital. Die versicherte Leistung wird während maximal 15 Tagen pro Kalenderjahr ausbezahlt.

9 Badekuren

- 9.1 Leistungen an Badekuren werden ausgerichtet, sofern diese nach Ziff. 1.1 ZVB mitversichert sind.
- 9.2 Die Badekur muss vor Kurantritt ärztlich verordnet sein und erfolgt stationär in einem ärztlich geleiteten inländischen oder europäischen Heilbad, welches von Helsana anerkannt ist.
- 9.3 Ein Leistungsanspruch besteht nur dann, wenn der Badekur eine intensive, wissenschaftlich anerkannte und zweckdienliche Behandlung vorausgegangen oder eine ambulante, wissenschaftlich anerkannte und zweckdienliche Therapie nicht möglich ist. Bei Antritt der Badekur hat zudem eine ärztliche Eintrittsuntersuchung zu erfolgen, und es müssen balneologische und physikalische Anwendungen nach einem Kurplan durchgeführt werden. Die Mindestdauer für eine Badekur beträgt 14 Tage.

10 Erholungskuren

- 10.1 Leistungen an Erholungskuren werden ausgerichtet, sofern diese nach Ziff. 1.1 ZVB mitversichert sind.
- 10.2 Die Erholungskur muss in einem von Helsana anerkannten Kurhaus durchgeführt werden.
- 10.3 Die Erholungskur muss ärztlich verordnet und zur Ausheilung oder Erholung nach einer schweren Krankheit medizinisch notwendig sein. Die ärztliche Kurverordnung ist Helsana 10 Tage vor Antritt der Erholungskur unter Angabe des Heilbades bzw. der Kuranstalt und des Datums des Kurantritts einzureichen.

11 Haushaltshilfen

- 11.1 Leistungen für Haushaltshilfe werden ausgerichtet, sofern diese nach Ziff. 1.1 ZVB mitversichert sind und wenn eine versicherte Person aufgrund einer akuten Erkrankung und wegen ihrer persönlichen familiären Verhältnisse eine Haushaltshilfe benötigt.
- 11.2 Die Notwendigkeit muss durch ein ärztliches Zeugnis ausgewiesen sein.

- 11.3 Bei einem Aufenthalt in Pflegeheimen und ähnlichen Einrichtungen werden keine Leistungen für Haushaltshilfe erbracht.

12 Leistungsdauer bei Kuren und Haushaltshilfe

Für Bade- und Erholungskuren bezahlt Helsana die ausgewiesenen Kosten, höchstens jedoch CHF 100.– pro Tag, während zusammen maximal 21 Tagen pro Kalenderjahr. An die ausgewiesenen Kosten der Haushaltshilfe werden CHF 50.– pro Tag während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr ausgerichtet.

13 Kinderhütendienst

- 13.1 Hält sich eine versicherte Person stationär im Spital auf, übernimmt der Helsana, sofern nach Ziff. 1.1 ZVB mitversichert, die Kosten der Fremdbetreuung für eines oder mehrere unter elterlicher Gewalt der versicherten Person stehenden Kinder unter 15 Jahren, wochentags während den üblichen Arbeitszeiten, bis maximal 30 Stunden pro Kalenderjahr.
- 13.2 Leistungen werden nur übernommen, wenn die versicherte Person vorgängig die von Helsana bezeichnete Organisationszentrale kontaktiert und die Betreuung von dieser Stelle organisiert wird.

14 Leistungsausschlüsse

- 14.1 In Ergänzung zu den unter Ziff. 21 AVB aufgeführten Leistungsausschlüssen werden aus der HOSPITAL FLEX keine Leistungen erbracht:
- bei der Behandlung und Pflege chronisch psychisch kranker Personen
 - bei Aufhalten in Pflegeheimen
 - bei Aufhalten in psychiatrischen Tages- oder Nachtkliniken
 - bei Aufhalten/Behandlungen in einem nicht anerkannten Spital (inkl. Klinik, Geburtshaus) und bei Behandlungen bei nicht anerkannten Belegärzten gemäss Ziff. 3
- 14.2 Ziff. 21.1 lit. I AVB findet vorliegend keine Anwendung.

Prämien

15 Prämienanpassung

- 15.1 Die Prämien werden nach dem Alter und Geschlecht der versicherten Person berechnet. Dabei werden die versicherten Personen in diejenige Altersgruppe eingeteilt, welche ihrem aktuellen Alter entspricht.
- 15.2 Ziff. 12.2 AVB für die Krankenzusatzversicherungen finden auf das Produkt HOSPITAL FLEX keine Anwendung.

16 Sistierung bei der Versicherungsdeckung

- 16.1 Gegen eine Prämienreduktion kann der Versicherungsnehmer den Leistungsanspruch aus der FLEX sistieren, vorausgesetzt, er weist nach, dass für die zu sistierende Versicherung eine anderweitige Versicherungsdeckung (Kollektivvertrag, Betriebskrankenversicherung, Auslandsversicherung usw.) besteht.
- 16.2 Innert 30 Tagen nach Wegfall der anderweitigen Versicherungsdeckung hat der Versicherungsnehmer die Versicherungsdeckung zu reaktivieren, wobei die Prämie im Sinne von Ziff. 12 AVB angepasst wird. Bei Nichtbeachtung dieser Frist gelten für die Weiterführung der Versicherungen die Bedingungen für eine Neuaufnahme.