

Spitalversicherung halbprivat

Heilungskostenversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Ausgabe 01.1997

Auf der Police sind die versicherten Personen sowie die versicherten Leistungen aufgeführt, ferner auch das Beginndatum des Versicherungsschutzes, die Vertragsdauer und allfällige besondere Vereinbarungen.

Ergänzend zu diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG).

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Ergänzungsversicherungscharakter	2
Art. 2	Krankheit, Unfall, Mutterschaft	2
Art. 3	Vertragsdauer und Beendigung des Versicherungsschutzes	2
Art. 4	Prämienrückerstattung	2
Art. 5	Ersatzpolice	2
Art. 6	Verzug bei Zahlungen des Versicherungsnehmers	2
Art. 7	Kostenbeteiligung	2
Art. 8	Rabatte und Boni	2
Art. 9	Leistungsfreiheitsrabatt/Anrechnung früherer Versicherungsjahre	2
Art. 10	Änderung der Prämientarife, der Kosten- beteiligungsregelungen sowie der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für einzelne Leistungen	3
Art. 11	Wechsel der Tarifaltersgruppe	3
Art. 12	Wohnortswechsel	3
Art. 13	Kinder	3
Art. 14	Leistungsumfang	3
Art. 15	Leistungsfall, Mitteilung, Geltendmachung der Ansprüche	3
Art. 16	Nichtversicherte Leistungen, Leistungseinschränkungen	4
Art. 17	Leistungskürzungen	4
Art. 18	Verträge mit Leistungserbringern	4
Art. 19	Zusammentreffen mit Leistungen der Sozialversicherer und anderer Versicherer	4
Art. 20	Gesundheitskonto	4
Art. 21	Gerichtsstand	4
Anhang		4
Art. 22	Familienrabatt	4

Art. 1 Ergänzungsversicherungscharakter

Alle Leistungen sind, insbesondere in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG), versichert.

Art. 2 Krankheit, Unfall, Mutterschaft

- 2.1 Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.
- 2.2 Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper.
Auf der Police ist für jede Leistung aufgeführt, ob Unfälle mitversichert sind.
Wo in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen von Krankheit die Rede ist, gilt dies sinngemäss auch für Unfall.
- 2.3 Bei Mutterschaft (Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett) erbringt die CSS die gleichen Leistungen wie für Krankheit.

Art. 3 Vertragsdauer und Beendigung des Versicherungsschutzes

- 3.1 Die Vertragsdauer ist auf der Police aufgeführt. Die Versicherung verlängert sich danach stillschweigend um jeweils ein Jahr.
- 3.2 Auf Ende der Vertragsdauer kann die versicherte Person die Versicherung unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist auf Ende jedes Versicherungsjahres kündigen.
Im Zeitpunkt der Kündigung hängige Leistungsfälle bleiben geschuldet.
Die CSS verzichtet ausdrücklich auf ihr Kündigungsrecht auf Vertragsende.
- 3.3 Im Leistungsfall, für den die CSS Leistungen erbringt, kann die versicherte Person schriftlich kündigen. Die CSS verzichtet hingegen ausdrücklich auf ihr Kündigungsrecht im Leistungsfall.
- 3.4 Für Änderungen der Prämien, der Kostenbeteiligungsregeln, der Regelung für den Leistungsfreiheitsrabatt sowie der Allgemeinen Versicherungsbedingungen finden Artikel 8 und 9 Anwendung.
- 3.5 Die Versicherung erlischt bei:
- Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland;
 - vorübergehenden Auslandsaufenthalten von mehr als einem Jahr auf das Ende des Versicherungsjahres.

Art. 4 Prämienrückerstattung

Wird der Vertrag vor Vertragsende aufgehoben, erstatten wir die bezahlte Prämie anteilmässig zurück, es sei denn, die versicherte Person habe den Vertrag während des ersten Versicherungsjahres im Leistungsfall gekündigt.

Art. 5 Ersatzpolice

Ersetzt der Vertrag einen früheren der CSS, werden früher bezogene, begrenzte Leistungen aus der ersetzten Police bei künftigen Leistungen angerechnet.

Art. 6 Verzug bei Zahlungen des Versicherungsnehmers

30 Tage nach Verfall der Rechnung für Prämien, Kostenbeteiligungen oder andere Zahlungen wird ein Verzugszins verrechnet.

Art. 7 Kostenbeteiligung

Für die Versicherten gelten die auf der Police aufgeführten Franchisenbeträge und, wo nichts anderes vermerkt ist, ein genereller Selbstbehalt von 10%. Auf summenmässig begrenzte Leistungen sowie bei Leistungen für Spitalaufenthalt wird der prozentuale Selbstbehalt nicht erhoben.

Art. 8 Rabatte und Boni

- 8.1 Die CSS kann Rabatte und Boni gewähren. Der Verlust der Rabatte aufgrund der Nichterfüllung der Anspruchsvoraussetzungen berechtigt nicht zur Kündigung der abgeschlossenen Versicherung. Das Gleiche gilt, wenn aufgrund der vertraglich festgelegten Kriterien kein Bonus ausbezahlt wird. Die Kürzung der Rabatte bzw. Boni zufolge Tarifierungsanpassung durch die CSS und/oder die Änderung der Anspruchsvoraussetzungen für einen Rabatt bzw. einen Bonus durch die CSS lösen ein Kündigungsrecht aus.
- 8.2 Die CSS gewährt Kindern und Jugendlichen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 18. Altersjahr vollendet, einen Familienrabatt.
Details zum Familienrabatt regelt die CSS in einem Anhang zu den AVB. Die CSS kann den Anhang zu den AVB einseitig abändern. Änderungen erfolgen jeweils per Beginn eines Kalenderjahres.
Die Rabatthöhe ist abhängig von der Versicherungsdeckung der Rabattperson (erziehungsberechtigte Person) und des Kindes resp. des Jugendlichen. Sie ergibt sich aus der Police.
Anspruchsberechtigt sind Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Altersjahres unter folgenden kumulativen Voraussetzungen:
- Das Kind verfügt über eine Grundversicherung bei der CSS Kranken-Versicherung AG, Arcosana AG oder INTRAS Kranken-Versicherung AG.
 - Eine erwachsene erziehungsberechtigte Person (Rabattperson) lebt im selben Haushalt.
 - Die Rabattperson verfügt über eine Grundversicherung bei der CSS Kranken-Versicherung AG, Arcosana AG oder INTRAS Kranken-Versicherung AG.
- 8.3 Der Rabattbetrag wird jeweils auf der Nettoprämie berechnet und für jedes Produkt auf der Police bzw. Prämienübersicht ausgewiesen.

Berechnungsbeispiel Spitalversicherung halbprivat mit mehreren Rabatten:

Bruttoprämie	CHF 32.60
– Rabatt I (fiktiv) 10%	CHF 3.30
Nettoprämie I	CHF 29.30
– Rabatt II (fiktiv) 50%	CHF 14.65
Nettoprämie II (effektiv zu bezahlende Prämie)	CHF 14.65

- 8.4 Die CSS gibt Änderungen der Rabatte und Boni sowie der Anspruchsvoraussetzungen für einen Rabatt bzw. Bonus spätestens 30 Tage vor Ende des Kalenderjahres bekannt. Ist die versicherte Person mit diesen Änderungen nicht einverstanden, kann die jeweils betroffene Versicherung mit Wirkung auf das Ende des laufenden Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden. Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Arbeitstag des laufenden Kalenderjahres während den üblichen Bürozeiten bei der CSS eingegangen ist.

Art. 9 Leistungsfreiheitsrabatt/Anrechnung früherer Versicherungsjahre

- 9.1 Jede versicherte Person hat Anspruch auf einen Prämienrabatt. Massgebend für die Berechnung des Rabattes sind Leistungsbezüge während der Beobachtungsperiode. Als Beobachtungsperiode gilt der Zeitraum von Anfang September bis Ende August der drei letzten aufeinanderfolgenden Jahre.

9.2 Es gelten folgende Rabattstufen:

Rabatt- stufe	Rabatt in %	Bezogene Leistungen in CHF innerhalb von 3 Jahren
0	0	> 12 000
1	25	</= 12 000
2	50	0

Mutterschaftsleistungen und Leistungen aus dem Gesundheitskonto werden für die Berechnung des Leistungsfreiheitsrabattes nicht berücksichtigt.

Die versicherte Person erhält bei Vertragsabschluss automatisch die Rabattstufe 2. Ausgenommen hiervon sind Versicherte mit einer Spitalversicherung halbprivat, CSS-Standardversicherung plus, Übernahmebestand (Ziff. V «Versicherung für Spitalbehandlungskosten», Ziff. VI «Versicherung für Spitalkosten»). Leistungsbezüge aus diesen Versicherungen werden für die Bestimmung der Rabattstufe angerechnet.

9.3 Der Rabatt ist auf der Police bzw. Prämienübersicht aufgeführt. Die Rabattberechtigung wird jährlich neu geprüft. Wurden in der Beobachtungsperiode die massgebenden Leistungen bezogen, erfolgt die Anpassung der Rabattstufe auf Beginn des neuen Versicherungsjahres.

9.4 Die Anrechnung früherer Versicherungsjahre (vor 01.01.1997) erfolgt in den Übernahmebeständen in Form eines Treuerabattes.

Art. 10 Änderung der Prämientarife, der Kostenbeteiligungsregelungen sowie der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für einzelne Leistungen

10.1 Ändern die Prämientarife oder die Kostenbeteiligungsregelungen (Franchise, Selbstbehalte), kann die CSS den Vertrag anpassen.

Die Veränderungen der Leistungsfreiheitsrabatte berechtigen nicht zu einer Kündigung.

10.2 Die CSS ist berechtigt, für die einzelnen Leistungen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) anzupassen, nämlich bei Ausweitung der Zahl oder Etablierung neuer Arten von Leistungserbringern, infolge Entwicklungen der modernen Medizin oder infolge der Etablierung neuer oder kostenintensiver Therapieformen.

10.3 Die CSS gibt die Änderungen der versicherten Person bis spätestens 25 Tage vor Ende des Versicherungsjahres bekannt. Ist die versicherte Person mit den Änderungen nicht einverstanden, kann der jeweils betroffene Vertrag schriftlich gekündigt werden.

Die Kündigung ist gültig, wenn sie spätestens am letzten Arbeitstag des Kalenderjahres bei der CSS eintrifft.

Erhält die CSS innert 30 Tagen seit Eintreffen der Änderungsmitteilung keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung der versicherten Person.

Art. 11 Wechsel der Tarifaltersgruppe

11.1 Die CSS kann die Prämien auf den Beginn der folgenden Tarifaltersgruppen anpassen:

0.– 18. Altersjahr	46.– 50. Altersjahr
19.– 25. Altersjahr	51.– 55. Altersjahr
26.– 30. Altersjahr	56.– 60. Altersjahr
31.– 35. Altersjahr	61.– 65. Altersjahr
36.– 40. Altersjahr	66.– n. Altersjahr
41.– 45. Altersjahr	

11.2 Bei einer Prämienanpassung infolge des Eintritts in eine höhere Tarifaltersgruppe besteht ein Kündigungsrecht.

Art. 12 Wohnortswechsel

Ein Wohnortswechsel ist der CSS unverzüglich zu melden. Hat dieser Wechsel eine Prämienänderung zur Folge, passt die CSS die danach fällig werdenden Prämien an. Eine solche Anpassung berechtigt nicht zu einer Kündigung.

Art. 13 Kinder

13.1 Die CSS versichert Neugeborene vorbehaltlos auf den Tag der Geburt, sofern der Antrag spätestens 30 Tage nach der Geburt bei der CSS eintrifft.

13.2 Die CSS kann die für Kinder zu versichernden Leistungen auf diejenigen der Eltern beschränken.

Art. 14 Leistungsumfang

14.1 Die CSS bezahlt die Aufenthalts- und Behandlungsergänzungskosten in einem Spital in der ganzen Schweiz, inklusive die Aufenthalts- und Erstuntersuchungskosten für ein gesundes Neugeborenes während des Spitalaufenthaltes seiner Mutter, sofern es innert 30 Tagen nach seiner Geburt bei der CSS versichert wird.

14.2 Auf der Police ist die versicherte Variante aufgeführt:

a) Halbprivate Abteilung: Zweibettzimmer mit Tarifbindung mit der CSS;

b) Halbprivate Abteilung: Zweibettzimmer mit Tarifbindung mit der CSS nach der einschränkenden Spitalliste der CSS.

14.3 Wählt die versicherte Person mit der Spitalversicherung halbprivat eine private Abteilung, bezahlt die CSS den halbprivat geschuldeten Anteil.

14.4 Verfügt ein Spital über keine halbprivate oder entsprechende Abteilung, bezahlt die CSS 75% der entstehenden versicherten Kosten.

14.5 Verfügt die versicherte Person über keine ergänzende Versicherung für ambulante Kosten, und lässt sich zur Vermeidung oder Verkürzung eines versicherten Spitalaufenthaltes ambulant oder teilstationär behandeln, bezahlt die CSS die entstehenden Behandlungskosten bis zur Höhe eines Spitalaufenthaltes.

14.6 Bei Knochenmark- und Organtransplantationen richten sich die Leistungen nach dem von der CSS anerkannten Tarif.

14.7 Hat die versicherte Person eine Spitalversicherung halbprivat mit Wahlfranchise abgeschlossen, und begibt sich auf die allgemeine Abteilung eines auf der Spitalliste nach KVG aufgeführten Spitals, so verzichtet die CSS auf diese Franchise.

Art. 15 Leistungsfall, Mitteilung, Geltendmachung der Ansprüche

Leistungsfall:

15.1 Ein Leistungsfall ist eine Rechnung eines Leistungserbringers über seinen Aufwand für vertragliche Leistungen innerhalb von längstens drei Monaten. Endet der Vertrag, erlischt die Bezugsberechtigung spätestens nach drei Monaten.

Mitteilung:

15.2 Spitaleintritte sind der CSS unverzüglich mitzuteilen. Auf Antrag erteilt die CSS eine Kostengutsprache im Rahmen der versicherten Leistungen.

Geltendmachung der Ansprüche:

15.3 Zur Geltendmachung der Ansprüche sind der CSS die Originalrechnungen und ärztliche Zeugnisse vorzulegen, aus denen die einzelnen Leistungen und deren Rechtmässigkeit ersichtlich sind.

Art. 16 Nichtversicherte Leistungen, Leistungseinschränkungen**Nichtversicherte Leistungen sind:**

- 16.1 Gesetzliche Leistungen, insbesondere gemäss KVG und UVG;
- 16.2 Wissenschaftlich nicht anerkannte, nicht ärztlich angeordnete, unzweckmässige und unwirtschaftliche Leistungen, wenn in den AVB nicht ausdrücklich etwas anderes erwähnt ist;
- 16.3 Leistungen für Mutterschaft und damit zusammenhängende Krankheiten, wenn die Schwangerschaft vor dem Beginn der Versicherung eingetreten ist;
- 16.4 Spitalaufenthalte, die nicht der Verbesserung oder Erhaltung des Gesundheitszustandes dienen (chronische Erkrankungen);
- 16.5 Entwöhnungskuren;
- 16.6 kosmetische Behandlungen;
- 16.7 Zellulärtherapie;
- 16.8 Leistungen an die Differenz zwischen den in Rechnung gestellten Kosten und den Tarifen des Spitals für die Kantoneinwohner, wenn die versicherte Person aus medizinischen Gründen die Dienste eines ausserhalb seines Wohnkantons befindlichen Spitals beansprucht;
- 16.9 Krankheiten und Unfälle infolge von Neutralitätsverletzungen und kriegerischen Ereignissen sowie Verwendung der Atomenergie zu militärischen Zwecken in Kriegs- und Friedenszeiten;
- 16.10 Unfälle, verursacht durch Erdbeben oder bei vorsätzlicher Begehung von Verbrechen und Vergehen durch die versicherte Person;
- 16.11 Krankheiten und Unfälle infolge von aussergewöhnlichen Gefahren und Wagnissen;
- 16.12 Kostenbeteiligungen, Patientenanteile und Spesen;
- 16.13 für die Zeit vor der unentschuldig verspäteten Meldung des Leistungsfalles;
- 16.14 bei Nichtbefolgung der Anordnungen des Arztes und anderer Leistungserbringer.

Leistungseinschränkungen:

- 16.15 Leistungen im Ausland erbringt die CSS nur und solange der versicherten Person keine Rückkehr in die Schweiz zuzumuten ist.
Die CSS bezahlt Leistungen, deren Umfang von der versicherten Person nachzuweisen ist, bis zu dem auf der Police allenfalls aufgeführten Betrag und in der Höhe, wie am schweizerischen Wohnsitz des Versicherten;
- 16.16 Bei Aufhalten in psychiatrischen Kliniken oder psychiatrischen Spitalabteilungen besteht ein Leistungsanspruch nur während 180 Tagen innert 900 aufeinanderfolgender Tage.

Listen:

- 16.17 Die in den AVB genannten Listen, mit Einzelheiten über Leistungen oder zugelassene Leistungserbringer, werden der versicherten Person auf Wunsch jederzeit zur Verfügung gestellt.

Art. 17 Leistungskürzungen

Die CSS verzichtet, Versicherungsleistungen bei grobfahrlässiger Herbeiführung zu kürzen. Leistungskürzungen aus anderen Versicherungen werden jedoch nicht ersetzt.

Art. 18 Verträge mit Leistungserbringern

Die CSS behält sich vor, zugunsten der versicherten Person Leistungstarife und andere Leistungsabkommen zu vereinbaren.

Art. 19 Zusammentreffen mit Leistungen der Sozialversicherer und anderer Versicherer

- 19.1 Bei Leistungsfällen, für die ein UVG-, KVG-Versicherer, die MV oder IV entschädigungspflichtig ist, bezahlt die CSS im Rahmen der versicherten Leistungen nur den von diesen Versicherern nicht gedeckten Teil der geschuldeten Leistungen.
- 19.2 Bei Doppel- oder Mehrfachversicherung leistet die CSS anteilmässig gemäss den gesetzlichen Vorschriften.

Art. 20 Gesundheitskonto

Die CSS beteiligt sich an den Kosten für individuelle Präventionsmassnahmen im Rahmen des Gesundheitskontos.

Art. 21 Gerichtsstand

Bei Rechtsstreitigkeiten kann gegen die CSS am schweizerischen Wohnort der versicherten Person oder in Luzern Klage erhoben werden.

Anhang**Art. 22 Familienrabatt**

Als Familienversicherer gewährt die CSS Versicherung AG auf die Prämien von Zusatzversicherungen nach VVG attraktive Familienrabatte für Kinder und Jugendliche.

22.1 Voraussetzungen für Prämienrabatte in Zusatzversicherungen

Die kumulativen Voraussetzungen der Anspruchsberechtigung für den Familienrabatt ergeben sich aus Art. 8.2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

22.2 Rabatthöhe und Maximalalter

Rabatthöhe: 50%
Maximalalter: bis 18. Altersjahr

Der Rabattbetrag wird jeweils auf der Nettoprämie berechnet und für jedes Produkt auf der Police bzw. Prämienübersicht des Kindes oder Jugendlichen ausgewiesen.

Berechnungsbeispiel Spitalversicherung halbprivat mit mehreren Rabatten¹:

Bruttoprämie	CHF 32.60
– Rabatt I (fiktiv) 10%	CHF 3.30
Nettoprämie I	CHF 29.30
– Familienrabatt 50%	CHF 14.65
Nettoprämie II (effektiv zu bezahlende Prämie)	CHF 14.65

¹ Die versicherte Person ist 5 Jahre alt. Die Prämie ist nur exemplarisch und entspricht nicht der effektiven Prämie.