

Ausgabe 2022



Zusatzversicherung

Besondere Bedingungen (BB)
hospita 2022

Besondere Bedingungen (BB) hospita nach Versicherungs- vertragsgesetz (VVG)

Kapitel	Seiten	Kapitel	Seiten
1 Grundlagen der Versicherung	3	4 Besondere Leistungen	6
1.1 Zweck		4.1 Haushaltshilfe	
1.2 Versicherungsträger		4.1.1 Grundsatz	
1.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)		4.1.2 Leistungsumfang	
1.4 Versicherungsabschluss		4.1.3 Leistungserbringer	
1.5 Leistungsvoraussetzung		4.2 Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen	
1.5.1 Allgemeines		4.3 Rooming-in	
1.5.2 Anerkannte Leistungserbringer		4.4 Kinderhütendienst	
1.5.3 Ausnahmeliste		4.4.1 Grundsatz	
1.5.4 Maximaltarifliste – Teilweise Kostenübernahme durch Versicherer		4.4.2 Leistungsvoraussetzungen	
1.5.5 Negativliste – Keine Kostenübernahme durch Versicherer		4.4.3 Leistungsumfang	
1.5.6 Listeneinsicht		4.5 Ärztliche Behandlung von Unfallfolgen (hospita privat unfall)	
1.6 Unfalldeckung		4.5.1 Privatsprechstunde bei spitalärztlichem Personal und ärztlichem Personal ohne KVG-Unterstellung	
1.7 Versicherungsmöglichkeiten		4.5.2 Ärztliche Notfallbehandlung im Ausland	
1.7.1 Leistungsstufen			
2 Stationäre Behandlung	4	5 Mutterschaft	7
2.1 Akutbehandlung		5.1 Kosten der stationären Behandlung	
2.1.1 Leistungsvoraussetzung		5.2 Geburt im Geburtshaus	
2.1.2 Leistungsumfang		5.2.1 Stationäre Geburt	
2.1.3 Behandlung in einer höheren Spitalabteilung		5.2.2 Ambulante Geburt	
2.2 Stationäre Rehabilitation		5.3 Haushaltshilfe nach Geburt	
2.3 Psychiatrische Kliniken		5.3.1 Grundsatz	
2.4 Leistungen im Ausland		5.3.2 Geburt im Spital	
2.4.1 Bei Notfällen		5.3.3 Hausgeburt	
2.4.2 Wahlbehandlung im Ausland		5.4 hospita privat unfall	
2.4.3 Pflichten der versicherten Person vor Spitalaufenthalt			
3 Kuren	5	6 Unfallzusatz	8
3.1 Erholungskuren		7 hospita Variante mit Leistungsfreiheitsrabatt (LFR)	8
3.2 Badekuren		7.1 Grundsatz	
3.3 Andere Kuren		7.2 Beobachtungsperiode	
3.4 Vorgehen bei Kuraufenthalt		7.3 Rabattstufen	
		7.4 Stufenanpassung bei Leistungsfreiheit	
		7.5 Stufenanpassung bei Leistungsbezug	
		7.6 Mutterschaftsleistungen	
		7.7 Höherversicherung	
		8 Kostenbeteiligung hospita flex	9
		8.1 Umfang der Kostenbeteiligung	
		9 Altersklassen	10

hospita

1 Grundlagen der Versicherung

1.1 Zweck

Die **hospita** Versicherung bezweckt die Übernahme ungedeckter Kosten für Behandlungen im Akutspital bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft. Sie erbringt im Weiteren Beiträge an Kuren, spitalexterne Haushaltshilfe (Spitex) und Transportkosten.

Die Leistungen von **hospita** werden in Ergänzung zu den Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG (nachfolgend Grundversicherung) erbracht. Von den Gesamtkosten wird höchstens derjenige Teil übernommen, der nicht durch die Grundversicherung oder eine andere obligatorische Krankenpflegeversicherung abgedeckt ist.

1.2 Versicherungsträger

Versicherungsträger ist die Sympany Versicherungen AG, Basel (nachfolgend Versicherer).

1.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Sympany Versicherungen AG sind integrierter Bestandteil der besonderen Bedingungen von **hospita**. Bei Abweichungen gehen die Besonderen Bedingungen von **hospita** den Allgemeinen Versicherungsbedingungen vor.

1.4 Versicherungsabschluss

hospita kann bis zum vollendeten 60. Altersjahr abgeschlossen werden. **hospita privat unfall** kann nur zusammen mit einer der folgenden Versicherungsabteilungen abgeschlossen bzw. geführt werden:

- **plus, plus natura, premium, premium natura, allgemeiner zusatz, privat zusatz,**
- weitere **hospita** Varianten. Ausser: **hospita privat, hospita global**

1.5 Leistungsvoraussetzung

1.5.1 Allgemeines

Leistungen werden nur erbracht, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und durch einen anerkannten Leistungsbringer erbracht wird.

1.5.2 Anerkannte Leistungserbringer

Folgende Einrichtungen gelten vom Versicherer als anerkannt, wenn kumulativ nachstehende Punkte erfüllt sind:

- Schweizer Akutspitäler, Rehabilitationskliniken oder psychiatrische Kliniken, die auf der Spitalliste des Wohn- oder Standortkantons aufgeführt sind und für die vorgesehene Behandlung einen gültigen Leistungsauftrag erhalten haben (Listenspital), oder die mit dem Versicherer einen Vertrag nach Art. 49a Abs. 4 KVG (Vertragsspital) abgeschlossen haben,
- die mit dem Versicherer einen im Zeitpunkt des Beginns der stationären Behandlung gültigen Tarifvertrag (= anerkannter Tarif) abgeschlossen haben, nach welchem sie und die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie Belegärztinnen und -ärzte (resp. Belegärztegruppen) abrechnen.

1.5.3 Ausnahmeliste

Von bestimmten, nicht gemäss Art. 1.5.2 anerkannten Einrichtungen sowie Belegärztinnen/-ärzten (-ärztegruppen) kann der Versicherer die Kosten vollständig übernehmen. In der Ausnahmeliste legt der Versicherer diese Einrichtungen sowie Belegärztinnen/-ärzten (-ärztegruppen) fest. Die Ausnahmeliste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer jederzeit eingesehen werden. Massgebend ist immer die zum Zeitpunkt des Beginns der stationären Behandlung gültige Version der Ausnahmeliste.

1.5.4 Maximaltarifliste – Teilweise Kostenübernahme durch Versicherer

Von bestimmten, nicht gemäss Art. 1.5.2 anerkannten Einrichtungen sowie Belegärztinnen/-ärzten (-ärztegruppen) bestimmt der Versicherer die Übernahme der Kosten zu einem im Voraus festgelegten Maximaltarif. In der Maximaltarifliste legt der Versicherer diese Einrichtungen fest. Der Maximaltarif wird auf Basis des Bewertungsmodells zur Bewertung von Mehrleistungen betriebswirtschaftlich und nachvollziehbar festgelegt. Als Grundlage für das Bewertungsmodell werden ärztliche und klinische Leistungen wie auch Hotellerie- und Komfortleistungen miteinbezogen, die sich an marktüblichen Tarifen orientieren. Die Maximaltarifliste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer jederzeit eingesehen werden. Massgebend ist immer die zum Zeitpunkt des Beginns der stationären Behandlung gültige Version der Maximaltarifliste.

1.5.5 Negativliste – Keine Kostenübernahme durch Versicherer

Der Versicherer führt eine Negativliste der nicht anerkannten Einrichtungen sowie Belegärztinnen/-ärzte (-ärztegruppen), die die Voraussetzungen gemäss Art. 1.5.2 nicht erfüllen und für deren Leistungen der Versicherer keine Kosten übernimmt. Die Negativliste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer jederzeit eingesehen werden. Massgebend ist immer die zum Zeitpunkt des Beginns der stationären Behandlung gültige Version der Negativliste.

1.5.6 Listeneinsicht

Die Listen werden laufend angepasst und können in der jeweils aktuellen Fassung auf der Website des Versicherers eingesehen oder beim Versicherer verlangt werden.

1.6 Unfalldeckung

In der **hospita** Versicherung (ausgenommen **hospita privat unfall**) kann die Unfalldeckung ausgeschlossen werden. **hospita privat unfall** bezweckt die Übernahme ungedeckter Kosten für Behandlungen in der Privatabteilung eines Akutspitals bei Unfall.

1.7 Versicherungsmöglichkeiten

1.7.1 Leistungsstufen

In der **hospita** Versicherung werden folgende Leistungsstufen geführt:

hospita allgemein: allgemeine Abteilung eines Akutspitals mit anerkanntem Tarif in der ganzen Schweiz (Mehrbettzimmer)

hospita halbprivat: halbprivate Abteilung eines Akutspitals mit anerkanntem Tarif in der ganzen Schweiz (Zweibettzimmer)

hospita privat: private Abteilung eines Akutspitals mit anerkanntem Tarif in der ganzen Schweiz (Einbettzimmer)

hospita privat unfall:

- notfallmässige Behandlung bei Unfall: private Abteilung eines Akutspitals auf der ganzen Welt
- Behandlung von Unfallfolgen: private Abteilung eines Akutspitals mit anerkanntem Tarif in der ganzen Schweiz bei Unfall

hospita global:

- private Abteilung eines Akutspitals mit anerkanntem Tarif in der ganzen Schweiz (Einbettzimmer)
- private Abteilung eines Akutspitals auf der ganzen Welt (Einbettzimmer)

hospita flex: allgemeine, halbprivate oder private Abteilung eines Akutspitals mit anerkanntem Tarif in der ganzen Schweiz nach Wahl mit entsprechender Kostenbeteiligung.

hospita komfort: medizinische Akutbehandlung und -betreuung in einem Komfortvertragsspital gemäss Art. 1.5.2 analog **hospita allgemein** (allgemeine Abteilung). Aufenthaltskosten sind je nach versicherter Deckung im Einbett- oder Zweibettzimmer gedeckt. Die Leistungsstufe **hospita komfort** kann auf versicherte Personen mit Wohnsitz in einer bestimmten Region beschränkt werden. Der Versicherer führt eine Liste mit den Komfortvertragsspitalern. Massgebend ist immer die zum Zeitpunkt des Beginns der stationären Behandlung gültige Version der Liste mit Komfortvertragsspitalern. Siehe auch Art. 1.5.6 Listeneinsicht.

2 Stationäre Behandlung

2.1 Akutbehandlung

2.1.1 Leistungsvoraussetzung

hospita erbringt stationäre Leistungen, soweit und solange die versicherte Person spitalbedürftig im Sinne der Grundversicherung ist.

2.1.2 Leistungsumfang

hospita übernimmt bei Spitalaufenthalt die Kosten der versicherten Spitalabteilung im Nachgang zu den Leistungen der Grundversicherung gemäss gewählter Leistungsstufe nach Art. 1.7.1.

Nicht versichert ist die bei der Grundversicherung zu leistende Kostenbeteiligung inklusive des täglichen Beitrages an die Kosten des Spitalaufenthaltes.

2.1.3 Behandlung in einer höheren Spitalabteilung
Erfolgt die Behandlung in einer höheren als der versicherten Spitalabteilung, so sind höchstens folgende Leistungen gedeckt:

hospita allgemein: die Kosten, die in der versicherten Spitalabteilung entstanden wären. Lassen sich diese Kosten nicht ermitteln, wird aus **hospita** eine Pauschale pro Tag ausgerichtet:

CHF 30.– pro Tag

hospita halbprivat: die Kosten, die in der versicherten Spitalabteilung entstanden wären. Lassen sich diese nicht ermitteln, wird aus **hospita** eine Pauschale pro Tag ausgerichtet:

CHF 120.- pro Tag

hospita komfort: Den versicherten Personen, die mit **hospita komfort** eine Deckung im Zweibettzimmer abgeschlossen haben, werden bei Aufenthalt in einem Einbettzimmer eines Komfortvertragsspitals diejenigen Leistungen vergütet, die ihrer Versicherungsdeckung entsprechen.

Erfolgen Behandlung und Aufenthalt von **hospita komfort** Versicherten in der halbprivaten oder privaten Abteilung eines Komfortvertragsspitals, so werden ebenfalls diejenigen Leistungen vergütet, die ihrer Versicherungsdeckung entsprechen.

2.2 Stationäre Rehabilitation

Erfolgt die medizinische Behandlung in einer vom Versicherer anerkannten medizinischen Rehabilitationsabteilung bzw. -klinik, gewährt **hospita** für die ersten 60 Tage volle Kostendeckung gemäss den Bestimmungen für Akutbehandlungen. Danach richtet sie unter Anrechnung der vorangegangenen Aufenthaltsdauer die Leistungen gemäss nachstehender Tabelle aus.

	61. bis 90. Tag	91. bis 180 Tag
hospita halbprivat/flex	CHF 50.-	CHF 25.-
hospita privat/privat unfall	CHF 70.-	CHF 35.-
hospita global	CHF 90.-	CHF 45.-

Die anerkannten Sanatorien oder Rehabilitationsanstalten werden auf einer Liste aufgeführt, die jederzeit beim Versicherer eingesehen werden kann.

2.3 Psychiatrische Kliniken

Bei stationärem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, einer psychiatrischen Behandlung in einem Akutspital oder einer Spezialklinik übernimmt **hospita** die volle Kostendeckung gemäss den Bestimmungen für Akutbehandlungen während 90 Tagen. Aus **hospita privat unfall** werden keine Leistungen entrichtet.

Dauert die Behandlung länger, werden bei Behandlung in der entsprechenden Abteilung folgende Tagespauschalen ausgerichtet:

	Ab 91. bis 180. Tag
hospita allgemein/komfort	CHF 20.-
hospita halbprivat/flex	CHF 50.-
hospita privat	CHF 70.-
hospita global	CHF 90.-

Diese Leistungen werden während dreier Kalenderjahre einmal erbracht. Erfolgt die Behandlung in einer tieferen als der versicherten Abteilung, richten sich die Leistungen nach der **hospita** Variante für diejenige Abteilung, in welcher die Behandlung erfolgt.

2.4 Leistungen im Ausland

2.4.1 Bei Notfällen

hospita übernimmt im Nachgang zu den Leistungen der Grundversicherung die Kosten für die notfallmässige stationäre Behandlung in einem Akutspital während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes bis zur vollen Kostendeckung in der versicherten Abteilung. Die Leistungen werden so lange erbracht, als ein Heimtransport medizinisch nicht möglich ist, maximal jedoch bis zu einem Jahr.

2.4.2 Wahlbehandlung im Ausland

Die Leistungen von **hospita global** werden auch erbracht, wenn sich die versicherte Person mit der Absicht ins Ausland begibt, sich dort behandeln zu lassen. Bei den übrigen Leistungsstufen werden die gleichen Leistungen wie bei Behandlung in einem Nichtlistenspital erbracht.

2.4.3 Pflichten der versicherten Person vor Spitalaufenthalt

Vor jedem planbaren Spitalaufenthalt hat sich die versicherte Person zu vergewissern, dass die Einrichtung, in der die versicherte Person sich behandeln lassen möchte, nicht auf der aktuellen Negativliste aufgeführt ist oder nur eine Kostendeckung gemäss der Maximaltarifliste gegeben ist.

3 Kuren

3.1 Erholungskuren

Es besteht freie Wahl unter den ärztlich geleiteten Kuranstalten, die vom Versicherer anerkannt sind. Die Liste der anerkannten Kuranstalten wird laufend angepasst und kann beim Versicherer jederzeit eingesehen werden.

An ärztlich verordnete Erholungskuren im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als Akutpatientin oder Akutpatient vergütet **hospita** während maximal 21 Tagen pro Fall folgende Leistungen:

hospita allgemein/komfort	CHF 40.-/Tag
hospita halbprivat/flex	CHF 70.-/Tag
hospita privat/privat unfall	CHF 90.-/Tag
hospita global	CHF 110.-/Tag

3.2 Badekuren

Es besteht die freie Wahl unter den vom Versicherer anerkannten ärztlich geleiteten Heilbädern. Die Liste der anerkannten Heilbäder wird laufend angepasst und kann beim Versicherer jederzeit eingesehen werden.

Der Beitrag an die Badekur wird unabhängig davon ausgerichtet, ob die versicherte Person stationär in dem Heilbad behandelt wird oder in einem Hotel, einer Pension oder in Privaträumen am Ort des Heilbades wohnt.

Der Versicherer kann eine kurärztliche Eintrittsuntersuchung und eine Schlusskontrolle mit Schlussbericht an die einweisende Ärztin oder den einweisenden Arzt verlangen.

hospita erbringt während maximal 21 Tagen pro Kalenderjahr folgende Leistungen:

hospita allgemein/komfort	CHF 10.-/Tag
hospita halbprivat/flex	CHF 20.-/Tag
hospita privat/privat unfall	CHF 30.-/Tag
hospita global	CHF 40.-/Tag

3.3 Andere Kuren

Auf Antrag der Vertrauensärztin oder des Vertrauensarztes des Versicherers kann bei spezieller medizinischer Indikation für ärztlich verordnete andere Kuren eine Pauschale bis zur Höhe des Badekurbeitrages ausgerichtet werden.

3.4 Vorgehen bei Kuraufenthalt

Die ärztliche Verordnung für einen Kuraufenthalt ist dem Versicherer zwei Wochen vor Kurantritt inklusive Diagnose einzureichen.

Bei Unterbrechung einer Kur können Teilkurkosten nur übernommen werden, wenn die Unterbrechung durch Krankheit oder andere zwingende Gründe bedingt war und dafür von der Kurärztin oder vom Kurarzt ein Zeugnis vorliegt.

4 Besondere Leistungen

4.1 Haushaltshilfe

4.1.1 Grundsatz

Kann ein Spitalaufenthalt vermieden oder verkürzt werden, richtet **hospita** auf ärztliche Verordnung hin Beiträge an Haushaltshilfen aus, sofern gesundheitliche, häusliche und familiäre Umstände dies erfordern.

4.1.2 Leistungsumfang

An die Kosten von anerkannten Haushaltshilfen gewährt **hospita** einen Beitrag pro Kalenderjahr. Die Leistungen werden auch erbracht, wenn ein Vertrag zwischen Leistungserbringern und Versicherer fehlt.

Die Leistungen werden wie folgt erbracht:

hospita allgemein/komfort	bis CHF 20.-/Tag, max. CHF 280.-
hospita halbprivat/flex	bis CHF 35.-/Tag, max. CHF 490.-
hospita privat/privat unfall	bis CHF 45.-/Tag, max. CHF 630.-
hospita global	bis CHF 55.-/Tag, max. CHF 770.-

Ist die versicherte Person für die Betreuung von mindestens einem Kind verantwortlich, sind die doppelten Beiträge versichert.

Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim werden keine Leistungen erbracht.

4.1.3 Leistungserbringer

Als Haushaltshilfe wird anerkannt, wer gewerbmässig auf eigene Rechnung oder für eine vom Versicherer vertraglich anerkannte Spitex-Organisation den Haushalt in Vertretung der versicherten Person besorgt.

Die Beiträge werden ebenfalls ausgerichtet, wenn diese Hilfe durch Angehörige der versicherten Person erbracht wird und die Angehörigen dadurch einen nachweisbaren Erwerbsausfall erleiden oder Fahrtspesen in entsprechender Höhe belegen können.

Anstelle der Leistungen an eine Haushaltshilfe können die gleichen Beiträge erbracht werden bei pflegerischen Leistungen von kommerziellen Spitex-Unternehmen, wenn an diese keine Vergütung aus der Grundversicherung erfolgt.

4.2 Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

An die Kosten

- medizinisch notwendiger Notfalltransporte in das nächstgelegene geeignete Spital in einem zweckdienlichen Transportmittel,
- des Rücktransports in ein geeignetes Spital im Wohnkanton der versicherten Person zur stationären Behandlung,
- für Rettungs- und Bergungsaktionen wird folgender Beitrag aus **hospita** geleistet:

100% der Kosten

Transporte in Luftfahrzeugen werden nur übernommen, wenn sie medizinisch oder technisch unumgänglich sind.

4.3 Rooming-in

Muss ein Kind stationär behandelt werden, vergütet **hospita** aus der Versicherung des Kindes an den gleichzeitigen Aufenthalt eines Elternteils im Zimmer des Kindes oder bei einer Unterkunft ausserhalb des Spitals einen Anteil der Kosten. Diese Deckung gilt für Kinder bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres.

Max. CHF 100.– pro Tag

Muss ein Elternteil stationär behandelt werden, vergütet **hospita** aus der Versicherung des Elternteils einen Anteil der Kosten für den gleichzeitigen Aufenthalt des Kindes im Zimmer des Elternteils. Diese Deckung gilt für Kinder bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres.

Max. CHF 100.– pro Tag

Bei einer stationären Geburt vergütet **hospita** aus der Versicherung der Mutter an den gleichzeitigen Aufenthalt des begleitenden Elternteils in einem Familienzimmer einen Anteil der Kosten.

Max. CHF 100.– pro Tag

4.4 Kinderhütendienst

4.4.1 Grundsatz

hospita des versicherten Kindes entrichtet Beiträge für den von einer vom Versicherer anerkannten Institution durchgeführten Betreuungs- und Pflegedienst für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr. Voraussetzung dafür ist eine vertragliche Regelung zwischen dem Versicherer und dieser Institution.

4.4.2 Leistungsvoraussetzungen

Die Leistungen werden erbracht, wenn das Kind infolge akuter Krankheit oder Unfall gemäss Beurtei-

lung der anerkannten Institution der Pflege bedarf. Die Leistungserbringung ist ausschliesslich auf Betreuung und Pflege durch beauftragtes Fachpersonal beschränkt. Einen Anspruch auf die Leistungen haben Kinder, sofern die erziehungsberechtigten Personen während der Zeit der Betreuung einer Erwerbstätigkeit nachgehen.

4.4.3 Leistungsumfang

An den Betreuungs- und Pflegedienst entrichtet **hospita** des versicherten Kindes folgende Beiträge:

Bis CHF 30.– pro Stunde, max. CHF 600.– pro Kalenderjahr

4.5 Ärztliche Behandlung von Unfallfolgen (hospita privat unfall)

4.5.1 Privatsprechstunde bei spitalärztlichem Personal und ärztlichem Personal ohne KVG-Unterstellung

Sofern die versicherte Person nicht über **premium** oder **privat zusatz** gedeckt ist, erbringt **hospita privat unfall** an ambulante Privatsprechstunden bei leitenden Universitätsspitalärztinnen und -ärzten und an Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte, die sich nicht dem KVG unterstellt haben, Leistungen gemäss anerkanntem KVG-Tarif.

4.5.2 Ärztliche Notfallbehandlung im Ausland

Sofern die versicherte Person nicht über **premium** oder **privat zusatz** gedeckt ist, werden bei notfallmässiger ärztlicher Behandlung im Ausland aus **hospita privat unfall** im Nachgang zu den Leistungen von der Grundversicherung die vollen Kosten gedeckt.

5 Mutterschaft

5.1 Kosten der stationären Behandlung

hospita deckt die ungedeckten Kosten einer Geburt im Spital und in einem Geburtshaus für die Mutter und das Neugeborene gemäss abgeschlossener Versicherungsstufe der Mutter.

Ist das Neugeborene nicht beim Versicherer versichert, übernimmt **hospita** der Mutter die ungedeckten Kosten im Nachgang zu einer anderweitigen Versicherung des Kindes.

Ist die Mutter nicht beim Versicherer versichert, übernimmt **hospita** des Neugeborenen dessen ungedeckte Kosten im Nachgang zur Versicherung der Mutter.

5.2 Geburt im Geburtshaus

5.2.1 Stationäre Geburt

Bei Geburt in einem Geburtshaus, welches nicht auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist, vom Versicherer jedoch anerkannt wird, werden folgende Leistungen erbracht:

hospita allgemein/komfort	90%, bis max. CHF 1'000.- pro Geburt
hospita halbprivat/flex	90%, bis max. CHF 2'000.- pro Geburt
hospita privat/global	volle Kostendeckung

Für **hospita flex** Versicherte entfällt die zusätzliche Kostenbeteiligung gemäss den Bestimmungen von **hospita flex**.

5.2.2 Ambulante Geburt

Bei einer ambulanten Geburt in einem vom Versicherer anerkannten Geburtshaus werden die Zusatzleistungen, die nicht durch die Grundversicherung gedeckt werden, entsprechend Art. 5.2.1 vergütet.

5.3 Haushaltshilfe nach Geburt

5.3.1 Grundsatz

hospita entrichtet Beiträge an die Kosten einer ärztlich verordneten Haushaltshilfe durch vom Versicherer anerkanntes Personal. Sie werden anstelle der ordentlichen **hospita** Spitex-Leistungen ausgerichtet.

Ebenfalls werden diese Beiträge ausgerichtet, wenn die Hilfe durch Angehörige der versicherten Person erbracht wird und die Angehörigen dadurch einen nachweisbaren Erwerbsausfall erleiden.

5.3.2 Geburt im Spital

Im Anschluss an eine Geburt im Spital werden folgende Ansätze übernommen:

hospita allgemein/komfort	bis CHF 40.-/Tag, max. CHF 560.-
hospita halbprivat/flex	bis CHF 70.-/Tag, max. CHF 980.-
hospita privat	bis CHF 90.-/Tag, max. CHF 1'260.-
hospita global	bis CHF 110.-/Tag, max. CHF 1'540.-

5.3.3 Hausgeburt

Bei einer Hausgeburt oder nach einer ambulanten Geburt werden folgende Ansätze übernommen:

hospita allgemein/komfort	bis CHF 60.-/Tag, max. CHF 840.-
hospita halbprivat/flex	bis CHF 105.-/Tag, max. CHF 1'470.-
hospita privat	bis CHF 135.-/Tag, max. CHF 1'890.-
hospita global	bis CHF 165.-/Tag, max. CHF 2'310.-

5.4 hospita privat unfall

Aus **hospita privat unfall** werden keine Leistungen bei Mutterschaft entrichtet (ausgenommen die Regelung betreffend Rooming-in Art. 4.3).

6 Unfallzusatz

Im Anschluss an einen unfallbedingten stationären Spitalaufenthalt werden die zur Behandlung der Unfallfolgen erforderlichen Hilfsmittel gemäss Praxis der obligatorischen Unfallversicherung übernommen.

Im gleichen Umfang werden die Kosten für Hilfsmittel übernommen, die einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen, wenn diese im Zusammenhang mit einem Unfall, der eine stationäre Spitalbehandlung erforderte, beschädigt wurden.

7 hospita Variante mit Leistungsfreiheitsrabatt (LFR)

7.1 Grundsatz

In der Variante mit Leistungsfreiheitsrabatt wird bei Leistungsfreiheit ein Prämienrabatt gewährt.

7.2 Beobachtungsperiode

Als Beobachtungsperiode gilt der Zeitraum ab dem 1. September bzw. ab Versicherungsbeginn bis zum folgenden 31. August. Massgebend für die Leistungsermittlung in der Beobachtungsperiode ist das Verarbeitungsdatum einer Rechnung.

7.3 Rabattstufen

In der Versicherungsabteilung **hospita** mit Leistungsfreiheitsrabatt werden folgende Rabattstufen bzw. Prämien geführt:

Rabattstufe LFR hospita	Prämie mit Leistungsfreiheitsrabatt hospita
0	Ordentliche Prämie hospita +20%
1	Ordentliche Prämie hospita
2	Ordentliche Prämie hospita -30%

Die Prämie von **hospita** mit Leistungsfreiheitsrabatt ist auf der Versicherungspolice aufgeführt. Der Versicherer kann auf Beginn einer neuen Versicherungsperiode neue Rabattstufen einführen respektive die Rabatte der Kostenentwicklung entsprechend anpassen.

7.4 Stufenanpassung bei Leistungsfreiheit

Hat die versicherte Person während dreier aufeinanderfolgender Beobachtungsperioden in derselben Rabattstufe keine Leistungen bezogen, erfolgt bei **hospita** mit Leistungsfreiheitsrabatt ab dem 1. Januar des vierten Jahres die Stufenanpassung um eine Stufe, sofern sich die versicherte Person nicht schon in der Stufe mit dem maximalen Rabatt befindet.

7.5 Stufenanpassung bei Leistungsbezug

Hat die versicherte Person im Verlauf einer Beobachtungsperiode Leistungen beansprucht, erfolgt auf den 1. Januar des folgenden Jahres die Stufenanpassung um eine Stufe (maximal bis zur Rabattstufe 0).

7.6 Mutterschaftsleistungen

Die Kosten der stationären Behandlung infolge Mutterschaft und Haushaltshilfe nach Geburt zählen für die Berechnung nicht bzw. werden nicht als Inanspruchnahme von Leistungen betrachtet und haben demzufolge keine Auswirkungen auf die Stufenanpassung.

7.7 Höherversicherung

Ein Wechsel von **hospita** mit Leistungsfreiheitsrabatt zur ordentlichen **hospita** Versicherung ist nur mit Gesundheitsdeklaration möglich. Ausgenommen sind Versicherte in der Stufe mit maximalem Rabatt und ohne Leistungsbezug in der aktuellen Beobachtungsperiode.

8 Kostenbeteiligung hospita flex

8.1 Umfang der Kostenbeteiligung

Mit **hospita flex** kann die versicherte Person die Abteilung vor dem Spitaleintritt selbst wählen. Mit der Wahl der entsprechenden Abteilung ist gleichzeitig die Kostenbeteiligung bestimmt.

Bei Spitalbehandlung wird auf die Leistungen von **hospita flex** je nach gewählter Abteilung folgende Kostenbeteiligung pro Kalenderjahr erhoben:

Behandlungsabteilung	Drei Wahlmöglichkeiten von Kostenbeteiligungen für Leistungen aus hospita flex		
	Variante 1	Variante 2	Variante 3
Allgemeine Abteilung	keine	keine	keine
Halbprivate Abteilung	25% bis max. CHF 3'000.- pro Kalenderjahr	15% bis max. CHF 1'500.- pro Kalenderjahr	keine
Private Abteilung	keine Kostendeckung durch Sympany	25% bis max. CHF 4'500.- pro Kalenderjahr	20% bis max. CHF 3'000.- pro Kalenderjahr
Maximale Kostenbeteiligung für Familien*	CHF 3'000.- pro Kalenderjahr	CHF 4'500.- pro Kalenderjahr	CHF 3'000.- pro Kalenderjahr

Diese Kostenbeteiligung gilt auch bei Mutterschaft.

Die Kostenbeteiligung entfällt, wenn gemäss diesen Versicherungsbedingungen aus **hospita** Pauschalvergütungen ausgerichtet werden. Davon ausgenommen sind die versicherten Leistungen von **hospita** im Ausland. Auf diese wird eine entsprechende Kostenbeteiligung erhoben.

Die Kostenbeteiligung kann der Kostenentwicklung angepasst werden.

Die gesetzliche Kostenbeteiligung der Grundversicherung wird zusätzlich erhoben.

* Sind zwei oder mehrere Personen, die im gleichen Haushalt leben (Familienpolice), **hospita flex** versichert, so können Kostenbeteiligungen, die den Maximalbetrag übersteigen, zurückgefordert werden. Sind die Personen innerhalb einer Familienpolice in unterschiedlichen **flex** Varianten, mit unterschiedlichen Kostenbeteiligungen versichert, gilt die maximale Kostenbeteiligung von CHF 4'500.-.

9 Altersklassen

In dieser Versicherungsabteilung gilt der Lebensalterstarif. Das heisst, die Prämien der Versicherungsabteilung steigen in der Regel mit jedem Wechsel in die nächsthöhere Altersklasse:

hospita allgemein (in Jahren)					
0-18	26-30	36-40	46-50	56-60	71-80
19-25	31-35	41-45	51-55	61-70	81+

hospita halbprivat, hospita privat, hospita privat unfall, hospita global, hospita flex, hospita komfort (in Jahren)						
0-18	26-30	36-40	46-50	56-60	66-70	76-80
19-25	31-35	41-45	51-55	61-65	71-75	81+

1045/0/d/02.2022

+41 58 262 42 00
www.sympany.ch

Richtig gut versichert.
The logo for Sympany, featuring a stylized white 'C' shape on the left and the word 'sympany' in a lowercase, sans-serif font to its right.