



KOMBI

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB), Ausgabe 01.01.2010
Träger: ÖKK Versicherungen AG

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlagen der Versicherung
 - 1.1. Zweck
 - 1.2. Versicherungsabschluss
 - 1.3. Leistungsvoraussetzung
 - 1.3.1. Allgemeines
 - 1.3.2. Akutspital
 - 1.3.3. Behandlung in anderen Spitälern
 - 1.3.4. Medizinisch bedingte ausserkantonale Behandlung
 - 1.4. Unfall-Deckung
 - 1.5. Versicherungsmöglichkeiten
 - 1.5.1. Leistungsstufen
 - 1.5.2. Spitäler mit anerkanntem Tarif
 - 1.5.3. Vertragsspitäler bei KOMBI Komfort
 - 1.5.4. Fehlende Kriterien, Maximaltarife
 - 1.5.5. Einteilung der Spitäler
2. Stationäre Behandlung
 - 2.1. Akutbehandlung
 - 2.1.1. Leistungsvoraussetzung
 - 2.1.2. Leistungsumfang
 - 2.1.3. Behandlung in einer höheren Spitalabteilung
 - 2.1.4. Behandlung in einem Nicht-Listenspital
 - 2.1.5. Behandlung in einem Nicht-Vertragsspital
 - 2.2. Langzeitbehandlung
 - 2.2.1. Definition
 - 2.2.2. Leistungsumfang
 - 2.3. Stationäre Rehabilitation
 - 2.4. Psychiatrische Kliniken
 - 2.5. Leistungen im Ausland
 - 2.5.1. Bei Notfällen
 - 2.5.2. Wahlbehandlung im Ausland
 - 2.5.3. Vorgehen bei Spitalaufenthalt
3. Kuren
 - 3.1. Erholungskuren
 - 3.2. Badekuren
 - 3.3. Andere Kuren
 - 3.4. Vorgehen bei Kuraufenthalt
4. Besondere Leistungen
 - 4.1. SPITEX
 - 4.1.1. Grundsatz
 - 4.1.2. Leistungsumfang
 - 4.1.3. Leistungserbringer
 - 4.2. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

- 4.3. Teilstationäre Behandlung
- 4.4. Kinderhütendienst
 - 4.4.1. Grundsatz
 - 4.4.2. Leistungsvoraussetzungen
 - 4.4.3. Leistungsumfang
- 4.5. Ärztliche Behandlung von Unfallfolgen in der KOMBI Privat Unfall
 - 4.5.1. Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte ohne KVG-Unterstellung
 - 4.5.2. Privatsprechstunde bei Spitalärztinnen und –ärzten ohne KVG-Unterstellung
 - 4.5.3. Ärztliche Notfallbehandlung im Ausland
- 4.6. Rooming-In
- 5. Mutterschaft
 - 5.1. Kosten der stationären Behandlung
 - 5.2. Geburt in Geburtshaus
 - 5.3. Haushalthilfe nach Geburt
 - 5.3.1. Grundsatz
 - 5.3.2. Geburt im Spital
 - 5.3.3. Hausgeburt
 - 5.4. KOMBI Privat Unfall
- 6. Unfall-Zusatz
- 7. CASAMED-Variante
 - 7.1. Allgemeines
 - 7.2. Leistungsstufen
 - 7.3. Allgemeine Leistungsvoraussetzung
 - 7.4. Spitalwahl
 - 7.5. Augen-, Frauen-, Kinderärztinnen und -ärzte
 - 7.6. Notfälle
 - 7.7. Leistungsausschluss
- 8. ECOPLAN, Variante mit eingeschränkter Spitalwahl
 - 8.1. Allgemeines
 - 8.2. Wahl / Kündigung des ECOPLAN
 - 8.3. Leistungsumfang
 - 8.4. Behandlung in einem anderen Spital
- 9. Wählbare Franchise in der KOMBI Halbprivat, Privat und Global
 - 9.1. Allgemeines
 - 9.2. Wechsel/Kündigung der Franchise
 - 9.3. Franchisehöhe
- 10. Kostenbeteiligung in der KOMBI Flex
 - 10.1. Umfang der Kostenbeteiligung
 - 10.2. Maximale Kostenbeteiligung für Familien

1. Grundlagen der Versicherung

1.1. Zweck

Die KOMBI-Versicherung bezweckt die Übernahme ungedeckter Kosten für Behandlungen im Akutspital bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft. Sie erbringt im weiteren Beiträge an Kuren, Langzeitbehandlung, spitalexterne Haushalthilfe (SPITEX) und Transportkosten.

Die KOMBI Privat Unfall-Versicherung bezweckt die Übernahme ungedeckter Kosten für Behandlungen in der Privatabteilung eines Akutspitals bei Unfall. Sie erbringt im weiteren Beiträge an Kuren, spitalexterne Haushalthilfe (SPITEX) und Transportkosten.

Die Leistungen der KOMBI werden in Ergänzung zu den Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG (BASIS) erbracht. Von den Gesamtkosten wird höchstens derjenige Teil übernommen, der nicht durch die BASIS oder eine andere obligatorische Krankenpflegeversicherung abgedeckt ist. Bestehende Spitaltaggeld- und/oder Spitalbehandlungskosten-Versicherungen der ÖKK Versicherungen AG gehen den Leistungen der KOMBI vor.

1.2. Versicherungsabschluss

Die KOMBI kann bis zum vollendeten 60. Altersjahr abgeschlossen werden.

Die KOMBI Privat Unfall kann nur zusammen mit einer der folgenden Versicherungsabteilungen des Versicherers abgeschlossen bzw. geführt werden:

– ALLGEMEINER ZUSATZ

- PRIVAT-ZUSATZ
- OPTIMA
- PREMIUM
- FAMILY
- FAMILY FLEX
- KOMBI

1.3. Leistungsvoraussetzung

1.3.1. Allgemeines

Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und in einem Akutspital erfolgt.

Die Behandlung muss von Leistungserbringern durchgeführt werden, die dafür gemäss KVG anerkannt sind.

1.3.2. Akutspital

Als Akutspital gelten Heilanstalten, welche diejenigen medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen erbringen können und über diejenige technische Infrastruktur verfügen, die zur Behandlung von Erkrankungen, Unfällen und für Geburten notwendig sind, die dauernde ärztliche Überwachung erfordern. Spitalbehandlungen müssen zudem in Spitälern erfolgen, die gemäss Art. 39 KVG auf der Spitalliste des Standortkantons aufgeführt sind.

1.3.3. Behandlung in anderen Spitälern

Bei Behandlungen in anderen Spitälern sind Leistungen gemäss Ziffer 2.1.4. und 2.2. versichert.

1.3.4. Medizinisch bedingte ausserkantonale Behandlung

Der Wohnkanton übernimmt gemäss den gesetzlichen Bestimmungen (Art. 41/3 KVG) die Mehrkosten einer medizinisch begründeten ausserkantonalen Hospitalisation.

1.4. Unfall-Deckung

In der KOMBI-Versicherung (ausgenommen KOMBI Privat Unfall) kann die Unfall-Deckung ausgeschlossen werden. Die KOMBI Privat Unfall-Versicherung bezweckt die Übernahme ungedeckter Kosten für Behandlungen in der Privatabteilung eines Akutspitals bei Unfall.

1.5. Versicherungsmöglichkeiten

1.5.1. Leistungsstufen

In der KOMBI werden folgende Leistungsstufen geführt:

KOMBI Allgemein:

Allgemeine Abteilung eines Akutspitals mit anerkanntem Tarif in der ganzen Schweiz (Mehrbettzimmer).

KOMBI Halbprivat:

Halbprivate Abteilung eines Akutspitals mit anerkanntem Tarif in der ganzen Schweiz (Zweibettzimmer).

KOMBI Privat:

Private Abteilung eines Akutspitals in der ganzen Schweiz (Einbettzimmer).

KOMBI Privat Unfall:

– Notfallmässige Behandlung bei Unfall: Private Abteilung eines Akutspitals in der ganzen Welt.

– Behandlung von Unfallfolgen: Private Abteilung eines Akutspitals in der ganzen Schweiz bei Unfall.

KOMBI Global:

Private Abteilung eines Akutspitals in der ganzen Welt (Einbettzimmer).

KOMBI Flex:

Allgemeine oder halbprivate Abteilung eines Akutspitals mit anerkanntem Tarif in der ganzen Schweiz nach Wahl oder private Abteilung eines Akutspitals in der ganzen Schweiz nach Wahl; mit entsprechender Kostenbeteiligung.

KOMBI Komfort:

Medizinische Akutbehandlung und –betreuung in Komfort-Vertragsspital analog KOMBI Allgemein (allgemeine Abteilung). Aufenthaltskosten sind je nach versicherter Deckung im Einbett- oder Zweibettzimmer gedeckt.

Die Leistungsstufe KOMBI Komfort kann auf versicherte Personen mit Wohnsitz in einer bestimmten Region beschränkt werden.

1.5.2. Spitäler mit anerkanntem Tarif

Als Spitäler mit anerkanntem Tarif gelten Spitäler, mit welchen der Versicherer Vereinbarungen über die Tariffestsetzung getroffen hat, oder Spitäler, die sich ohne Vereinbarung an diese Tarife halten. Die Kasse führt eine Liste der Spitäler mit anerkanntem Tarif, die jederzeit eingesehen werden kann.

1.5.3. Vertragsspitäler bei KOMBI Komfort

Als Vertragsspital gelten Spitäler, mit welchen der Versicherer entsprechende Vereinbarungen über die Tariffestsetzung getroffen hat.

Die Kasse führt eine Liste dieser Vertragsspitäler. Sie wird laufend angepasst und kann bei der Kasse jederzeit eingesehen werden.

1.5.4. Fehlende Kriterien, Maximaltarife

Kennt ein Spital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilungen als die in diesen Bestimmungen genannten, so werden diese versicherungsmässig als private Abteilungen behandelt.

Der Versicherer kann bei der allgemeinen sowie bei der halbprivaten Abteilung Maximaltarife festlegen, die als Kriterium für die Einteilung in die versicherten Spitalabteilungen dienen.

Diese Maximaltarife richten sich nach den Tarifen und Vereinbarungen eines vergleichbaren, in der Wohnregion der versicherten Person gelegenen Spitals mit anerkanntem Tarif.

Die vom Versicherer allfällig festgelegten Maximaltarife können bei der Kasse eingesehen werden.

1.5.5. Einteilung der Spitäler

Spitäler, welche diese Einteilungskriterien nicht erfüllen, d.h. keine allgemeine Abteilung und/oder keine halbprivate, bzw. lediglich eine private Abteilung im Sinne dieser Bestimmungen führen, werden bei der Kasse auf einer Liste geführt, die eingesehen werden kann.

2. Stationäre Behandlung

2.1. Akutbehandlung

2.1.1. Leistungsvoraussetzung

Die KOMBI erbringt stationäre Leistungen, soweit und solange die versicherte Person spitalbedürftig im Sinne der BASIS ist.

2.1.2. Leistungsumfang

Die KOMBI übernimmt im Nachgang zu den Leistungen der BASIS die Kosten bei Spitalaufenthalten für diejenige Abteilung, welche gemäss gewählter Versicherungsstufe versichert ist.

Nicht versichert ist die in der BASIS 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:

KOMBI Allgemein: Die Kosten, die in der versicherten Spitalabteilung entstanden wären. Lassen sich diese Kosten nicht ermitteln, wird aus der KOMBI eine Pauschale von CHF 30.–/Tag ausgerichtet.

KOMBI Halbprivat: Die Kosten, die in der versicherten Spitalabteilung entstanden wären. Lassen sich diese nicht ermitteln, wird aus der KOMBI eine Pauschale von CHF 120.– pro Tag ausgerichtet.

KOMBI Komfort: Den versicherten Personen, die in der KOMBI Komfort eine Deckung im Zweibettzimmer abgeschlossen haben, werden bei Aufenthalt in einem Einbettzimmer eines Komfort-Vertragsspitals diejenigen Leistungen vergütet, die ihrer Versicherungsdeckung entsprechen. Erfolgt Behandlung und Aufenthalt von KOMBI Komfort-Versicherten in der halbprivaten oder privaten Abteilung eines Komfort-Vertragsspitals, so werden ebenfalls diejenigen Leistungen vergütet, die ihrer Versicherungsdeckung entsprechen.

2.1.4. Behandlung in einem Nicht-Listenspital

Erfolgt die Behandlung in einem Spital, welches nicht auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist, so sind höchstens folgende Leistungen gedeckt:

KOMBI Allgemein/ Komfort: Eine Pauschale von CHF 30.–/Tag.

KOMBI Halbprivat/Privat/Privat Unfall (Unfallfolgen)/Flex: Die Mehrkosten, die bei Aufenthalt in einem Referenzspital im Wohnkanton im Vergleich zwischen der allgemeinen und der versicherten Abteilung entstanden wären.

KOMBI Privat Unfall (Notfälle)/Global: Volle Kostendeckung.

2.1.5. Behandlung in einem Nicht-Vertragsspital

Erfolgt die Behandlung von KOMBI Komfort-Versicherten in einem Spital, welches nicht auf der von der Kasse geführten Liste der Komfort-Vertragsspitäler aufgeführt ist, so sind die Leistungen höchstens gemäss allgemeiner Abteilung bzw. Referenztarif eines Komfort-Vertragsspitals im Wohnkanton gedeckt.

2.2. Langzeitbehandlung

2.2.1. Definition

Zustände dauernder gleichförmiger Beeinträchtigung der Gesundheit, die zwar Pflege, nicht aber ständiges ärztliches Pikett erfordern, gelten als chronische Krankheit.

2.2.2. Leistungsumfang

Die KOMBI richtet folgende Tagespauschalen aus, wenn

- die Betreuung einer chronischkranken Person den Aufenthalt in einem dafür geeigneten und anerkannten Spital erfordert, oder
- ein Aufenthalt in einem Akutspital die Eigenschaft einer Langzeitbehandlung für Chronischkranke annimmt. In diesem Fall kann der Versicherer seine Leistungen nach einmonatiger Voranzeige herabsetzen. Die Spitaltage werden dabei ab Voranzeigedatum an die Leistungsdauer angerechnet:

| | 1. bis 90. Tag | 91. bis 180. Tag |
|-----------------------------|----------------|------------------|
| KOMBI Halbprivat/Flex: | CHF 50.– | CHF 25.– |
| KOMBI Privat/Privat Unfall: | CHF 70.– | CHF 35.– |
| KOMBI Global: | CHF 90.– | CHF 45.– |

Diese Leistungen werden bei Behandlung in der versicherten Abteilung während drei Kalenderjahren einmal ausgerichtet. Erfolgt die Behandlung in einer tieferen als der versicherten Abteilung, richten sich die Leistungen nach der KOMBI-Variante für diejenige Abteilung, in welcher die Behandlung erfolgt.

2.3. Stationäre Rehabilitation

Erfolgt die medizinische Behandlung in einem vom Versicherer anerkannten

Mehrzwecksanatorium oder in einer medizinischen Rehabilitationsabteilung bzw. -klinik, gewährt die KOMBI für die ersten 60 Tage volle Kostendeckung gemäss den Bestimmungen für Akutbehandlungen. Danach richtet sie unter Anrechnung der vorangegangenen Aufenthaltsdauer die Leistungen für Langzeitbehandlungen aus.

Die anerkannten Sanatorien oder Rehabilitationsanstalten werden auf einer Liste aufgeführt, die jederzeit bei der Kasse eingesehen werden kann.

2.4. Psychiatrische Kliniken

Bei stationärem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, einer psychiatrischen Behandlung in einem Akutspital oder einer Spezialklinik übernimmt die KOMBI die volle Kostendeckung gemäss den Bestimmungen für Akutbehandlungen während 90 Tagen. Aus der KOMBI 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 |
|--------------------------|---------------------|
| KOMBI Allgemein/Komfort: | CHF 20.– |
| KOMBI Halbprivat/Flex: | CHF 50.– |
| KOMBI Privat: | CHF 70.– |
| KOMBI Global: | CHF 90.– |

Diese Leistungen werden während drei Kalenderjahren einmal erbracht. Erfolgt die Behandlung in einer tieferen als der versicherten Abteilung, richten sich die Leistungen nach der KOMBI-Variante für diejenige Abteilung, in welcher die Behandlung erfolgt.

2.5. Leistungen im Ausland

2.5.1. Bei Notfällen

Die KOMBI übernimmt im Nachgang zu den Leistungen der BASIS 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.

2.5.2. Wahlbehandlung im Ausland

Die Leistungen der KOMBI 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 Nicht-Listenspital erbracht.

2.5.3. Vorgehen bei Spitalaufenthalt

Bei einer stationären Behandlung ist bei der Kasse sofort, spätestens jedoch innert 10 Tagen nach Spitaleintritt ein Kostengutsprache gesuch einzureichen.

3. Kuren

3.1. Erholungskuren

Es besteht freie Wahl unter den ärztlich geleiteten Kuranstalten, die vom Versicherer anerkannt sind. Die anerkannten Kuranstalten werden auf einer Liste aufgeführt, die jederzeit bei der Kasse eingesehen werden kann.

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

KOMBI Allgemein/Komfort: CHF 40.–/Tag

KOMBI Halbprivat/Flex: CHF 70.–/Tag

KOMBI Privat/Privat Unfall: CHF 90.–/Tag

KOMBI Global: CHF 110.–/Tag

3.2. Badekuren

Die KOMBI erbringt während maximal 21 Tagen pro Kalenderjahr folgende Leistungen:

KOMBI Allgemein/Komfort: CHF 10.–/Tag

KOMBI Halbprivat/Flex: CHF 20.–/Tag

KOMBI Privat/Privat Unfall: CHF 30.–/Tag

KOMBI Global: CHF 40.–/Tag

Es besteht die freie Wahl unter den vom Versicherer anerkannten ärztlich geleiteten Heilbädern.

Die Liste der anerkannten Heilbäder wird laufend angepasst oder ergänzt und kann bei der Kasse 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.

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

3.3. Andere Kuren

Auf Antrag der Vertrauensärztin oder des Vertrauensarztes der Kasse 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 der Kasse 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. SPITEX

4.1.1. Grundsatz

Kann ein Spitalaufenthalt vermieden oder verkürzt werden, richtet die KOMBI auf ärztliche Verordnung hin Beiträge an spitalexterne Haushalthilfen (SPITEX) aus, sofern häusliche und familiäre Umstände dies erfordern.

4.1.2. Leistungsumfang

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

Die Leistungen werden wie folgt erbracht:

KOMBI Allgemein/Komfort: bis CHF 20.–/Tag, max. CHF 280.–

KOMBI Halbprivat/Flex: bis CHF 35.–/Tag, max. CHF 490.–

KOMBI Privat/Privat Unfall: bis CHF 45.–/Tag, max. CHF 630.–

KOMBI 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 Haushalthilfe wird anerkannt, wer gewerbsmässig 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 Fahrspesen in entsprechender Höhe belegen können.

Anstelle der Leistungen an Haushalthilfe können die gleichen Beiträge erbracht werden bei pflegerischen Leistungen von kommerziellen SPITEX-Unternehmen, wenn an diese keine Vergütung aus der BASIS 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

werden insgesamt folgende Beiträge aus der KOMBI geleistet:

KOMBI Allgemein/Komfort: CHF 5'000.–/Kalenderjahr an den ungedeckten Betrag, der CHF 100.–/Fall übersteigt.

KOMBI Halbprivat/Flex: CHF 15'000.–/Kalenderjahr.

KOMBI Privat/Privat Unfall: CHF 25'000.–/Kalenderjahr.

KOMBI Global: Unbegrenzt.

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

Keine Versicherungsdeckung besteht für Transportkosten, welche durch eine Mitgliedschaft (Gönner) bei einer Rettungsflugwacht oder ähnlichen Organisationen abgedeckt sind.

4.3. Teilstationäre Behandlung

Kann eine in der Regel stationär durchgeführte Operation teilstationär erfolgen, übernimmt die KOMBI auf Antrag die den Kassentarif der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG übersteigenden Kosten. Gedeckt ist in jedem Fall höchstens derjenige Arzttarif, der bei stationärer Behandlung der versicherten Person auf der versicherten Abteilung erhoben worden wäre.

Die Gesamtkosten müssen für den Versicherer im Vergleich zur stationären Behandlung tiefer liegen.

4.4. Kinderhütendienst

4.4.1. Grundsatz

Die KOMBI des versicherten Kindes entrichtet Beiträge für den von einer Sektion des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) durchgeführten Betreuungs- und Pflegedienst für Kinder bis zum vollendeten 12. Altersjahr.

Voraussetzung dafür ist eine vertragliche Regelung zwischen dem Versicherer und dem SRK.

4.4.2. Leistungsvoraussetzungen

Die Leistungen werden erbracht, wenn das Kind infolge akuter Krankheit oder Unfall gemäss Beurteilung des SRK der Betreuung oder Pflege bedarf. Die Leistungserbringung ist ausschliesslich auf Betreuung und Pflege durch das vom SRK ausgebildete und beauftragte 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 die KOMBI des versicherten Kindes einen Beitrag von maximal CHF 30.– pro Stunde bis maximal CHF 600.– pro Kalenderjahr.

4.5. Ärztliche Behandlung von Unfallfolgen in der KOMBI Privat Unfall

4.5.1. Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte ohne KVG-Unterstellung

Die KOMBI Privat Unfall erbringt an Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte, die sich nicht dem KVG unterstellt haben, Leistungen gemäss KVG-Tarif.

4.5.2. Privatsprechstunde bei Spitalärztinnen und -ärzten ohne KVG-Unterstellung

Die KOMBI Privat Unfall erbringt an ambulante Privatsprechstunden bei leitenden Universitätsspital-Ärztinnen und -Ärzten, die sich nicht dem KVG unterstellt haben, Leistungen gemäss anerkanntem Tarif.

4.5.3. Ärztliche Notfallbehandlung im Ausland

Sofern die versicherte Person nicht über den PRIVAT-ZUSATZ, OPTIMA oder PREMIUM gedeckt ist, werden bei notfallmässiger ärztlicher Behandlung im Ausland aus der KOMBI Privat Unfall im Nachgang zu den Leistungen der BASIS die vollen Kosten gedeckt.

4.6. Rooming-In

Wird ein Kleinkind stationär behandelt, leistet Kombi aus der Versicherung des Kindes für den Aufenthalt eines Elternteils im Zimmer des Kindes 50% der Kosten, bis CHF 50.– pro Tag.

Wird ein Elternteil stationär behandelt, leistet Kombi aus der Versicherung des Elternteils für den Aufenthalt eines Kleinkindes im Zimmer des Elternteils 50% der Kosten, bis CHF 50.– pro Tag.

5. Mutterschaft

5.1. Kosten der stationären Behandlung

Die KOMBI deckt die ungedeckten Kosten einer Geburt im Spital für die Mutter und das Neugeborene gemäss abgeschlossener Versicherungsstufe der Mutter.

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

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

5.2. Geburt in Geburtshaus

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

KOMBI Allgemein/Komfort: 90% bis max. CHF 1'000.– pro Geburt

KOMBI Halbprivat/Flex: 90 % bis max. CHF 2'000.– pro Geburt

KOMBI Privat/Global: volle Kostendeckung

Für KOMBI Flex-Versicherte entfällt die zusätzliche Kostenbeteiligung gemäss den Bestimmungen von KOMBI Flex.

5.3. Haushalthilfe nach Geburt

5.3.1. Grundsatz

Die KOMBI entrichtet Beiträge an die Kosten ärztlich verordneter Haushalthilfe durch vom Versicherer anerkanntes Personal.

Sie werden anstelle der ordentlichen SPITEX-Leistungen der KOMBI ausgerichtet.

Ebenfalls werden diese 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:

KOMBI Allgemein/Komfort: bis CHF 40.–/Tag, max. CHF 560.–

KOMBI Halbprivat/Flex: bis CHF 70.–/Tag, max. CHF 980.–

KOMBI Privat: bis CHF 90.–/Tag, max. CHF 1'260.–

KOMBI 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:

KOMBI Allgemein/Komfort: bis CHF 60.–/Tag, max. CHF 840.–

KOMBI Halbprivat/Flex: bis CHF 105.–/Tag, max. CHF 1'470.–

KOMBI Privat: bis CHF 135.–/Tag, max. CHF 1'890.–

KOMBI Global: bis CHF 165.–/Tag, max. CHF 2'310.–

5.4. KOMBI Privat Unfall

Aus der KOMBI Privat Unfall werden keine Leistungen bei Mutterschaft entrichtet (ausgenommen die Regelung betreffend Rooming-in).

6. Unfall-Zusatz

Im Anschluss an einen unfallbedingten 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 Spitalbehandlung erforderte, beschädigt wurden.

7. CASAMED-Variante

7.1. Allgemeines

Für versicherte Personen, die bei der Kasse in der BASIS in der Variante CASAMED versichert sind, gelten in der KOMBI die folgenden zusätzlichen Bestimmungen.

7.2. Leistungsstufen

Für CASAMED-Versicherte werden die Leistungsstufen KOMBI Allgemein, Halbprivat, Privat, Privat Unfall, Flex und Komfort geführt.

7.3. Allgemeine Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen der KOMBI Allgemein, Halbprivat, Privat, Flex und Komfort werden erbracht, wenn sie nach dem Hausarztprinzip erfolgt sind. Leistungen müssen von der CASAMED-Hausärztin oder vom CASAMED-Hausarzt, bei welchen die versicherte Person eingeschrieben ist, verordnet oder veranlasst werden.

Telemedizinische Institutionen können vom Versicherer als CASAMED-Hausärzte anerkannt werden.

7.4. Spitalwahl

Im Hinblick auf eine kostengünstige Versorgung kann der Versicherer die Spitäler bezeichnen, denen die medizinische Betreuung der CASAMED-Versicherten ausschliesslich anvertraut wird.

7.5. Augen-, Frauen-, Kinderärztinnen und -ärzte

Bei CASAMED-Versicherten, die in Routinebehandlung bei Augen-, Frauen- und Kinderärztinnen oder -ärzten stehen, werden die von diesen Medizinalpersonen veranlassten ambulant oder stationär durchgeführten Operationen nach Beizug der CASAMED-Hausärztin oder des CASAMED-Hausarztes übernommen.

7.6. Notfälle

Notfälle sind ungeachtet des gewählten Leistungserbringers im Rahmen der KOMBI Allgemein, Halbprivat, Privat, Privat Unfall, Flex und Komfort gedeckt. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

7.7. Leistungsausschluss

Begibt sich die versicherte Person ausser in den abschliessend aufgezählten Ausnahmefällen in Behandlung bei einem Leistungserbringer, der nicht in ihrem Wahlrecht steht, gehen sämtliche Kosten zu ihren Lasten.

8. ECOPLAN, Variante mit eingeschränkter Spitalwahl

8.1. Allgemeines

Im Rahmen der KOMBI Halbprivat und Privat besteht die Variante mit eingeschränkter Spitalwahl ECOPLAN.

Der ECOPLAN kann auf Versicherte mit Wohnsitz in einer bestimmten Region beschränkt werden.

8.2. Wahl / Kündigung des ECOPLAN

Der ECOPLAN kann beim Abschluss der KOMBI oder zu einem späteren Zeitpunkt jeweils auf Beginn eines Kalendermonats gewählt werden.

Der Wechsel vom ECOPLAN in die ordentliche KOMBI kann jeweils auf Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist erfolgen.

8.3. Leistungsumfang

Aus dem ECOPLAN werden die Leistungen der KOMBI erbracht. Leistungen bei Spitalaufenthalt sind gedeckt, soweit die Behandlung in einem vom Versicherer speziell bezeichneten Spital erfolgt. Der Versicherer bezeichnet die für diese Deckungs-Variante anerkannten Spitäler. Die Liste mit den ECOPLAN-Spitälern wird laufend angepasst oder ergänzt und kann jederzeit bei der Kasse eingesehen oder verlangt werden.

8.4. Behandlung in einem anderen Spital

Lässt sich die versicherte Person ausser in den abschliessend aufgezählten Ausnahmefällen in einem Nicht-ECOPLAN-Spital behandeln, gehen sämtliche Kosten zu Lasten der versicherten Person.

Notfälle und aus medizinischen Gründen notwendige Behandlungen in einem Nicht-ECOPLAN-Spital sind ungeachtet des gewählten Leistungserbringers im Rahmen der KOMBI gedeckt. Ausser bei Notfällen wird diese Leistung jedoch nur nach vorgängiger Antragstellung an die Kasse erbracht. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

9. Wählbare Franchise in der KOMBI Halbprivat, Privat und Global

9.1. Allgemeines

Gegen eine entsprechende Reduktion der Prämien in der KOMBI Halbprivat, Privat und Global können sich Erwachsene für eine Franchise bei Spitalbehandlungen entscheiden.

Die wählbare Franchise wird in einem festen Betrag pro Kalenderjahr erhoben.

Die Franchise entfällt, wenn sich die versicherte Person auf die allgemeine Abteilung (Mehrbettzimmer) eines schweizerischen Akutspitals mit anerkanntem Tarif begibt.

Die halbe Franchise entfällt, wenn sich die in der KOMBI Privat oder Global versicherte Person auf die halbprivate Abteilung (Zweibettzimmer) eines schweizerischen Akutspitals mit anerkanntem Tarif begibt.

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

9.2. Wechsel/ Kündigung der Franchise

Der Wechsel von einer tieferen zu einer höheren Franchise kann nur auf Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.

Die Aufhebung bzw. der Wechsel zu einer tieferen Franchise ist frühestens ein Jahr nach dem Beitritt zur Variante mit wählbarer Franchise unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf Ende eines Kalenderjahres möglich. Die Aufhebung bzw. der Wechsel zu einer tieferen Franchise gilt als Antrag auf einen neuen Versicherungsvertrag.

9.3. Franchisehöhe

In der KOMBI Halbprivat, Privat und Global stehen bei Spitalbehandlungen folgende Franchisehöhen zur Auswahl:

CHF 2'000.– pro Kalenderjahr

CHF 5'000.– pro Kalenderjahr

Die Franchise kann der Kostenentwicklung angepasst werden.

Die gesetzliche Kostenbeteiligung der BASIS wird zusätzlich erhoben.

10. Kostenbeteiligung in der KOMBI Flex

10.1. Umfang der Kostenbeteiligung

Mit der KOMBI 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 der KOMBI Flex je nach gewählter Abteilung folgende Kostenbeteiligung pro Kalenderjahr erhoben:

| Behandlung in: | Kostenbeteiligung für Leistungen aus der KOMBI Flex: |
|--|--|
| Allgemeine Abteilung: | keine |
| Allgemeine Abteilung Komfort Zweibettzimmer: | 10% bis max. CHF 200.- pro Kalenderjahr |
| Allgemeine Abteilung Komfort Einbettzimmer: | 10% bis max. CHF 200.- pro Kalenderjahr |
| Halbprivate Abteilung: | 15 % bis max. CHF 1'500.– pro Kalenderjahr |
| Private Abteilung: | 25 % bis max. CHF 4'500.– pro Kalenderjahr |

Diese Kostenbeteiligung gilt auch bei Mutterschaft.

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

Die Kostenbeteiligung kann der Kostenentwicklung angepasst werden.

Die gesetzliche Kostenbeteiligung der BASIS wird zusätzlich erhoben.

10.2. Maximale Kostenbeteiligung für Familien

Sind zwei oder mehrere Personen, die im gleichen Haushalt leben, in der KOMBI Flex versichert, so können Kostenbeteiligungen, die den Betrag von CHF 4'500.– pro Kalenderjahr übersteigen, zurückgefordert werden.