

Ergänzende Bedingungen (EB) der SLKK VERSICHERUNGEN mit Sitz in Zürich betreffend die

Spital-Zusatzversicherung nach AVB/VVG (D/E/G)

Inhaltsverzeichnis			
Art.		Art.	
I	ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN	II	LEISTUNGEN
1	Versicherungsabteilungen	5	Karenzfrist
2	Zweck	6	Leistungsausschluss - Leistungskürzung
3	Abschlussvoraussetzungen	7	Schlussbestimmungen
4	Leistungsumfang		

I ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

Art. 1 Versicherungsabteilungen

Gemäss Art. 3 AVB/VVG bieten die SLKK VERSICHERUNGEN (nachfolgend SLKK) folgende Spitalzusatzversicherungen an:

- D** Spitalkostenversicherung
- E** Spitalbehandlungskostenversicherung
- G** Alterszusatzversicherung mit jeweils verschiedenen Versicherungssummen.

Art. 2 Zweck

Die in Art. 1 erwähnten Versicherungsabteilungen sind Zusatzversicherungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG und erbringen Leistungen im Nachgang zu denjenigen der Sozialversicherung (KVG, IVG, UVG und MVG) für die ungedeckten

Kosten, die bei stationärer Behandlung infolge Krankheit oder Unfall gemäss Art. 4 dieser Bestimmungen entstehen. Die Alterszusatzversicherung kann als Zusatz zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG oder allein als Zusatz und einer bestehenden D/E-Zusatzversicherung abgeschlossen werden.

Art. 3 Abschlussvoraussetzungen

Eine Spitalzusatzversicherung gemäss diesen ergänzenden Bedingungen kann nur abschliessen, wer im Zeitpunkt der Antragstellung das 55. Altersjahr (für D und E) bzw. das 75. Altersjahr (nur für G) noch nicht vollendet hat. Höherversicherungen sowie die Wahl einer tieferen Franchise werden einem Neuabschluss gleichgestellt.

II LEISTUNGEN

Art. 4 Leistungsumfang

4.1 Bei Aufenthalt in einer Heilanstalt für Akutkranke in den dafür eingerichteten chirurgischen und medizinischen Abteilungen der öffentlichen und privaten inländischen Spitäler gewähren die D/E/G-Zusatzversicherung die Deckung der Aufenthalts- und medizinischen Behandlungskosten (inkl. Medikamente) in der vom Mitglied gewählten Abteilung zu den nachstehend genannten Maximalbeiträgen während 720 Tagen innerhalb einer Behandlungsperiode.

Die Behandlungsperiode beginnt am 1. Januar des Jahres des ersten Spitaleintrittes und endet am 31. Dezember des darauf folgenden Jahres.

Leistungen aus Abteilung D

Tägliche Zusatzleistungen je nach dem in der Police aufgeführten Betrag von CHF 10.— bis CHF 200.—, sofern der Versicherte in einer höheren Spitalklasse als die allgemeine Abteilung hospitalisiert ist.

Leistungen aus Abteilung E

Maximale Leistungen pro Behandlungsperiode gemäss Art. 4.1 oben von CHF 5'000.—, CHF 10'000.—, CHF 12'000.—, CHF 15'000.—, CHF 20'000.—, CHF 25'000.—, CHF 50'000.—. Die Versicherung in Abteilung E wird nur gewährt in Verbindung mit einer Versicherung in Abteilung D.

Leistungen aus Abteilung G

Tägliche Leistungen und maximale Leistungen gemäss Art. 4.1 in folgenden Kombinationen:

Klasse	Tägliche Leistung	Behandlungskosten
I	CHF 20.—	CHF 2'000.—
II	CHF 40.—	CHF 4'000.—
III	CHF 60.—	CHF 6'000.—
IV	CHF 100.—	CHF 10'000.—
V	CHF 100.—	CHF 15'000.—
VI	CHF 100.—	CHF 20'000.—
VII	CHF 150.—	CHF 30'000.—
VIII	CHF 200.—	CHF 50'000.—

4.2 Als Spitalbehandlungskosten gelten alle medizinischen Vorkehrungen zur Untersuchung und Heilung des Kranken, soweit sie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind.

4.3 Bei Aufenthalt in Spitälern oder in besonderen Spitalabteilungen für lang andauernde Krankheiten werden 20% der versicherten täglichen Leistung ausgerichtet. Als besondere Spitäler gelten die für die Behandlung von lang andauernden Krankheiten und zur Aufnahme von

Chronischkranken bestimmten ärztlich geleiteten Spitälern und besondere Spitalabteilungen einschliesslich psychiatrische Kliniken und Nervenheilanstalten

4.4 Nicht als Heilanstalt im Sinne dieser ergänzenden Bedingungen gelten Sanatorien für Tuberkulosekranke, Präventorien, nicht ärztlich geleitete private Entbindungsheime, Anstalten für Entwöhnungskuren, Diätkuren und besondere Heilanwendungen, Bäder, Kurhäuser, Erholungs-, Alters- und Pflegeheime.

4.5 Dem Versicherten steht im Rahmen von Art. 4.2 und Art. 4.4 die Wahl unter den inländischen Spitälern frei.

4.6 Begibt sich ein Versicherter im Anschluss an einen Spitalaufenthalt zur Weiterbehandlung in eine ärztlich geleitete Kuranstalt, so gewähren die SLKK während höchstens vier Wochen pro Jahr folgende Leistungen: 10% der versicherten täglichen Leistung pro Tag.

4.7 Bei ärztlich verordneter Badekur in einer ärztlich geleiteten Kuranstalt in der Schweiz gewähren die SLKK während höchstens drei Wochen 10% der versicherten täglichen Leistung pro Tag. Diese Leistung wird innerhalb von drei Jahren nur einmal ausgerichtet. Die ärztliche Kurverordnung muss vor Antritt der Kur der SLKK eingereicht werden, da sonst keine Leistung aus der D/G-Zusatzversicherung erbracht wird. Vorbehalten bleibt der Nachweis, dass die Kurverordnung aus entschuldigen Gründen nicht eingereicht wurde.

4.8 Bei ärztlich verordneter und von einer diplomierten Hauskrankenpflegerin ausgeführter Hauskrankenpflege oder Haushalthilfe gewährt die SLKK 20% der versicherten täglichen Leistung pro Tag. Diese Leistung erfolgt während drei Monaten innert Jahresfrist.

4.9 Muss sich der Versicherte mit Wohnsitz in der Schweiz während eines Auslandsaufenthaltes von längstens drei Monaten Dauer in Spitalpflege begeben, so werden die Leistungen aus den D/E/G-Zusatzversicherungen gemäss Art. 4.1 ausgerichtet, wenn und solange die Hospitalisierung in der Schweiz aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

Art. 5 Karenzfrist

5.1 Die Bezugsberechtigung in den Sparten D/E/G beginnt nach Ablauf von drei Monaten von der

Aufnahme in die Zusatzversicherung angerechnet. Für Leistung bei Mutterschaft beträgt die Karenzfrist 270 Tage.

- 5.2 Hat ein Versicherter eine Höherversicherung abgeschlossen, so hat er während der Karenzfrist Anspruch auf die Leistungen in Höhe der bisherigen Zusatzversicherung.

Art. 6 Leistungsausschluss - Leistungskürzung

- 6.1 Aus den D/E/G werden keine Leistungen erbracht für Entwöhnungskuren (Trunksucht, Drogen). Im Übrigen gelten die Bestimmungen über die Leistungskürzungen gemäss Art. 28 AVB/VVG und die Leistungsausschlüsse gemäss Art. 29 AVB/VVG.

- 6.2 Von diesen Zusatzversicherungen sind ferner die in Art. 28 AVB/VVG genannten Tatbestände ausgeschlossen.

Art. 7 Schlussbestimmungen

Soweit in diesen ergänzenden Bedingungen keine abweichende Regelung vorgesehen ist, gelten die AVB/VVG der SLKK VERSICHERUNGEN.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im gesamten Text die männliche Form verwendet; die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

Postadresse:

SLKK VERSICHERUNGEN
Postfach
8050 Zürich

Domiziladresse:

Hofwiesenstrasse 370
8050 Zürich

Telefonzentrale:

+41 (0)44 368 70 30

Telefon Leistungs-Abteilung:

+41 (0)44 368 70 60

Telefax Leistungs-Abteilung :

+41 (0)44 368 70 50