



Zusätzliche Vertragsbedingungen (ZB)

«Spital Flex» der AXA

- Spital Flex 1
- Spital Flex 2

Ausgabe 07.2017

Inhaltsübersicht

Teil A Voraussetzungen der Versicherungsdeckung

A1	Für welche Leistungen besteht eine Versicherungsdeckung?	3
----	--	---

A2	Was sind die allgemeinen Voraussetzungen für eine Versicherungsdeckung?	3
----	---	---

Teil B Versicherte Leistungen im Einzelnen

B1	Welche Kosten eines Akutspitals, einer Rehabilitationsklinik oder einer psychiatrischen Klinik werden übernommen?	4
----	---	---

B2	Werden Aufenthaltskosten einer Begleitperson übernommen, wenn die versicherte Person im Spital ist (Rooming-in)?	4
----	--	---

B3	Übernimmt die AXA die Kosten der Kinderbetreuung zu Hause?	4
----	--	---

B4	Welche Leistungen übernimmt die AXA bei Mutterschaft und für Neugeborene?	4
----	---	---

B5	Übernimmt die AXA die Kosten einer Badekur?	5
----	---	---

B6	Werden auch Erholungskuren von der Versicherungsdeckung erfasst?	5
----	--	---

B7	Sind Kosten in Pflege- und Chronischkrankheimen von der Versicherung gedeckt?	5
----	---	---

Teil C Kostenbeteiligungs- und Versicherungsvarianten

C1	Wie hoch sind die Kostenbeteiligungen der versicherten Person?	6
----	--	---

C2	Kann ich den Versicherungsschutz für Unfall ausschliessen?	6
----	--	---

C3	Wie kann ich die Versicherungsvarianten wechseln?	6
----	---	---

Teil D Verschiedenes

D1	Was ist ein Akutspital?	7
----	-------------------------	---

Zusätzliche Vertragsbedingungen (ZB)

Teil A

Voraussetzungen der Versicherungsdeckung

A1 Für welche Leistungen besteht eine Versicherungsdeckung?

- A1.1** Die AXA übernimmt in Ergänzung zur obligatorischen Krankenversicherung und im Rahmen der nachfolgenden Bestimmungen die Aufenthalts- und Behandlungskosten eines stationären Aufenthalts in allen Abteilungen eines Spitals, der auf den kantonalen Planungs- und Spitalisten nach Art. 39 KVG aufgeführt (Listenspital) oder von der AXA anerkannt ist. Die versicherte Person bestimmt spätestens beim Eintritt ins Spital, in welcher Abteilung sie sich behandeln lassen will.
-
- A1.2** Sofern ein Spital keine oder eine andere Einteilung als in allgemeine, halbprivate und private Abteilungen kennt, kommen diejenigen Bestimmungen zur Anwendung, wie wenn sich die versicherte Person in einer privaten Abteilung eines Spitals aufhalten würde.
-
- A1.3** Die AXA führt eine entsprechende Liste im Sinne von Ziffer G9 AVB, aus der ersichtlich ist, welche Spitäler anerkannt bzw. nicht anerkannt sind und welche Spitäler keine privaten oder halbprivaten Abteilungen im Sinne von Absatz A1.2 haben. Diese Liste kann bei der AXA eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.

A2 Was sind die allgemeinen Voraussetzungen für eine Versicherungsdeckung?

- A2.1** Die AXA übernimmt Leistungen für wissenschaftlich anerkannte Heilanwendungen im Rahmen eines Aufenthalts in einem Spital, sofern der Zustand der versicherten Person eine stationäre Behandlung erfordert (Spitalbedürftigkeit). Im Übrigen gilt Kapitel C der AVB.
-
- A2.2** Die Leistungen der vorliegenden Versicherung werden gemäss Ziffer C6 AVB ausschliesslich im Nachgang zu den Sozialversicherungen ausgerichtet. Kostenanteile, welche diese Versicherungen decken und Kostenbeteiligungen aus diesen Versicherungen sind in der vorliegenden Versicherung nicht versichert.
-
- A2.3** Die Leistungen der AXA bestimmen sich anhand der effektiven Kosten. Die AXA übernimmt nicht mehr als die effektiv entstandenen und nachgewiesenen Kosten, sofern im Einzelfall nicht ausdrücklich etwas anderes festgehalten ist.

Teil B

Versicherte Leistungen im Einzelnen

B1 Welche Kosten eines Akutspitals, einer Rehabilitationsklinik oder einer psychiatrischen Klinik werden übernommen?

B1.1 Spitalleistungen

B1.1.1 Die AXA übernimmt folgende Kosten bei einem stationären Aufenthalt in einem Akutspital (vgl. Ziffer D1), einer Rehabilitationsklinik oder einer psychiatrischen Klinik, sofern die Voraussetzungen gemäss Kapitel A erfüllt sind:

- Honorare der Ärzte;
- Kosten für Übernachtung und Verpflegung (Hotellerie);
- Pflegeleistungen sowie
- die Kosten für wissenschaftlich anerkannte diagnostische und therapeutische Massnahmen.

B1.1.2 Die versicherte Person hat die freie Arztwahl zwischen den von der AXA anerkannten Ärzten. Die AXA führt entsprechende Listen im Sinne von Ziffer G9 AVB, aus denen ersichtlich ist, welche Ärzte nicht anerkannt sind. Diese Listen können bei der AXA eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.

B1.1.3 Die versicherte Person hat bei einer geplanten Behandlung bei der AXA um Kostengutsprache für den gewählten Leistungserbringer und die gewählte Abteilung zu ersuchen. Die Kostengutsprache muss vor Antritt der Behandlung vorliegen, ansonsten kann die AXA die Kostenübernahme für diese Behandlung ablehnen. In einem Notfall muss die versicherte Person unverzüglich um Kostengutsprache ersuchen.

B1.2 Leistungsdauer

B1.2.1 Die AXA übernimmt die Behandlungskosten in einem Akutspital, solange unter Berücksichtigung der Diagnose und der Gesamtheit der ärztlichen Behandlung ein Aufenthalt medizinisch notwendig ist.

B1.2.2 Bei stationären Behandlungen in einer Rehabilitationsklinik werden die versicherten Leistungen während maximal 60 Tagen im Kalenderjahr ausgerichtet, solange unter Berücksichtigung der Diagnose und der Gesamtheit der ärztlichen Behandlung ein Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik medizinisch notwendig ist und kein chronisches Krankheitsbild vorliegt.

B1.2.3 Bei stationären Behandlungen in psychiatrischen Kliniken werden die versicherten Leistungen während maximal 90 Tagen im Kalenderjahr ausgerichtet, solange unter Berücksichtigung der Diagnose und der Gesamtheit der ärztlichen Behandlung ein Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik medizinisch notwendig ist. Für Aufenthalte in psychiatrischen Tages- und Nachtkliniken werden keine Leistungen ausgerichtet.

B1.3 Leistungen im Ausland

B1.3.1 Geplante Behandlungen im Ausland

Die vorliegende Versicherung gewährt an die Kosten für geplante stationäre Behandlungen im Ausland einen Beitrag von insgesamt höchstens CHF 1000.– pro Tag während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr.

B1.3.2 Notfallmässige Behandlungen im Ausland

Die AXA übernimmt für notfallmässige Behandlungen im Ausland gemäss Ziffer A4.2 AVB insgesamt höchstens CHF 1000.– pro Tag während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr, solange der versicherten Person die Rückkehr in die Schweiz nicht zumutbar ist.

B2 Werden Aufenthaltskosten einer Begleitperson übernommen, wenn die versicherte Person im Spital ist (Rooming-in)?

Im Falle eines Spitalaufenthaltes einer versicherten Person übernimmt die Versicherung dieser Person einen Beitrag an die Aufenthaltskosten für eine Begleitperson von bis zu CHF 80.– pro Tag, höchstens jedoch CHF 2000.– pro Kalenderjahr, sofern die versicherte Person das 50. Altersjahr noch nicht vollendet hat.

B3 Übernimmt die AXA die Kosten der Kinderbetreuung zu Hause?

B3.1 Die AXA übernimmt Leistungen von bis zu CHF 50.– pro Tag während höchstens 30 Tagen pro Kalenderjahr für die Betreuung von Kindern bis zum Alter von 15 Jahren. Ein Leistungsanspruch besteht, sofern sich eine durch die vorliegende Versicherung versicherte Person im Zusammenhang mit versicherten Krankheiten und Unfällen stationär im Spital aufhält, für die Betreuung ihrer Kinder zu Hause.

B3.2 Der Leistungsanspruch besteht wochentags während den üblichen Arbeitszeiten jeweils unter der Voraussetzung, dass vorgängig die von der AXA bezeichnete Notruf- und Organisationszentrale kontaktiert und die Betreuung von dieser Stelle organisiert wird.

B4 Welche Leistungen übernimmt die AXA bei Mutterschaft und für Neugeborene?

B4.1 Die AXA übernimmt bei Mutterschaft die folgenden Leistungen, sofern die Karenzfrist abgelaufen ist (Ziffer B3 AVB):

- Die gleichen Leistungen wie bei Krankheit;
- Kosten eines Geburtshauses oder einer Klinik für Geburtshilfe gemäss anerkanntem Tarif sowie
- für eine ambulante Geburt zu Hause den einmaligen, maximalen Betrag von CHF 1500.– pro Geburt (Mehrlingsgeburten gelten als eine Geburt).

B4.2 Die Kosten für ein gesundes Neugeborenes werden während der Dauer des Spitalaufenthaltes der Mutter im Spital übernommen.

B5 **Übernimmt die AXA die Kosten einer Badekur?**

- B5.1** Die AXA übernimmt Leistungen von bis zu CHF 30.– pro Tag während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr für eine Badekur, sofern diese vor Kurantritt ärztlich verordnet und stationär in einem nach KVG zugelassenen oder von der AXA anerkannten, ärztlich geleiteten Heilbad stattfindet. Der Badekur muss eine intensive, wissenschaftlich anerkannte und zweckdienliche Behandlung vorausgegangen sein, ausser eine solche Therapie wäre nicht möglich. Weitere Voraussetzung ist, dass die Kur kurärztlich überwacht wird, balneologische oder physikalische Massnahmen umfasst und mindestens 14 Tage dauert.
-
- B5.2** Die AXA kann auf Anfrage auch Leistungen für eine Badekur im Ausland gewähren, sofern die obigen Voraussetzungen, mit Ausnahme des nach KVG zugelassenen oder von der AXA anerkannten Leistungserbringers, erfüllt sind.
-
- B5.3** Die ärztliche Verordnung ist der AXA vor Kurantritt einzureichen, unter Angabe des Heilbads und des Datums des Kurantritts.
-
- B5.4** Pro Kalenderjahr wird maximal eine Bade- oder Erholungskur übernommen.

B6 **Werden auch Erholungskuren von der Versicherungsdeckung erfasst?**

- B6.1** Die AXA übernimmt Leistungen von bis zu CHF 60.– pro Tag während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr für eine Erholungskur, sofern diese vor Kurantritt ärztlich verordnet wird, zur Ausheilung oder Erholung nach einer schweren Krankheit oder einem Spitalaufenthalt medizinisch notwendig ist und stationär in einem von der AXA anerkannten Kurhaus in der Schweiz stattfindet.
-
- B6.2** Die AXA kann auf Anfrage auch Leistungen für eine Erholungskur im Ausland gewähren, sofern die obigen Voraussetzungen, mit Ausnahme des von der AXA anerkannten Leistungserbringers, erfüllt sind.
-
- B6.3** Die ärztliche Verordnung ist der AXA vor Kurantritt einzureichen, unter Angabe des Kurhauses und des Datums des Kurantritts.
-
- B6.4** Pro Kalenderjahr wird maximal eine Bade- oder Erholungskur übernommen.

B7 **Sind Kosten in Pflege- und Chronischkrankenheimen von der Versicherung gedeckt?**

- B7.1** Die AXA übernimmt nur Leistungen für Akutaufenthalte.
-
- B7.2** Leistungen für chronische Erkrankungen und deren Behandlung werden von dieser Versicherung nicht übernommen. Als chronische Krankheiten gelten Behandlungen, die nicht mehr einer akuten, stationären Spitalbedürftigkeit entsprechen.
-
- B7.3** Aufenthalte in nicht zur Behandlung von akutkranken Personen vorgesehenen Einrichtungen, namentlich Pflegeheimen, Altersheimen, Alterswohnungen, Chronischkrankenheimen, Sterbehospizen oder Langzeitaufenthalte in psychiatrischen Tages- und Nachtkliniken werden von dieser Versicherung nicht übernommen.

Teil C

Kostenbeteiligungs- und Versicherungsvarianten

C1 Wie hoch sind die Kostenbeteiligungen der versicherten Person?

C1.1 Die Spital Flex wird in zwei Kostenbeteiligungsvarianten angeboten.

C1.1.1 Im Rahmen der Spital Flex 1 übernimmt die versicherte Person folgende Kostenbeteiligung (Selbstbehalt):

- in einer allgemeinen Abteilung: keine Kostenbeteiligung;
- bei einem Aufenthalt in einem Zweibettzimmer der halbprivaten Abteilung: 20 % der Kosten, höchstens jedoch CHF 2000.– pro Kalenderjahr;
- bei einem Aufenthalt in einem Einbettzimmer der privaten Abteilung: 35 % der Kosten, höchstens jedoch CHF 4000.– pro Kalenderjahr.

C1.1.2 Im Rahmen der Spital Flex 2 übernimmt die versicherte Person folgende Kostenbeteiligung (Selbstbehalt):

- in einer allgemeinen Abteilung: keine Kostenbeteiligung;
- bei einem Aufenthalt in einem Zweibettzimmer der halbprivaten Abteilung: 20 % der Kosten, höchstens jedoch CHF 4000.– pro Kalenderjahr;
- bei einem Aufenthalt in einem Einbettzimmer der privaten Abteilung: 35 % der Kosten, höchstens jedoch CHF 8000.– pro Kalenderjahr.

C1.2 Die vereinbarte Kostenbeteiligungsvariante kann der Police entnommen werden.

C2 Kann ich den Versicherungsschutz für Unfall ausschliessen?

Die Versicherungsdeckung für Unfälle kann gegen eine Prämienreduktion ausgeschlossen werden. Bei einem Wieder- oder Neueinschluss der Unfalldeckung kann die AXA eine Gesundheitsprüfung durchführen; Ziffer A5.2 AVB gilt sinngemäss.

C3 Wie kann ich die Versicherungsvarianten wechseln?

C3.1 Der Wechsel zu einer Versicherungsvariante mit grösserem Leistungsumfang kann jeweils unter Einhaltung einer dreimonatigen Änderungsfrist auf Beginn eines Kalenderjahres beantragt werden. Die AXA kann nach einer Gesundheitsprüfung der Änderung zustimmen, Krankheiten sowie Unfallfolgen, die zum Zeitpunkt des Änderungsantrages bestehen, vom grösseren Leistungsumfang ausschliessen oder diesen ablehnen.

C3.2 Bei Mutterschaft gilt bei einem Wechsel zu einer Versicherungsvariante mit grösserem Leistungsumfang die Karenzfrist von 365 Tagen gemäss Ziffer B3 AVB.

Teil D

Verschiedenes

D1 Was ist ein Akutspital?

D1.1 Als Akutspitäler gelten Heilanstalten und Kliniken, die ärztlich geleitet und überwacht werden und ausschliesslich akut erkrankte oder verunfallte Personen aufnehmen.

D1.2 Keine Akutspitäler und in den vorliegenden ZB gesondert geregelt sind Kliniken für Geburtshilfe, Geburtshäuser, psychiatrische Kliniken und Rehabilitationskliniken sowie Kurhäuser. Ebenfalls keine Akutspitäler sind Altersheime, Pflegeheime, Chronischkrankenheime, Sterbehospize und andere nicht zur Behandlung von Akutkranken vorgesehene Einrichtungen.



AXA
Gesundheitsvorsorge
Postfach 357
8401 Winterthur
Kundenservice Gesundheitsvorsorge:
0800 888 999
[AXA Versicherungen AG](#)

www.axa.ch/gesundheit
www.myaxa.axa.ch/health (Kundenportal)