

Spitalzusatzversicherungen Kombi

Allgemeine Versicherungsbestimmungen

Krankenkasse 

Tel. 055 642 25 25
Fax 055 642 25 45

Säge, 8767 Elm
E-Mail: info@kkelm.ch
Web: www.kkelm.ch

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 Spitalern
 - 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. Kinderhütedienst
 - 4.4.1. Grundsatz
 - 4.4.2. Leistungsvoraussetzungen
 - 4.4.3. Leistungsumfang
 - 4.5. Rooming-in
- 5. Mutterschaft**
 - 5.1. Kosten der stationären Behandlung
 - 5.2. Geburt im Geburtshaus
 - 5.3. Haushalthilfe nach Geburt
 - 5.3.1. Grundsatz
 - 5.3.2. Geburt im Spital
 - 5.3.3. Hausgeburt
- 6. Unfall-Zusatz**
- 7. Kostenbeteiligung in der Kombi Flex**
 - 7.1. Umfang der Kostenbeteiligung
 - 7.2. Maximale Kostenbeteiligung
- 8. Inkrafttreten**

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 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 eine obligatorische Krankenpflegeversicherung abgedeckt ist. Bestehende Spitaltaggeld- und/oder Spitalbehandlungskosten-Versicherungen des Versicherten gehen den Leistungen der Kombi vor.

1.2. Versicherungsabschluss

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

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 2.1.5. versichert.

1.3.4. Medizinisch bedingte ausserkantonale Behandlung

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

1.4. Unfall-Deckung

In der Kombi-Versicherung kann die Unfall-Deckung ausgeschlossen werden.

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 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 Versicherte 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 Versicherte 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 Versicherte 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 Versicherte 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 des KVG 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 Fr. 30. – pro 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 Fr. 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. Erfolgen 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: Eine Pauschale von Fr. 30.– pro Tag /Komfort

Kombi Halbprivat/: Die Mehrkosten, die bei Aufenthalt

Privat/Flex in einem Referenzspital im Wohnkanton im Vergleich zwischen der allgemeinen und der versicherten Abteilung entstanden wären.

Kombi 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 vom Versicherer geführten Liste der Komfort-Vertragsspitaler 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 Krank-

heit.

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 Chronisch-krankte 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:	Fr. 50.–	Fr. 25.–
Kombi Privat:	Fr. 70.–	Fr. 35.–
Kombi Global:	Fr. 90.–	Fr. 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.

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

	ab 91. bis 180. Tag
Kombi Allgemein/Komfort:	Fr. 20.–
Kombi Halbprivat/Flex:	Fr. 50.–
Kombi Privat:	Fr. 70.–
Kombi Global:	Fr. 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 bei Spitaleintritt, wenn immer möglich ein Kostengutsprachege such 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:	Fr. 40.-/Tag
Kombi Halbprivat/Flex:	Fr. 70.-/Tag
Kombi Privat:	Fr. 90.-/Tag
Kombi Global:	Fr. 110.-/Tag

3.2. Badekuren

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

Kombi Allgemein/Komfort:	Fr. 10.-/Tag
Kombi Halbprivat/Flex:	Fr. 20.-/Tag
Kombi Privat:	Fr. 30.-/Tag
Kombi Global:	Fr. 40.-/Tag

Es besteht die freie Wahl unter den von der Kasse 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 Fr. 20.-/Tag, max. Fr. 280
Kombi Halbprivat/Flex:	bis Fr. 35.-/Tag, max. Fr. 490.-
Kombi Privat:	bis Fr. 45.-/Tag, max. Fr. 630.-
Kombi Global:	bis Fr. 55.-/Tag, max. Fr. 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:	Fr. 5'000.- /Kalenderjahr an den ungedeckten Betrag der Fr. 100.- pro Fall übersteigt
Kombi Halbprivat/Flex:	Fr. 15'000.- / Kalenderjahr
Kombi Privat:	Fr. 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 Arztarbit, 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. Kinderhütedienst

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 Fr. 30.- pro Stunde bis maximal Fr. 600.- pro Kalenderjahr.

4.5. Rooming-in

Wird ein Kleinkind stationär behandelt, leistet die Kombi aus der Versicherung des Kindes für den Aufenthalt eines Elternteils im Zimmer des Kindes 50% der Kosten, maximal Fr. 50.- pro Tag.

Wird ein Elternteil stationär behandelt, leistet die Kombi aus der Versicherung des Elternteils für den Aufenthalt eines Kleinkindes im Zimmer des Elternteils 50% der Kosten, maximal Fr. 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 bei der Kasse versichert, übernimmt die Kombi der Mutter die ungedeckten Kosten im Nachgang zu einer anderweitigen Versicherung des Kindes.

Ist die Mutter nicht bei der Kasse versichert, übernimmt die Kombi des Neugeborenen dessen ungedeckten Kosten im Nachgang zur Versicherung der Mutter.

5.2. Geburt in Geburtshaus

Bei Geburt in einem von der Kasse anerkanntem Geburtshaus, welches nicht auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist, werden folgende Leistungen erbracht:

Kombi Allgemein/Komfort:	90% bis max. Fr. 1'000.- pro Geburt
Kombi Halbprivat: /Flex	90% bis max. Fr. 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:	bis Fr. 40.-/Tag, max. Fr. 560.-/Komfort
Kombi Halbprivat: /Flex	bis Fr. 70.-/Tag, max. Fr. 980.-/Flex
Kombi Privat:	bis Fr. 90.-/Tag, max. Fr. 1'260.-
Kombi Global:	bis Fr. 110.-/Tag, max. Fr. 1'540.-

5.3.3. Hausgeburt

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

Kombi Allgemein:	bis Fr. 60.-/Tag, max. Fr. 840.-/Komfort
Kombi Halbprivat: /Flex	bis Fr. 105.-/Tag, max. Fr. 1470.-/Flex
Kombi Privat:	bis Fr. 135.-/Tag, max. Fr. 1890.-
Kombi Global:	bis Fr. 165.-/Tag, max. Fr. 2310.-

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. Kostenbeteiligung in der Kombi Flex

7.1. 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.

