

## Besondere Versicherungsbedingungen für die Zusatzkrankenversicherung (mit subsidiärer Unfalldeckung)

### Ultra Varia

Ausgabe 08.2022

Zusatzversicherung für die Kosten eines Spitalaufenthalts in der Privatabteilung, mit einer dem effektiven Alter der versicherten Person fortlaufend angepassten Prämie

#### Artikel 1 – Stationäre Behandlung

1.1 Bei einem stationären Aufenthalt in einer Spitaleinrichtung mit der erforderlichen Betriebsgenehmigung nach kantonalem Recht (nachstehend «die Einrichtung») und ergänzend zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet die Assura AG die Behandlungskosten einschliesslich jener, die durch einen Arzt (nachstehend «der Belegarzt») während eines stationären Aufenthalts in der Einrichtung erbracht wurden sowie die Spitalkosten unter Vorbehalt der Einschränkungen gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und den vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen, insbesondere nachstehendem Artikel 1.6. Die Versicherungsdeckung umfasst jedoch nicht die Kostenübernahmepflicht der Kantone gemäss KVG bei stationären oder teilstationären Aufenthalten ausserhalb des Wohnkantons der versicherten Person.

1.2 Die genannten Leistungen werden ohne zeitliche Begrenzung gewährt.

1.3 Die versicherte Person ermächtigt die Assura AG mit den Leistungserbringern (insbesondere den Einrichtungen, den Belegärzten usw.) zu vereinbaren, dass die Leistungen direkt gemäss dem System des Tiers payant an diese Leistungserbringer vergütet werden können.

1.4 **Vor jedem Spitalaufenthalt, ausser im Notfall, muss die versicherte Person und/oder ihr Leistungserbringer (Einrichtung, Belegarzt usw.) bei der Assura AG ein vorgängiges Kostengutsprachegesuch einreichen.** Eine Kostenübernahme durch die Assura AG setzt die Gewährung einer Kostengutsprache voraus, welche die Versicherungsdeckung für den Spitalaufenthalt begrenzt. Ohne eine solche Kostengutsprache wird von der Assura AG keine Leistung vergütet.

1.5 Nach Erhalt des Kostengutsprachegesuchs behält sich die Assura AG ausdrücklich das Recht vor, für den Leistungsanspruch von der Einrichtung einen detaillierten Kostenvoranschlag einzufordern, der es ihr ermöglicht, zu kontrollieren, ob der Leistungserbringer (Einrichtung, Belegarzt usw.) die Grundsätze der Transparenz, des Verbots der doppelten Rechnungsstellung nach KVG sowie der Wirtschaftlichkeit der Behandlung einhält, d. h., dass er sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränkt, das im Interesse der versicherten Person liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Wird der Kostenvoranschlag von der Assura AG angenommen, erteilt sie eine Kostengutsprache mit Deckungsbegrenzung für die Kostenübernahme. Die Assura AG ist berechtigt, jede Rechnung abzulehnen, die vom genehmigten Kostenvoran-

schlag abweicht, wenn keine nachgewiesene medizinische Begründung vorliegt und/oder die in Artikel 1.6 vorgesehenen Vorgaben nicht eingehalten werden.

1.6 Damit sie vergütet wird, darf die Rechnung des Leistungserbringers (Einrichtung, Belegarzt usw.) nicht als missbräuchlich angesehen werden und sie muss insbesondere die Grundsätze der Transparenz, des Verbots der doppelten Rechnungsstellung nach KVG sowie der Wirtschaftlichkeit der Behandlung einhalten, d. h., dass sich die Leistungen auf das Mass beschränken muss, das im Interesse der versicherten Person liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.

1.7 Assura SA führt ausserdem **eine Liste (nachstehend «die Liste») von Leistungserbringern (insbesondere der Einrichtungen, Belegärzten usw.), mit denen sie keine Tarifvereinbarung abgeschlossen hat und für die eine Kostenübernahme durch die Assura AG somit ausgeschlossen oder an Bedingungen, wie die Annahme eines detaillierten Kostenvoranschlags durch die Assura AG unter Einhaltung der Bedingungen gemäss Artikel 1.5 geknüpft ist. Sämtliche Ausschlüsse und Bedingungen werden durch die Assura AG in der Liste festgelegt und beschrieben.**

1.8 Die Assura AG hat das Recht die in Artikel 1.7 beschriebene Liste jederzeit einseitig zu ändern. Aus der Anpassung der Liste ergibt sich kein Kündigungsrecht der versicherten Person. Sie kann aber ihr Recht auf Freizügigkeit gemäss Artikel 6 geltend machen. Diese Liste kann jederzeit kostenlos bei der Assura AG bezogen oder auf [assura.ch](http://assura.ch) eingesehen werden. **Massgebend ist die zum Zeitpunkt des Versands des Kostengutsprachegesuchs an die Assura AG geltende Liste oder bei dessen Fehlen und bei Notfällen der Zeitpunkt des Spitaleintritts.**

1.9 Die versicherte Person muss sich in einer für die benötigten Pflegeleistungen geeigneten Einrichtung oder Spitalabteilung behandeln lassen. Andernfalls werden die Leistungen nach dem Tarif des angemessenen, ihrem Wohnort nächstgelegenen öffentlichen Spitals berechnet.

1.10 **Im Notfall** kann die versicherte Person sich von allen Leistungserbringern (Einrichtung, Belegarzt usw.) behandeln lassen, **die nicht auf der Liste von Artikel 1.7 aufgeführt sind.**

1.11 Lässt sich die versicherte Person statt in der privaten Abteilung freiwillig in der allgemeinen Abteilung eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals behandeln, vergütet ihr die Assura AG ein Spitaltaggeld von CHF 150, aber höchstens CHF 1'500 pro Aufenthalt. Die genannte Entschädigung beläuft sich auf CHF 50, aber höchstens CHF 500 pro Aufenthalt, wenn der Spitalaufenthalt in einer Einrichtung erfolgt, die auf der Liste der anerkannten Einrichtungen im Sinne der Kategorien Optima und Optima Plus steht.

## Artikel 2 – Besondere Krankenbetreuung

Die Assura AG deckt bis zu einem Rechnungsbetrag von CHF 1'000 pro Kalenderjahr die Kosten für eine besondere Krankenbetreuung im Spital.

## Artikel 3 – Behandlungen im Ausland

Behandlungen im Ausland (geplant oder Notfälle) werden übernommen bis zum Betrag, der üblicherweise im Wohnkanton der versicherten Person in Rechnung gestellt wird. Im Fall einer geplanten Behandlung im Ausland muss die versicherte Person die vorgängige Zustimmung der Assura AG und ihres Vertrauensarztes einholen. Mangels einer solchen Zustimmung hat die Assura AG das Recht, den Leistungsanspruch abzulehnen.

## Artikel 4 – Hilfeleistung im Ausland und Rückführung

Die Kosten für Hilfeleistung und Rückführung einer versicherten Person sind gemäss der touristischen Hilfeleistungsvereinbarung zwischen der Assura AG und der Hilfeleistungs-Organisation, deren Bestimmungen integraler Bestandteil der vorliegenden BVB bilden, gedeckt.

## Artikel 5 – Versicherungsprämie

5.1 In Abweichung von Artikel 12 AVB steigt die Versicherungsprämie im Allgemeinen je nach effektivem Alter der versicherten Person.

5.2 Die Prämienanpassung erfolgt auf den 1. Januar des Jahres, in dem die versicherte Person 19, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56, 61, 66, 71, 76, 81, 86 und 91 Jahre alt wird.

## Artikel 6 – Freizügigkeit

Die versicherte Person hat im Rahmen der Freizügigkeit jederzeit das Recht, den Übertritt in ein offenes Spitalversicherungsprodukt der Assura SA mit ähnlichen oder weniger umfangreichen Leistungen («Downgrade»), mit Ausnahme von Produkten, die lediglich die Mutterschaft abdecken, unter entsprechender Anpassung ihrer Prämie zu verlangen. Dieser Wechsel wird auf den 1. Januar des Folgejahres wirksam.

## Artikel 7 – Deckungsbegrenzung

In Abweichung zu Artikel 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Zusatzkrankenversicherung (AVB) werden Behandlungen zur **Wiedereingliederung** und **Rehabilitation** übernommen. Die übrigen unter Artikel 4 AVB vorgesehenen Fälle sind hingegen von der Deckung ausgeschlossen, insbesondere **bei Unterzeichnung des Versicherungsantrages bestehende Leiden, Folgen von Unfällen, die sich vor Unterzeichnung des Versicherungsantrages ereignet haben, psychische Krankheiten, Palliativbehandlungen** sowie **Übergewicht**. Nicht übernommen werden ausserdem Kosten im Zusammenhang mit **Mutterschaft** (im Sinne von **Artikel 2.6 AVB** und der in **Artikel 4.1.6 AVB** aufgeführten Fälle).

## Assura AG