

Spitalkostenversicherung Flex Top

Besondere Bedingungen in Ergänzung zu den AVB
Ausgabe 07.2023

Vertrag

Zweck und Voraussetzungen Flex Top Art. 1

- ¹ Die KPT Versicherungen AG übernimmt die nachstehend in Flex Top Art. 3 bis Art. 15 aufgeführten Leistungen, insbesondere die Kosten einer stationären Behandlung in einer anerkannten Einrichtung, in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung bzw. unserer «Freiwilligen Krankenversicherung (F)»
- ² Folgende Einrichtungen gelten als von uns **anerkannt**:
 - Schweizer Akutspitäler, Rehabilitationskliniken oder psychiatrische Kliniken, die auf der Spitalliste des Wohn- oder Standortkantons aufgeführt sind und für die vorgesehene Behandlung einen gültigen Leistungsauftrag erhalten haben (Listenspital), oder die mit der KPT Krankenkasse AG (Krankenpflegeversicherung nach KVG) einen Vertrag nach Art. 49a Abs. 4 KVG (Vertragsspital) abgeschlossen haben; und
 - die mit uns einen im Zeitpunkt des Beginns der Behandlung gültigen Tarifvertrag abgeschlossen haben, nach welchem sie und die behandelnden Ärzte abrechnen.
- ³ Wir führen eine **Liste der nicht anerkannten Leistungserbringer**, welche die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 nicht erfüllen, und für deren Leistungen wir **keine Kosten übernehmen («Ausnahmeliste»)**.
- ⁴ Von bestimmten, nicht anerkannten Einrichtungen können wir Kosten teilweise und bis zu einer maximalen Höhe übernehmen. Die effektive Kostenübernahme wird Ihnen vor Behandlungsbeginn im Rahmen der Kostengutsprache mitgeteilt. In einer separaten Liste legen wir diese Einrichtungen fest (**«Kulanztarifliste»**). Massgebend ist immer die zum Zeitpunkt des Beginns der stationären Behandlung gültige Version der «Kulanztarifliste».
- ⁵ Wir verpflichten uns, eine jeweils aktuelle Version der «Ausnahmeliste» sowie der «Kulanztarifliste» auf unserer Website zu publizieren. Die Listen können auf Anfrage in Papierform bezogen werden.
- ⁶ Aus der Anpassung der «Ausnahmeliste» und «Kulanztarifliste» ergibt sich kein Kündigungsrecht für den Versicherten.

Pflichten der versicherten Person Flex Top Art. 2

Vor jedem planbaren Spitalaufenthalt haben Sie sich zu vergewissern, dass die Einrichtung, in der Sie sich behandeln lassen möchten, nicht auf der aktuellen «Ausnahmeliste» aufgeführt ist oder ob nur eine Kostendeckung gemäss der «Kulanztarifliste» gegeben ist.



KPT, Postfach, CH-3001 Bern
kpt.ch

Leistungen

Wahlfreiheit von Abteilungen (allgemein, halbprivat, privat) bei stationären Behandlungen

Flex Top Art. 3

Sie wählen vor Antritt einer stationären Behandlung aus, in welcher Abteilung (allgemein, halbprivat oder privat) sie sich behandeln lassen resp. aufhalten wollen.

Kostenbeteiligung bei stationären Spitalaufenthalten *Flex Top Art. 4*

Für Leistungen in der allgemeinen Abteilung erheben wir aus dieser Zusatzversicherung keine Kostenbeteiligung, in der halbprivaten oder privaten Abteilung schulden Sie die in der Police festgelegte Kostenbeteiligung.

Bei stationären Spitalaufenthalten gelten die folgenden Kostenbeteiligungen:

Abteilung	Kostenbeteiligung
Allgemeine Abteilung	Keine Kostenbeteiligung
Halbprivate Abteilung	CHF 150/Spitaltag
Private Abteilung	CHF 250/Spitaltag

Ihre maximale Kostenbeteiligung pro Kalenderjahr beträgt maximal CHF 4'000. Bis zum Ende des Jahres, in dem Sie 18 Jahre alt werden, beträgt die maximale Kostenbeteiligung pro Kalenderjahr CHF 2'000.

Die Kostenbeteiligung pro Spitaltag sowie die maximale Kostenbeteiligung pro Kalenderjahr können auf Basis der regulatorischen Bestimmungen jährlich angepasst werden. Im Falle einer solchen Anpassung werden wir Sie schriftlich darüber informieren. Sollten Sie mit der Änderung nicht einverstanden sein, haben Sie das Recht, die Versicherung auf das Datum der Änderung zu kündigen. Wenn wir innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Änderungsmitteilung keine Kündigung von Ihnen erhalten, wird dies als Zustimmung zur Änderung gewertet.

Spital stationär Inland *Flex Top Art. 5*

- ¹ Wir übernehmen die Behandlungs- und Aufenthaltskosten eines stationären Spitalaufenthalts in der allgemeinen, halbprivaten oder privaten Abteilung in Spitälern und Rehabilitationseinrichtungen, die zum Behandlungszeitpunkt eine Einrichtung gemäss Flex Top Art. 1 Abs. 2 darstellen.
- ² Bei planbaren Behandlungen muss unsere **Kostengutsprache** für den gewählten Leistungserbringer wie auch die gewählte Abteilung spätestens bei Eintritt beim Leistungserbringer vorliegen. Bei **Notfällen** muss bei uns unverzüglich eine Kostengutsprache für den gewählten Leistungserbringer wie auch die gewählte Abteilung eingefordert werden. Zuständig für das Einholen der Kostengutsprache ist der Leistungserbringer.
- ³ Die Kostengutsprache wird von der KPT erteilt, wenn die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind. Sind die Leistungsvoraussetzungen nicht erfüllt, erteilt KPT keine Kostengutsprache und vergütet keine Kosten.



KPT, Postfach, CH-3001 Bern
kpt.ch

Ambulante Eingriffe *Flex Top Art. 6*

Wir bezahlen im Rahmen eines ambulanten Eingriffs bzw. Operation (ambulant: Eintrittsdatum entspricht dem Austrittsdatum) in einer anerkannten Einrichtung für die nachfolgend aufgeführten Leistungen gesamthaft 75 Prozent der Kosten bis max. CHF 1'000 pro Kalenderjahr, ergänzend zur Grundversicherung nach KVG:

- Kosten der freien Arztwahl
- Zusätzliche Aufenthaltskosten in der anerkannten Einrichtung im Anschluss an einen ambulanten Eingriff
- Effektive Transportkosten für die An- und Abreise der versicherten Person und einer Begleitperson, sofern sie im Zusammenhang mit dem ambulanten Eingriff stehen, max. CHF 200 pro Eingriff
- Kosten für Übernachtungen, die medizinisch nicht notwendig sind inkl. Verpflegung für die versicherte Person und eine Begleitperson, direkt 1 Tag vor und direkt 1 Tag nach dem Eingriff sowie am Eingriffstag selbst, gesamthaft max. CHF 200 pro Nacht (für beide Personen zusammen).
- Essenslieferungen nach dem Eingriff, max. CHF 50 am Tag für max. 7 Tage nach dem Eingriff.

- Betreuungsleistungen für Kinderbetreuung der eigenen Kinder oder Pflegekinder, für pflegebedürftige Personen, die vorher durch die versicherte Person privat betreut wurden und die Betreuung von Haustieren durch kommerzielle Tierbetreuer (bspw. Tierheime), max. CHF 100 pro Tag, am Tag des Eingriffs bis max. 7 Tage nach dem Eingriff

Spitalbehandlungen im Ausland *Flex Top Art. 7*

Im Ausland übernehmen wir entsprechend Art. 36 KVV ausschliesslich folgende Behandlungen:

- Notfälle: Ein Notfall liegt vor, wenn Sie bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedürfen und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist. Kein Notfall besteht, wenn Sie sich zum Zwecke dieser Behandlung ins Ausland begeben.
- Behandlungen, die aus medizinischen Gründen in der Schweiz nicht erbracht werden können. Vorgängig ist unsere Bewilligung einzuholen.

Psychiatrie *Flex Top Art. 8*

Für stationäre Behandlungen in einer von uns gemäss Flex Top Art. 1 Abs. 2 anerkannten Einrichtung erbringen wir die Leistungen in der gewählten Abteilung nach Abzug der Kostenbeteiligung, max. 90 Tage pro Kalenderjahr. Sofern ein Wiedereintritt innerhalb von 180 Tagen erfolgt, rechnen wir die vorangegangenen Tage an.

Rooming-In/Kuren/Haushaltshilfe *Flex Top Art. 9*

Wir übernehmen pro Kategorie max. CHF 50 pro Tag für die nachfolgenden Leistungen:

Rooming-In

Wir bezahlen bei Ihrem Aufenthalt in einem von uns gemäss Flex Top Art. 1 Abs. 2 anerkannten Akutspital während max. 30 Tagen pro Kalenderjahr den Tagesansatz für Übernachtungs- und Verpflegungskosten einer Begleitperson, sofern sie im Spital übernachtet.

Kuren

- 1 Kuren müssen unmittelbar nach einer intensiven ärztlichen Behandlung erfolgen und mittels ärztlicher Verordnung unter Angabe von Kuranstalt und Kurantritt spätestens 14 Tage vor Kurantritt bei uns gemeldet werden. Insgesamt erbringen wir den Tagessatz für Kuren während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr.
- 2 Für ärztlich verordnete Badekuren mit therapeutischen Behandlungen in anerkannten Heilbädern in der Schweiz erbringen wir den Tagesansatz während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr
- 3 Für Erholungskuren in einer ärztlich geleiteten und von KPT anerkannten Kuranstalt erbringen wir den Tagesansatz während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr. Wir führen eine Liste mit den anerkannten Kuranstalten, diese Liste kann bei uns eingesehen oder verlangt werden.
- 4 **Keine Leistungen erbringen wir an alle anderen Kuren**, welche die obenstehenden Voraussetzungen nicht erfüllen, namentlich bei Kuren in Erholungsheimen und Hotels, die nicht durch uns anerkannt und auf der Liste «Anerkannte Heilbäder und Kurhäuser» aufgeführt sind, Ferienwohnungen, ferner bei Aufhalten in Therapieheimen und therapeutischen Wohngemeinschaften für Suchtkranke, bei Kuren im Ausland sowie bei Entwöhnungs- und Präventionskuren.
Aus der Anpassung der Liste «Anerkannte Heilbäder und Kurhäuser» ergibt sich kein Kündigungsrecht für den Versicherten.

Haushalthilfe und Hauspflege

Wir bezahlen an die Kosten für ärztlich verordnete, unmittelbar nach einem Spitalaufenthalt oder einem ambulanten Eingriff erbrachte Haushalthilfe oder Hauspflege während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr den Tagesansatz:

- für Haushalthilfe auf Basis einer detaillierten Rechnung mit Kalendarium
- für Hauspflege durch Angehörige, die beruflich dafür ausgebildet sind.

Hauspflege-Leistungen werden auch dann erbracht, wenn dadurch ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann. Diese Leistungen können nicht mit Kurleistungen kumuliert werden. Bei Hilfeleistung durch Angehörige müssen diese einen Erwerbsausfall nachweisen.

Geburt *Flex Top Art. 10*

Wir bezahlen aus der Spitalkostenversicherung Flex Top der Mutter nach Ablauf der Karenzfrist gemäss Art. 2 Abs. 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherungen nach VVG:

- die Kosten für Aufenthalt und Pflege des gesunden Neugeborenen.
- Max. CHF 50 pro Tag für die Haushalthilfe nach einer stationären Geburt in einer anerkannten Einrichtung für max. 5 Tage
- eine einmalige Geburtsvergütung in Höhe von CHF 1'000 bei einer ambulanten Geburt (ambulant: Eintrittsdatum entspricht dem Austrittsdatum) in einer anerkannten Einrichtung oder einer Hausgeburt. Dieser Betrag wird auch bei einer Mehrlingsgeburt nur einmal überwiesen.

Notfalltransporte, Rettung und Bergung *Flex Top Art. 11*

- 1 Wir übernehmen in der Schweiz die Kosten:
 - bei medizinisch notwendigen Notfalltransporten zur stationären Behandlung ins nächstgelegene geeignete Spital.
 - bei medizinisch notwendigen Rettungs- und Bergungsaktionen.
- 2 Im Ausland übernehmen wir die Kosten bei medizinisch notwendigen Notfalltransporten zur stationären Behandlung ins nächstgelegene geeignete Spital bis max. CHF 5'000/Kalenderjahr
- 3 Wir vergüten die Kosten an Suchaktionen, die in einem direkten Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen Rettungs- oder Bergungsaktion stehen bis max. CHF 30'000/Kalenderjahr
- 4 **Wir übernehmen keine Kosten für Repatriierungs- oder Leichentransporte.**



KPT, Postfach, CH-3001 Bern
kpt.ch

Reisen und Ferien im Ausland Flex Top Art. 12

Während 8 Wochen (56 Tage) pro Kalenderjahr sind Sie auf Reisen und in den Ferien im Ausland versichert für Heilungskosten, Personen Assistance, Verlust/Beschädigung von Reisegepäck bis zu CHF 2'000.–, Annullierungskosten bis zu CHF 20'000.– und Auslandsrechtsschutz bis zu CHF 300'000.– (ausserhalb Europas und der Mittelmeerrandstaaten bis maximal CHF 100'000.–). Grundlage dieser Deckung sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Reise- und Ferienversicherung, Ausgabe ab 01.2020, abrufbar unter kpt.ch/reiseversicherung

Die Versicherer der versicherten Leistungen sind die KPT Versicherungen AG (für Heilungskosten), die AWP P&C S.A., Saint-Ouen [Paris], Zweigniederlassung Wallisellen [Schweiz] (für Personen-Assistance, Reisegepäck und Annullierungskosten) und die Coop Rechtsschutz AG (für Rechtsschutz).

Die Leistungen aus der Reise- und Ferienversicherung, Ausgabe ab 01.2020, sind nicht kumulierbar mit Leistungen der Reise- und Ferienversicherung aus anderen Versicherungen der KPT Versicherungen AG (insbesondere der in der Krankenpflege-Plus/Comfort-Versicherung eingeschlossenen Reise- und Ferienversicherung) und beschränkt auf maximal 8 Wochen (56 Tage) pro Kalenderjahr.

Optionsrecht für einen Spitalproduktwechsel ohne Gesundheitsdeklaration Flex Top Art. 13

Sie haben innerhalb von 10 Jahren ab Versicherungsbeginn (Wechselfrist) des Spitalversicherungsproduktes Flex Top die Möglichkeit in ein höherwertiges, (halbprivates oder privates) Spitalversicherungsprodukt der KPT zu wechseln. Das entsprechende Produkt muss offen sein für Neueintritte. Bei unterjährigem Versicherungsbeginn beginnt die Wechselfrist von 10 Jahren ab dem 1. Januar des Folgejahres nach Abschluss der Versicherung.

Der Produktwechsel kann mit einem Jahr Wartefrist auf den nächstfolgenden 1. Januar vorgenommen werden. Während der Wartefrist bleiben Sie im Versicherungsmodell Flex Top versichert. Nach Ablauf der Wechselfrist erlischt das Optionsrecht.

Das Optionsrecht können Sie bis zum Ende des 65. Altersjahres und nur einmalig ausüben (auch bei Wiedereintritt in die Spitalkostenversicherung Flex Top).

Kapitalauszahlung bei ernsthaften Krankheiten Flex Top Art. 14

Erkranken Sie an einer der im Folgenden definierten ernsthaften Krankheiten, gewähren wir Ihnen einmalig pro Krankheitskategorie während der Versicherungsdauer eine Kapitalauszahlung in Höhe von CHF 5'000 zur freien Verfügung.

Ernsthafte Krankheiten im Sinne dieser Bedingungen sind (abschliessend):

a) Herzinfarkt

Ein Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen ist ein akutes Ereignis, das innerhalb eines umschriebenen Herzmuskelbereichs zu einem Untergang von Herzmuskelzellen infolge eines Verschlusses eines oder mehrerer Herzkranzgefässe geführt hat.

Voraussetzung für unsere Leistungspflicht ist, dass

1. ein Kardiologe oder ein Internist einen Herzinfarkt medizinisch bestätigt und
2. neu aufgetretene EKG (Elektrokardiographie)-Veränderungen mit einem akuten Herzinfarkt vereinbar sind und
3. eine nach Stadium des Herzinfarktes bestimmte Dynamik der Herzenzyme (Troponin, CK-MB, pro-BNP, LDH) vorliegt.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind:

- alle Ereignisse, die nicht von einem Kardiologen oder Internisten als Herzinfarkt bestätigt wurden,
- Herzinfarkte unbestimmten Alters oder Herzinfarkte, die innerhalb von 48 Stunden zum Tod führen
- Dynamiken der Herzenzyme, die durch einen Eingriff am Herzen verursacht wurden, beispielsweise durch eine koronare Angiographie oder eine koronare Angioplastie.

b) Schlaganfall

Ein Schlaganfall im Sinne dieser Bedingungen ist der Untergang von Hirngewebe, verursacht durch eine Durchblutungsstörung des Gehirns infolge eines Hirninfarkts oder einer nicht traumatischen Blutung innerhalb des Hirnschädels.

Voraussetzung für unsere Leistungspflicht ist, dass

1. ein Neurologe einen Schlaganfall medizinisch bestätigt und
2. der Schlaganfall durch CT (Computertomographie), MRT (Magnetresonanztomographie) oder andere entsprechende bildgebende Verfahren nachgewiesen wird und
3. der Schlaganfall zu einem dauerhaften und objektivierbaren motorischen und/oder kognitiven Funktionsausfall in einem Bereich geführt hat, der durch die vom Schlaganfall betroffene Hirnregion gesteuert wird

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle unfallbedingten Verletzungen von Hirngewebe oder Blutgefässen und transitorische ischämische Attacken (TIA) und Schlaganfälle, welche innerhalb 48 Stunden zum Tod führen.

c) Krebs

Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist ein bösartiges Zellwachstum (z.B. Tumor) das durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff «Krebs» fallen auch bösartige Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems. Die Aufzählung ist abschliessend.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind:

- alle Krebserkrankungen bzw. potenziellen Krebserkrankungen, die ausschließlich auf Basis molekularer oder biochemischer Verfahren nachgewiesen werden aber noch nicht eingetreten sind, z.B. Tumor-DNA im Blut ohne Auftreten von Krebs im Sinne der oberen Definition,
- alle **Basaliome, Melanome des histologisch nachgewiesenen Stadiums 0 und I (TNM Klassifikation, UICC, Stand 2023) sowie alle Hautkrebsformen, die kein Melanom sind.** Liegt aber eine Fernmetastasenbildung vor, werden die vertraglichen Leistungen erbracht.

Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen von Krebs ist, dass die Diagnose durch Vorlage des histologischen – bzw. für Leukämien zytologischen – Befundes nachgewiesen ist.

Beratungsleistungen bei Behandlungen und Eingriffen Flex Top Art. 15

Wir beteiligen uns an weiteren Massnahmen und Leistungen im Rahmen von stationären und ambulanten Eingriffen bzw. Spitalaufenthalten. Die anerkannten Massnahmen, Leistungen, Leistungserbringer und konkreten Beitragsleistungen werden auf der Liste «Beratungsleistungen bei Behandlungen und Eingriffen aus KPT Flex» publiziert. Die Liste ist einsehbar auf kpt.ch oder kann auszugsweise verlangt werden. Die Liste kann von uns jederzeit einseitig angepasst werden. Massgebend ist die jeweils aktuelle Liste. Für nicht auf der Liste aufgeführte Massnahmen, Leistungen, Leistungserbringer und Beitragsleistungen werden keine Vergütungen geleistet.



KPT, Postfach, CH-3001 Bern
kpt.ch

Abtretungsverbot *Flex Top Art. 16*

Ihre Ansprüche gegen uns dürfen ohne unser schriftliches Einverständnis nicht an Dritte abgetreten werden (Abtretungsverbot).

Nicht versicherte Kosten *Flex Top Art. 17*

Nicht als Spalkosten gelten folgende kostenpflichtigen Waren und Dienstleistungen: Nutzung von Kommunikationsmitteln; Miete von audiovisuellen Geräten und deren Inhalte; Raucherwaren; Bemühungen beim Todesfall; Verwaltungsgebühren. Vorbehalten bleiben zwischen der Einrichtung und uns vereinbarte Ausnahmen zugunsten von Ihnen. Kosten aus Sanktionen wegen systemwidrigen Verhaltens in Modellen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränktem Wahlrecht gelten ebenfalls als nicht versichert.

Altersklassen *Flex Top Art. 18*

Die Prämienhöhe Ihrer Zusatzversicherung ist nach dem Lebensalter tarifiert. Der Wechsel in eine höhere Altersklasse ist in der Regel mit einer Erhöhung der Prämie verbunden. Er findet am 1. Januar des Jahres statt, in welchem Sie das für den Wechsel massgebende Alter erreichen.

Es bestehen folgende Altersklassen: 0–5; 6–10; 11–18; 19–25; 26–30; 31–35; 36–40; 41–45; 46–50; 51–55; 56–60; 61–65; 66–70; 71–75; 76–80; 81–85; 86–90; 91+

Bern, 1. Juli 2023
KPT Versicherungen AG