

Ergänzende Versicherungsbestimmungen für die Kombinierte Spitalversicherung (EVB KOMBI)

I. Geltendes Recht

Art. 1 Rechtsgrundlagen

Soweit diese Ergänzenden Versicherungsbestimmungen (EVB) keine abweichenden Regelungen enthalten, gelten die Gemeinsamen Versicherungsbestimmungen (GB) der FKB.

II. Versicherte Personen

Art. 2 Aufnahme

Die Versicherung nach diesen EVB kann nur bis zum vollendeten 60. Altersjahr neu abgeschlossen werden.

Art. 3 Auslandsaufenthalt

Bei Auslandsaufenthalt und gegen Entrichtung der Sis-
tierungsprämie von 10% der Normalprämie kann der
Versicherte die KOMBI während längstens fünf Jahren
sistieren.

III. Beitragsrecht

Art. 4 Prämien-Altersgruppen

1. Die Prämien werden beim Versicherungsabschluss nach dem Lebensalter festgesetzt. Der Versicherte wird der entsprechenden Eintrittsaltersgruppe zugeteilt.
2. Es bestehen folgende Prämiengruppen nach tatsächlichem Alter:

a) Kinder	bis zum erfüllten 16. Altersjahr
b) Jugendliche	bis zum erfüllten 20. Altersjahr
c) Junge Erwachsene	bis zum erfüllten 25. Altersjahr

Der Wechsel in die nächsthöhere Prämiengruppe erfolgt auf den 1. Januar des folgenden Kalenderjahres. Versicherte der Gruppe c) werden nach Erfüllung des 25. Altersjahres auf den 1. Januar des folgenden Kalenderjahres bleibend in die Gruppe Eintrittsalter 30 umgeteilt.

3. Die Prämiengruppen der Erwachsenen werden nach dem Effektivalter bei Versicherungsabschluss bzw. bei nachträglicher Höherversicherung zugeteilt:

Eintrittsalter 30	bis zum erfüllten 30. Altersjahr
Eintrittsalter 35	bis zum erfüllten 35. Altersjahr
Eintrittsalter 40	bis zum erfüllten 40. Altersjahr
Eintrittsalter 45	bis zum erfüllten 45. Altersjahr
Eintrittsalter 50	bis zum erfüllten 50. Altersjahr
Eintrittsalter 55	bis zum erfüllten 55. Altersjahr
Eintrittsalter 60	bis zum erfüllten 60. Altersjahr.

Art. 5 Kostenbeteiligung

Die FKB kann den Versicherten an den Kosten für Leistungen aus diesen EVB beteiligen. Die Ansätze und/oder Beträge sind in der Leistungsübersicht geregelt, die integrierter Bestandteil dieser EVB ist.

Die FKB kann den Versicherten der Spitalversicherung Private Abteilung P1 und der Spitalversicherung Halbprivate Abteilung P2 die Möglichkeit anbieten, die zu Lasten der Spitalversicherung entstehenden Kosten bis zu einem festen Betrag pro Kalenderjahr (Franchise) selbst zu übernehmen und dabei die Prämien reduzieren.

Die Wahl einer Franchise in der bereits bestehenden Spitalversicherung ist unabhängig von Gesundheitszustand und Alter auf den Beginn eines Monats möglich.

Der Wechsel von einer tieferen zu einer höheren Franchise ist unabhängig von Gesundheitszustand und Alter auf den Beginn eines Kalenderjahres möglich.

Für den Wechsel zu einer tieferen Franchise ist ein neues Aufnahmeverfahren mittels Versicherungsantrag notwendig. Er ist unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

Versicherte mit wählbarer Franchise haben die gewählte Franchise pro Kalenderjahr bei Beanspruchung der Spitalversicherung vorab selbst zu tragen.

Begeben sich Versicherte mit wählbarer Franchise in eine allgemeine Abteilung wird auf die Erhebung der Franchise verzichtet.

Art. 6 Verzug

1. Wenn Forderungen der FKB aus diesen EVB nicht innert 30 Tagen nach Mahnung bezahlt werden, ruht die Leistungspflicht. Diese lebt nach Eingang des vollständigen Betrages, vorbehältlich eines erfolgten Ausschlusses gemäss Art. 8 GB, wieder auf.
2. Die Leistungspflicht lebt nicht rückwirkend wieder auf.

IV. Versicherungsmöglichkeiten

Art. 7 Leistungsstufen

Die FKB führt 3 Leistungsstufen für den Aufenthalt in einer öffentlichen oder privaten Heilanstalt:

1. in der privaten Abteilung = P 1
(Ein- oder ausnahmsweise Zweibettzimmer, mit anerkannter Tarifbindung)
2. in der halbprivaten Abteilung = P 2
(Zweibettzimmer oder ausnahmsweise Zimmer mit mehr als zwei Betten, mit anerkannter Tarifbindung)
3. in der allgemeinen Abteilung = P 3
(Mehrbettzimmer mit anerkannter Tarifbindung).

Die Heilanstalten müssen ärztlich geleitet und überwacht sein und dienen der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder Unfallfolgen oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation und sind zur Tätigkeit für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (Art. 16a KVG und Art. 68 KVV) zugelassen.

Erfolgt die Behandlung in einem Spital ohne anerkannte Tarifbindung kann die FKB Maximaltarife festlegen.

V. Leistungen im Fürstentum Liechtenstein und in der Schweiz

Art. 8 Leistungsumfang

1. Aus der Versicherung gemäss diesen EVB werden Leistungen in Ergänzung zu den obligatorischen Versicherungen ausgerichtet.
2. Die FKB bestimmt, welche Behandlungen sie anerkennt und welche Personen, Institutionen und Heilanstalten sie zur Durchführung zulässt.
3. Die Leistungsbereiche der KOMBI sind:

- a) Behandlung im Akutspital
 - b) ambulant durchgeführte Operationen
 - c) Rettung und Transporte ins Spital
 - d) Aufenthalt in psychiatrischen Kliniken
 - e) Leistungen für Chronisch- und Suchtkranke
 - f) Beteiligung an Kuren
 - g) Übernachtungskosten einer Begleitperson bei Spitalaufenthalt eines Kindes
4. Für alle Leistungen gemäss Abs. 3 ist eine ärztliche Verordnung notwendig.

Ausser in Notfällen ist bei der FKB eine Kostengutsprache vor Leistungsbezug anzufordern.
 5. Der genaue Leistungsumfang ist in der Leistungsübersicht geregelt, die integrierter Bestandteil dieser EVB ist.

VI. Leistungen ausserhalb des Fürstentums Liechtenstein und der Schweiz

Art. 9 Leistungsumfang im Ausland

1. Bei Notfällen während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes bis höchstens 12 Monate, entspricht der Leistungsumfang in den Stufen P2 und P3 maximal den Kosten der gewählten Leistungsstufe, wie diese gemäss Tarif mit der FKB in einer vergleichbaren, in der Wohnregion des Versicherten gelegenen Einrichtung anfallen würden.

In der Stufe P1 werden die Kosten für den Leistungsumfang gemäss Art. 8 ohne Tarifbeschränkung übernommen.
2. Die Leistungsdauer ist auf die Zeit beschränkt, bis eine Repatriierung aus medizinischer Sicht möglich ist.
3. Für Versicherte der Stufe P1, die dem Personenkreis gemäss Art. 34 der Verordnung (Entsandte Arbeitnehmer) angehören, wird die Leistungsdauer gegenüber Art. 8 nicht zusätzlich eingeschränkt.
4. Der genaue Leistungsumfang ist in der Leistungsübersicht geregelt, die integrierter Bestandteil dieser EVB ist.

VII. Leistungseinschränkungen

Art. 10 Leistungsvoraussetzungen

1. Die versicherten Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn eine medizinische Behandlung durch einen von der FKB anerkannten Leistungserbringer erfolgt.
2. Vorbeugende Anwendungen werden nur übernommen, sofern diese ausdrücklich genannt werden oder Teil des Leistungsumfangs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind.
3. Die FKB erbringt die Leistungen der KOMBI soweit und solange der Gesundheitszustand des Versicherten Behandlung und Pflege in einem Spital gemäss Art. 7 erfordert, also die nötigen medizinischen und pflegerischen Massnahmen in Hauspflege nicht oder nur unwirtschaftlich möglich wären. Als Spitalbehandlung im Sinne dieser EVB gilt die medizinische Behandlung in einer Heilanstalt, die nach allgemeiner ärztlicher Beurteilung einen stationären Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert.

Besondere Regeln gelten für stationäre Aufenthalte bei Krankheitszuständen, für welche das zuständige und unmittelbare ärztliche Pikett nicht dringlich ist, ebenso bei Zuständen dauernder gleichförmiger Beeinträchtigung der Gesundheit, die zwar Pflege oder Isolierung, nicht aber ständiges und unmittelbares ärztliches Pikett erfordern.

4. a) Behandlung im Akutspital
- 1) Die KOMBI übernimmt die ungedeckten Kosten für Untersuchung und Behandlung durch Ärzte, abgegebene oder verordnete Arzneien, Laboratoriumsanalysen und Behandlungen durch medizinisch-therapeutisches Hilfspersonal. Weiter vergütet die KOMBI die ungedeckten Kosten von Unterkunft, Verpflegung und Grundpflege. Im übrigen werden persönliche Auslagen für Getränke, Essen für Angehörige, Radio, Television, Coiffeur, Todesfallkosten, Verwaltungsgebühren und Telefon usw. in keinem Fall übernommen.
- 2) Die Vergütung der FKB bemisst sich nach den mit der Heilanstalt vereinbarten Ansätzen jener Abteilung, der die gewählte Versicherungsstufe entspricht (allgemeine, halbprivate oder private Abteilungen P3 – P1).

Begibt sich der Versicherte in eine teurere Abteilung, so übernimmt die KOMBI nur die Kosten gemäss versicherter Stufe; lassen sich diese nicht oder schwer ermitteln, so hat der Versicherte der P2 Anspruch auf maximal 75% der Kosten der P1. Der Versicherte der P3 maximal 20% der Kosten bei Aufenthalt in der privaten Abteilung, bzw. maximal 40% der Kosten bei Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung.

- 3) Bei Aufhalten von spitalbedürftigen Versicherten in als Heilanstalten anerkannten Mehrzwecksanatorien, medizinischen Rehabilitationsabteilungen und -Kliniken gelten für die ersten 30 Tage die Bestimmungen gemäss Ziffer a) 1) sinngemäss. Für längerdauernde Aufenthalte gelten die Vorschriften gemäss Buchstaben e).
- 4) Bei Geburten werden auch die ungedeckten Kosten für den gesunden Säugling übernommen, solange er sich mit der Mutter im Spital aufhält.
- 5) Bei fehlenden Verträgen zwischen dem Fürstentum Liechtenstein und dem durch den Versicherten gewählten Akutspital kann die FKB eigene Verträge aushandeln. Kommen diese nicht zustande kann die FKB Maximaltarife festlegen.
- 6) Die FKB kann zur Deckung der Kosten für Unterkunft, Verpflegung und allgemeine Pflege Höchstansätze festlegen, die die Kosten in der betreffenden Spitalabteilung im allgemeinen decken, aber verhindern, dass die Versicherung durch Beanspruchung ausgesprochener Luxuszimmer oder Luxuskliniken ausgenutzt wird.

b) ambulant durchgeführte Operationen

Die ungedeckten Kosten für ambulant durchgeführte Operationen in einer Heilanstalt (inkl. damit zusammenhängende, medizinische Nebenleistungen) werden durch die KOMBI sinngemäss nach Buchstabe a) übernommen. Die Kostenbeteiligung des Mitgliedes an der Gesamtrechnung wird nicht übernommen.

c) Rettung und Transporte ins Spital

Hat die FKB grundsätzlich Leistungen zu erbringen, übernimmt sie auch allfällige über die gesetzlichen Pflichtleistungen hinausgehende Transportkosten (inkl. Repatriierung) bis zum festgelegten Maximalbetrag für

- den Einsatz von Rettungskolonnen (ohne Suchaktion)
- die Transporte mit Ambulanzen und
- die Transporte mit Luftfahrzeugen

bei Verlegung ab Erkrankungs- oder Rettungsort oder von Spital zu Spital. Die Krankentransporte müssen medizinisch begründet und deren Kosten ausgewiesen sein. Sind die Transportkosten auch durch einen anderen Versicherer abgedeckt, oder ist eine Mitgliedschaft (Gönner) bei einer Rettungsflugwacht oder ähnlichen Organisation vorhanden, so übernimmt die FKB keine Kosten.

d) Aufenthalt in psychiatrischen Kliniken

Bei Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik in der Akutabteilung und Spezialanstalten für Epileptiker über-

nimmt die FKB eine von ihr festgesetzte Tagespauschale während 180 Tagen innerhalb von 3 Kalenderjahren.

e) Leistungen für Chronisch- und Suchtkranke

1) Bei Zuständen dauernder gleichförmiger Beeinträchtigung der Gesundheit, die zwar Pflege oder Isolierung, nicht aber ständiges und unmittelbares ärztliches Pikett erfordern, vergütet die FKB die festgesetzten Leistungen gemäss Leistungsübersicht.

2) Nimmt ein längerer Aufenthalt im Akutspital die Eigenschaften einer solchen chronischen Behandlung an, so kann die FKB die Leistungen auf das Mass nach vorstehende Ziffer 1) herabsetzen. Dies jedoch erst nach einmonatiger Voranzeige.

f) Beteiligung an Kuren

1) Badekuren:

Bei ärztlich angeordneten, stationär durchgeführten Badekuren in einem ärztlich geleiteten und anerkannten europäischen Heilbad übernimmt die FKB für insgesamt höchstens drei Wochen innerhalb von einem Kalenderjahr einen von ihr festgesetzten Pauschalbeitrag an die Kosten der ärztlichen Betreuung, der Therapie sowie der Unterkunft und Verpflegung, jedoch höchstens die tatsächlichen Kosten.

Dieser Betrag wird im übrigen nur ausgerichtet, wenn vor der Kur eine intensive, ärztliche Behandlung des entsprechenden Leidens durchgeführt wurde und wenn während der Kur eine intensive physiotherapeutische Behandlung absolviert wird (benützen des Thermalbades gilt nicht als solche Behandlung).

Eine Badekur muss mindestens 14 aufeinanderfolgende Tage dauern.

2) Erholungskuren:

Ist zur Ausheilung oder Erholung nach einer schweren Krankheit oder Operation ein Kuraufenthalt medizinisch notwendig und ärztlich verordnet übernimmt die FKB einen von ihr festgesetzten Pauschalbeitrag an die Kosten.

Die Kur muss in einer von der FKB anerkannten Kuranstalt durchgeführt werden.

Leistungen für Bade- und Erholungskuren zusammen werden für maximal 21 Tage pro Kalenderjahr ausgerichtet.

Art. 11 Wegfall des Leistungsanspruchs

Keine Versicherungsleistungen werden gewährt:

a) für Folgen von Gesundheitsstörungen, die von einem anderen Versicherer oder einem Haftpflichtigen zu decken sind

b) für Folgen aus absichtlicher Verursachung oder schwerem Selbstverschulden des Gesundheitsschadens durch den Versicherten und aus aussergewöhnlichen Gefahren oder Ereignissen gemäss obligatorischer Unfallversicherung

c) für Folgen von Gesundheitsstörungen, die im Versicherungsantrag verheimlicht wurden

d) für Folgen von Gesundheitsstörungen, die unter Vorbehalt stehen

e) für die Zeit der Sistierung der KOMBI.

Art. 12 Leistungskürzungen

1. Allfällig vorgenommene Kürzungen und Kostenbeteiligungen in anderen Versicherungen der FKB oder bei einem anderen Versicherer werden durch die Versicherung nicht gedeckt.

2. Macht eine Rettungs- oder Assistance-Organisation die Rechnungstellung für geleistete Hilfeleistungen von den Leistungen der FKB abhängig, so werden die Leistungen hälftig gekürzt.

3. Die Leistungen können zudem gekürzt werden:

a) für die Zeit der verspäteten oder ganz unterlassener Krank- oder Unfallmeldung

b) bei Nichtbefolgung der Anordnungen des Arztes

c) bei Verletzung von Melde- und Mitwirkungspflichten

d) Bei schwerem Selbstverschulden und folgen aus Ereignissen gemäss obligatorischer Unfallversicherung.

VIII. Verschiedene Bestimmungen

Art. 13 Schlussbestimmungen

Diese Ergänzenden Versicherungsbestimmungen und die dazu gehörende Leistungsübersicht wurden vom Vorstand der FKB am 30. August 2016 gutgeheissen und per 1. Januar 2017 in Kraft gesetzt.