

**Zusatzformular Privat / Halbprivat (Z2)**

Sehr geehrte Patientin  
Sehr geehrter Patient

Sie sind zur Behandlung in die halbprivate oder private Abteilung des Zuger Kantonsspitals eingetreten. Sie sind während Ihres Aufenthaltes in einem 1er-Zimmer (privat) oder 2er-Zimmer (halbprivat) untergebracht. Die Betreuung erfolgt durch den Chefarzt oder einen leitenden Arzt bzw. eine leitende Ärztin.

Falls Sie für die gewählte Versicherungsklasse oder das gewünschte Zusatzangebot nicht genügend versichert sind, oder die Versicherung nachträglich die Übernahme der Kosten aufgrund eines Versicherungsvorbehaltes ablehnt, gehen sämtliche ungedeckten Mehrkosten zu Ihren Lasten. Um derartige unerwünschte Überraschungen zu verhindern, bitten wir Sie, das vorliegende Formular genau durchzulesen, auszufüllen und Ihre Versicherungsklasse bzw. das gewünschte Zusatzangebot zu bestätigen (Rückseite).

**HINWEISE**

- Die Krankenversicherungskarte gibt nur Aufschluss über die obligatorische Krankenversicherung, nicht jedoch über Zusatzversicherungen. Es ist daher Sache der Patientin oder des Patienten, den Versicherungsschutz zu kennen.
- Aus folgenden Gründen ist es möglich, dass von Ihrer Versicherung die Kosten eines Aufenthaltes in der halbprivaten oder privaten Abteilung trotz Abschluss einer Zusatzversicherung nicht oder nicht vollständig übernommen werden:
  - Selbstbehalt zu Lasten der Versicherten / des Versicherten
  - Kostenbeteiligungen bei Versicherungen mit Wahlmöglichkeiten / Hotelleriezusatz
  - Individueller Versicherungsvorbehalt in Ihrer Versicherungspolice
  - Versicherungsvorbehalt in den allgemeinen Geschäftsbedingungen Ihrer Versicherung (Konsum von Drogen, Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch, etc.)
  - Prämienausstände
- Die Versicherungsdeckung bei Unfall muss nicht immer identisch mit der Versicherungsdeckung im Krankheitsfall sein.
- Falls Sie über Ihre Versicherungsdeckung im Unklaren sind, raten wir Ihnen bis zur Klärung der Deckung den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung zu verlangen.

Bitte beachten Sie die Rückseite.

**BESTÄTIGUNG VERSICHERUNGSDECKUNG**

- Ich verfüge über eine Zusatzversicherung (VVG) ohne Versicherungsvorbehalt für die Behandlung in der **privaten Abteilung** (1er-Zimmer / Behandlung durch Chefarzt oder Leitenden Arzt bzw. Ärztin).

Name der Versicherung \_\_\_\_\_ Police-Nr. / Mitglied-Nr. \_\_\_\_\_

- Ich verfüge über eine Zusatzversicherung (VVG) ohne Versicherungsvorbehalt für die Behandlung in der **halbprivaten Abteilung** (2er-Zimmer / Behandlung durch Chefarzt oder Leitenden Arzt bzw. Ärztin).

Name der Versicherung \_\_\_\_\_ Police-Nr. / Mitglied-Nr. \_\_\_\_\_

- Ich verfüge zwar über eine Zusatzversicherung für die private oder halbprivate Abteilung, wünsche aber ausdrücklich eine Unterbringung in der allgemeinen Abteilung.

**ZUSATZANGEBOT ZIMMER**

- Falls Sie **halbprivat** versichert sind:  
Ich wünsche ein **1er Zimmer** (HP) und bin bereit, spätestens bei Eintritt eine Vorauszahlung von **CHF 240 pro Nacht** für die voraussichtliche Aufenthaltsdauer zu leisten.

**ZUSATZANGEBOT Geburt Special**

- Falls Sie **halbprivat** versichert sind:  
Ich wünsche das **Geburt Special** (AF) und bin bereit, spätestens bei Eintritt **CHF 1'200** pauschal für den gesamten Aufenthalt (unabhängig von der Aufenthaltsdauer) zu bezahlen.  
(> nur bei Geburten)

Falls Sie **privat** versichert sind erhalten Sie das Geburten Special ohne Aufpreis.

**ERKLÄRUNG**

Falls ich für die gewählte Versicherungskategorie oder für das gewünschte Zusatzangebot nicht genügend versichert bin oder die Versicherung nachträglich die Übernahme der Kosten aufgrund eines Versicherungsvorbehaltes ablehnt, bin ich bereit, sämtliche nicht gedeckten Mehrkosten selbst zu bezahlen.

Ich bestätige, dass ich den Inhalt dieses Formulars zur Kenntnis genommen und verstanden habe.

Datum / Ort \_\_\_\_\_ Unterschrift \* \_\_\_\_\_

**\* Falls das Formular durch eine stellvertretende Person ausgefüllt wurde:**

Mit Unterzeichnung der Erklärung verpflichtet sich die unterzeichnende Person, für allfällige ungedeckte Kosten solidarisch zu haften sowie die vom Zuger Kantonsspital verlangte Vorauszahlung zu leisten.

Vorname, Name der stellvertretenden Person \_\_\_\_\_