

Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global

GLGA01-A7 – Ausgabe 01.07.2000

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Aufnahmebedingungen	Art. 5	Franchisen
Art. 2	Versicherte Leistungen	Art. 6	«LeClub»-Vorteile
Art. 3	Leistungsumfang	Art. 7	Prämie
Art. 4	Leistungsanspruch		

Die untenstehenden Bestimmungen ergeben sich aus den Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen AVZ (Ausgabedatum gemäss Versicherungspolice).

Art. 1 Aufnahmebedingungen

1. Der Zusatzversicherung Global können alle Personen ohne Altersgrenze beitreten.
2. Versicherte von 0 bis 18 Jahren, d. h. bis zum 31. Dezember des Jahrs ihres 18. Geburtstags, können die in Art. 2 Ziff. 2.2 unter der Bezeichnung Global junior umschriebenen Zusatzleistungen beziehen.
3. Ab dem 1. Januar des Jahrs nach seinem 55. Geburtstag kann der Versicherte die in Art. 2 Ziff. 2.3 unter der Bezeichnung Global senior umschriebenen Zusatzleistungen beziehen.
4. Wenn eine Person bereits bei einem anderen Versicherer über eine mit der Global-Versicherung vergleichbare Deckung verfügt und momentan bei diesem anderen Versicherer nicht kündigen kann, hat sie die Möglichkeit, der Global-Versicherung beizutreten und somit ausschliesslich die in Art. 2 Ziff. 2.4 unter der Bezeichnung Global temporis umschriebenen Leistungen zu beziehen.

Art. 2 Versicherte Leistungen

1. Global

Folgende Leistungen werden in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht:

1. Spitalaufenthalt

1. Versicherungsklasse

Freie Wahl der allgemeinen Abteilung in einer anerkannten schweizerischen Heilanstalt für Allgemeinpflege und psychiatrische Pflege von Akutpatienten

2. Leistungen

a. Allgemeines

Bei einem Spitalaufenthalt übernimmt der Versicherer die Behandlungskosten sowie die Unterkunft- und Verpflegungskosten.

b. Spitalaufenthalt im Ausland

Einem Versicherten, der im Ausland erkrankt oder verunfallt und stationär behandelt wird, gewährt der Versicherer höchstens Fr. 500.– pro Tag während maximal 60 Tagen pro Kalenderjahr.

Ohne vorgängige Bewilligung der Versicherung werden die freiwilligen Behandlungen im Ausland nicht übernommen.

3. Umfang und Dauer der Leistungen

Die Leistungen der Spitalversicherung werden vorbehältlich der folgenden Bestimmungen übernommen:

a. Der Versicherer übernimmt die vom KVG anerkannten Behandlungskosten, die Unterkunft- und Verpflegungskosten und die Arzthonorare gemäss Vertrag oder kantonaler Tarifordnung oder anderen vom Versicherer abgeschlossenen Verträgen.

b. Wird der Versicherte in ein Spital eingewiesen, mit dem der Versicherer in Bezug auf die Unterkunft- und Verpflegungskosten sowie die Behandlungskosten (inkl. Arzthonorare) kein Tarifabkommen abgeschlossen hat, werden dem Versicherten im Rahmen der allgemeinen Abteilung Fr. 200.– pro Tag gewährt.

c. Im Rahmen der vorliegenden Versicherung besteht keine Versicherungsdeckung für Organtransplantationen, für die der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer in Solothurn (SVK) Fallpauschalen vereinbart hat. Diese Regel gilt auch für Spitäler, für die keine Fallpauschale vereinbart wurde.

d. Der Leistungsanspruch erlischt, sobald der Kranke nicht mehr als Akutpatient gilt.

e. Nach einem Spitalaufenthalt von 60 Tagen im Verlauf eines Kalenderjahrs in einer psychiatrischen Heilanstalt werden aus der Spitalversicherung keine Leistungen mehr ausgerichtet.

4. Pflichten des Versicherten

Vor jedem Spitalaufenthalt hat sich der Versicherte zu erkundigen, ob das Spital, die Spitalabteilung oder Klinik, wo er sich behandeln lassen wird, zu den vom Versicherer anerkannten Einrichtungen gehört.

2. **Pflegezusatz**

Der Versicherer gewährt folgende Leistungen im Rahmen von Art. 3 (vgl. Tabelle):

1. Limitierte Arzneimittel

Den vorgesehenen Kostenanteil an Arzneimitteln, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden, mit Ausnahme der pharmazeutischen Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV)

2. Nicht kassenpflichtige Arzneimittel

Den vorgesehenen Kostenanteil an Arzneimitteln, die auf keiner offiziellen Liste stehen (SL, ALT) und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden, mit Ausnahme der pharmazeutischen Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV)

3. Komplementärmedizin

Der Versicherer übernimmt die folgenden Therapien, sofern sie von einem eidgenössisch diplomierten Arzt oder einem vom Versicherer anerkannten Naturheilpraktiker durchgeführt werden.

Der Versicherer behält sich das Recht vor, bestimmte Naturheilpraktiker auszuschliessen. Der Versicherer stellt den Versicherten eine Liste der anerkannten Praktiker zur Verfügung.

Vor jeder Behandlung muss sich der Versicherte erkundigen, ob der Therapeut, bei dem er sich behandeln lassen wird, anerkannt ist.

Liste der Komplementärmedizin

Naturheilverfahren

Akupunktur, Aromatherapie, Aurikulothérapie, Bioresonanz, Biotherapie, Chromotherapie, Colon-Hydro-Therapie, Elektroakupunktur, Ernährungsberatung, Heilkräuter, Homöopathie, Iridologie, Lasertherapie, Magnetismus, Magnettherapie, Mora-Therapie, Phytotherapie, Sauerstofftherapie, Schröpfen, Sympathikotherapie

Manuelle Therapien

Akupressur, anthroposophische Medizin, Ätiopathie, autogenes Training, Eurythmie, Fasciatherapie, Haltungstherapie, Kinesiologie, manuelle Lymphdrainage, Massagen, Mesotherapie, Metamorphose, Orthobionomie, Osteopathie, Polarity, Reflexologie, Reiki, Rolfing, Shiatsu, Trager, Wiederherstellung des energetischen Gleichgewichts

Psychotherapie

Biodynamik, Rebirthing, Sophrologie, Tomatis-Methode

– Jeder freiwillige Wechsel der Therapieform oder des Therapeuten im Lauf der Behandlung bedarf

der vorgängigen Bewilligung des Versicherers.

– Die Leistungen im Bereich der Sophrologie werden vergütet, sofern die Behandlungen von einem Arzt, einem ärztlichen, SSV-diplomierten Sophrologen oder einem nicht ärztlichen, aber SSV-diplomierten Sophrologen durchgeführt werden.

4. Badekuren in der Schweiz

Ein Beitrag an die Behandlungskosten bei Badekuren sowie ein Kostenbeitrag an Erholungskuren in anerkannten Kuranstalten, höchstens jedoch während 30 Tagen pro Kalenderjahr. Ein Bewilligungsgesuch mit der ärztlichen Kurverordnung muss dem Versicherer spätestens 20 Tage vor Kurantritt eingereicht werden.

5. Badekuren im Ausland

Beitrag an die Behandlungskosten bei Badekuren im Ausland, die medizinisch notwendig und vom Versicherer vorgängig bewilligt worden sind. Das Bewilligungsgesuch mit der ärztlichen Kurverordnung muss dem Versicherer spätestens 20 Tage vor Kurantritt eingereicht werden.

6. Tarifzuschläge

Bei ambulanten Behandlungen in der Schweiz wird die Differenz zwischen dem am Wohn- oder Arbeitsort des Versicherten geltenden Tarif und dem am Wohnort des Leistungserbringers geltenden Tarif gedeckt.

7. Entschädigung für persönliche Unkosten bei einem Spitalaufenthalt

Gegen Vorlage eines Rechnungsbelegs wird eine einmalige Entschädigung pro Spitalaufenthalt von mehr als acht Tagen ausgerichtet.

8. Rooming-in

Bei einem Spitalaufenthalt des Versicherten übernimmt der Versicherer die Kosten der Belegung eines Spitalbetts durch einen Familienangehörigen, sofern diese Massnahme medizinisch begründet ist.

9. Haushaltshilfe und Unterbringungskosten

Auf vorgängiges Gesuch des Versicherten werden folgende Kosten vergütet:

– Der Prozentsatz der Kosten für die medizinisch notwendige Anstellung einer Familienhilfe, die für eine amtliche Stelle in Vertretung des Versicherten die täglichen Hausarbeiten erledigt. Alle anderen Kosten sind davon ausgenommen (Grossreinemachen usw.).

– Die Kosten für eine vorübergehende Unterbringung von Familienangehörigen, die mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt leben, wenn der Versicherte aus medizinischen Gründen in ein Spital eingewiesen werden muss. Die vorübergehende Unterbringung der Familienangehörigen muss bei einer offiziellen Institution erfolgen.

10. Brillen und Kontaktlinsen

Den vorgesehenen Kostenbeitrag für den Kauf von medizinischen Brillen oder Kontaktlinsen in der Schweiz oder im Ausland, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden

11. Hilfsmittel

Die Kosten für die Miete und den Kauf von ärztlich angeordneten orthopädischen Geräten und Hilfsmitteln (Zahnprothesen ausgenommen) werden nach Massgabe der vom Versicherer erstellten Liste übernommen.

12. Geburtsvorbereitung in Kursen

Den vorgesehenen Beitrag an die Kurskosten für Schwangerschaftsgymnastik oder Geburtsvorbereitung, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden

13. Einmaliges Stillgeld

Ein Stillgeld, sofern die Wöchnerin ihr Kind während mindestens 30 Tagen stillt und diese Stilldauer vom Arzt oder von der Hebamme bestätigt wird. Bei Mehrlingsgeburten wird das Stillgeld für jedes Kind ausgerichtet.

14. Ultraschalluntersuchungen und Mammographien

Den vorgesehenen Betrag für Ultraschalluntersuchungen und Mammographien, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden

15. Impfungen

Die Kosten der Impfungen, die in der Krankenpflege-Leistungsverordnung nicht enthalten und in der Schweiz notwendig sind, sowie die Kosten der bei einer Wegreise ins Ausland angeordneten Schutzimpfungen

16. Elisa- oder HIV-Test

Der Versicherer leistet einen jährlichen Kostenbeitrag an Vorsorgetests, sofern diese auf ärztliche Anordnung hin von anerkannten Leistungserbringern durchgeführt werden.

17. Freiwillige Sterilisation

Den vorgesehenen Kostenanteil für den Eingriff

18. Unfallbedingte Zahnbehandlungen

Den vorgesehenen Betrag für Zahnbehandlungen, die von einem eidgenössisch diplomierten Zahnarzt oder Zahntechniker durchgeführt und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden. Die Zahnbehandlungskosten werden zum offiziellen UVG-Tarif vergütet (Nomenklatur und Taxpunktwert).

19. Krankheitsbedingte Zahnpflege

Den vorgesehenen Betrag für die Zahnpflege, die von einem eidgenössisch diplomierten Zahnarzt oder Zahntechniker durchgeführt und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen wird. Die Zahnpflegekosten werden zum offiziellen UVG-Tarif vergütet (Nomenklatur und Taxpunktwert).

20. Transportkosten

Der Versicherer gewährt einen Kostenbeitrag an Transporte nach einer Krankheit oder einem gedeckten Unfall bis zur nächstgelegenen Heilanstalt oder zum nächsten Arzt, sofern diese medizinisch notwendig sind und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden.

Dieser Beitrag wird nur für Transporte mit Ambulanz, Helikopter oder bei Such- und Rettungsaktio-

nen erbracht.

Die Kosten der öffentlichen Verkehrsmittel (Bahn, Bus) sind ebenfalls gedeckt, sofern der Transport aufgrund einer ambulanten Behandlung notwendig ist und dadurch ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann.

21. Nicht ärztliche Psychotherapeuten und selbstständige Psychologen

Der Versicherer übernimmt die Kosten für ärztlich verordnete Behandlungen durch nicht ärztliche Psychotherapeuten und selbstständige Psychologen.

3. Groupe Mutuel Assistance

Die im Service-Programm der Groupe Mutuel Assistance vorgesehenen Leistungen (Rücktransport und Transport bei einem Schadenfall ausserhalb eines Umkreises von 20 km ab Wohnort des Versicherten)

4. Sterbegeld

Ein Sterbegeld von Fr. 2'000.- bei Tod infolge Krankheit oder Unfalls wird den Anspruchsberechtigten nach dem Tod des Versicherten ausgerichtet, sofern dieser mindestens das 3. Altersjahr und höchstens das 55. Altersjahr erreicht hat.

Dem Versicherer ist die Todesurkunde oder jedes andere für notwendig gehaltene Schriftstück einzureichen.

Der Versicherer ist berechtigt, allfällige vom Verstorbenen geschuldete Beträge (Prämien, Kostenbeteiligungen usw.) vom Sterbegeld zugunsten der Anspruchsberechtigten abzuziehen.

Der Anspruch auf das Sterbegeld erlischt ohne weiteres nach einer Frist von zwei Jahren ab Todesdatum, wenn die Todesurkunde dem Versicherer nicht eingereicht wird.

2. Global junior

Zusatzleistungen

a. Betreuung von kranken Kindern zuhause

In Abweichung von Art. 1 Abs. 2 wird diese Leistung bis zum vollendeten 12. Altersjahr erbracht. Die Leistungen werden erbracht, wenn die Betreuung durch eine Person erfolgt, die einer vom Versicherer anerkannten Organisation angehört und die Eltern eine berufliche Tätigkeit ausser Haus ausüben.

b. Mitgliederbeitrag für eine sportliche Tätigkeit

Gegen Vorlage eines Rechnungsbelegs wird eine Beteiligung am Aktiv-Mitgliederbeitrag eines vom Versicherer anerkannten Sportclubs oder Vereins ausgerichtet.

3. Global senior

Zusatzleistungen

a. Palliativpflege

Der Versicherer leistet einen Beitrag im Rahmen der Palliativpflege, d. h. alle medizinischen und pflegerischen Massnahmen, die den vor dem Tod stehenden Personen zuhause durch Fachpersonal einer vom Versicherer anerkannten Institution erbracht werden.

Ein vorgängiges Gesuch ist an den Versicherer zu richten, der im Einzelfall den Umfang des gewährten Beitrags bestimmt. Letzterer wird unter Berücksichtigung der gesamten Kosten der Behandlungen, die einen Verbleib zuhause ermöglichen, festgelegt.

b. Revitalisierungsaufenthalte

Der Versicherer leistet einen jährlichen Beitrag an Revitalisierungsaufenthalte in Einrichtungen, die vom Ver-

sicherer anerkannt sind und ein ausführliches Programm in diesem Bereich anbieten.

- c. Ernährungsberatungen und -kurse
Der Versicherer leistet einen jährlichen Beitrag an Ernährungsberatungen und -kurse, die vom Versicherer anerkannt sind.

4. Global temporis

- a. Global temporis erbringt den bei einem anderen Versicherer für eine vergleichbare Deckung versicherten Personen vorübergehend Leistungen aus der Global-Versicherung.
- b. Global temporis umfasst die unter Ziff. 2.1.2, 2.1.3, 2.2 und 2.3 aufgeführten Pflegeleistungen; die unter Ziff. 2.1.1 (Spitalaufenthalt) und 2.1.4 (Sterbegeld) bezeichneten Leistungen sind ausgeschlossen.
- c. Die Leistungen von Global temporis entsprechen 30% der im Rahmen von Global gewährten Beiträge.
- d. Die Leistungen von Global temporis werden im Nachgang zu den Leistungen des anderen Versicherers ausgerichtet.
- e. Mit dem Beitritt zu Global temporis akzeptiert der Versicherer gleichzeitig die zukünftige Aufnahme des Versicherten ohne neue Prüfung des Gesundheitszustands in die Global-Versicherung mit dem auf der Beitrittserklärung festgelegten Datum. Dieser Beitritt hat spätestens innert drei Jahren zu erfolgen.
- f. Die Beteiligung des Versicherers an den Franchisen und Selbstbehalten anderer Versicherer ist ausgeschlossen.
- g. Während der Dauer von Global temporis wird die Prämie gegenüber jener von Global gekürzt.
- h. Beim Übertritt von der Deckung Global temporis in jene von Global und bei der sich daraus ergebenden Prämienanpassung ist die Bestimmung von AVZ Art. 29 Abs. 1 für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen, die dem Versicherten ein Kündigungsrecht zugesteht, nicht anwendbar.
- i. Die im Rahmen von Global temporis ausgerichteten Leistungen, deren Grenzen an eine bestimmte Periode gebunden sind, werden bei der Berechnung des Leistungsanspruchs nach dem Übertritt in die Versicherung Global berücksichtigt.

Art. 3 Leistungsumfang

Die in Artikel 2 aufgeführten Leistungen werden im Umfang und bis zu den Höchstbeträgen gemäss Tabelle «Leistungsstufen Global» erbracht.

Art. 4 Leistungsanspruch

- 1. Der Leistungsanspruch des Versicherten beginnt mit dem Inkrafttreten des Versicherungsvertrags.
- 2. Für Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Niederkunft entsteht der Leistungsanspruch nach 12 Versicherungsmonaten. Die in Global temporis erreichte Dauer zählt nicht als Versicherungsdauer.
- 3. Die Leistungen werden nach den Behandlungsdaten auf die pro Kalenderjahr versicherte Leistungssumme angerechnet. Die nach der Erschöpfung des Anspruchs anfallenden Kosten können nicht auf das Folgejahr übertragen werden.

- 4. Im Umfang der in diesen Versicherungsbedingungen vorgesehenen Beiträge vergütet der Versicherer die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Kosten, wenn die Leistungen von einem Arzt oder einer ordnungsgemäss zugelassenen und vom Versicherer anerkannten Person erbracht werden. Die durch die vorliegenden Bestimmungen geregelte Versicherung darf in keinem Fall zur Deckung der gesetzlichen Selbstbehalte und Franchisen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und in den Zusatzversicherungen dienen.

Art. 5 Franchisen

Den Versicherten stehen folgende Möglichkeiten offen:

- ohne Franchise
- Franchise von Fr. 150.– pro Kalenderjahr

Für die Dauer von Global temporis wird nur die Versicherung ohne Franchise abgeschlossen.

Art. 6 «LeClub»-Vorteile

Mit seinem Beitritt zur Global-Versicherung profitiert der Versicherte namentlich von den folgenden «LeClub»-Vergünstigungen:

- 1. Rabatte in Hotels
In den Hotels, die auf einer vom Versicherer geführten Liste stehen, werden Rabatte gewährt.
- 2. Rabatte in Drogerien, Apotheken oder anderen Geschäften
In den Drogerien, Apotheken oder anderen Geschäften, die auf einer vom Versicherer geführten Liste stehen, werden Rabatte gewährt.

Art. 7 Prämie

Der Versicherte, der im Jahresverlauf das Höchstalter seiner Altersgruppe erreicht, wird auf Beginn des nächsten Kalenderjahrs automatisch in die nächsthöhere Altersklasse umgeteilt. Es gelten folgende Altersklassen:

- 0 bis 18 Jahre
- 19 bis 25 Jahre
- ab dem 26. Altersjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren

Art der Leistung	Global 1	Global 2	Global 3	Global 4
Limitiert kassenpflichtige Medikamente	70% max. Fr. 800.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 800.–/Kalenderjahr	90%, unbegrenzte Verordnungen	90%, unbegrenzte Verordnungen
Nicht kassenpflichtige Medikamente	70% max. Fr. 800.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 800.–/Kalenderjahr	90%, unbegrenzte Verordnungen	90%, unbegrenzte Verordnungen
Komplementärmedizin	Fr. 70.– max./Sitzung, bis Fr. 2'000.–/Kalenderjahr	Fr. 70.– max./Sitzung, bis Fr. 2'000.–/Kalenderjahr	Fr. 70.– max./Sitzung, bis Fr. 3'000.–/Kalenderjahr	Fr. 70.– max./Sitzung, bis Fr. 6'000.–/Kalenderjahr
Badekuren in der Schweiz	60% max. Fr. 300.–/Kalenderjahr	60% max. Fr. 300.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 500.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 750.–/Kalenderjahr
Erholungskuren	Fr. 20.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr	Fr. 20.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr	Fr. 25.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr	Fr. 25.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr
Erholungskuren nach Spitalaufenthalt	Fr. 40.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr	Fr. 40.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr	Fr. 50.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr	Fr. 50.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr
Badekuren im Ausland	keine Leistungen	keine Leistungen	50% max. Fr. 500.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr
Tarifzuschläge	keine Leistungen	Fr. 600.–/Kalenderjahr	Fr. 800.–/Kalenderjahr	Fr. 1'000.–/Kalenderjahr
Entschädigung der persönlichen Unkosten bei Spitalaufenthalt	Fr. 100.–/Fall	Fr. 100.–/Fall	Fr. 200.–/Fall	Fr. 200.–/Fall
Rooming-in	Fr. 500.–/Kalenderjahr	Fr. 500.–/Kalenderjahr	Fr. 600.–/Kalenderjahr	Fr. 700.–/Kalenderjahr
Haushaltspflege und Unterbringungskosten	70% max. Fr. 1'500.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 1'500.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 2'500.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 3'000.–/Kalenderjahr
Brillen und Kontaktlinsen	Fr. 100.– alle 3 Jahre	Fr. 100.– alle 3 Jahre	Fr. 150.– alle 3 Jahre	Fr. 200.– alle 3 Jahre
Hilfsmittel	70% max. Fr. 300.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 300.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr
Geburtsvorbereitungskurse	Fr. 150.–/Schwangerschaft	Fr. 150.–/Schwangerschaft	Fr. 150.–/Schwangerschaft	Fr. 150.–/Schwangerschaft
Einmaliges Stillgeld	Fr. 100.–/Kind	Fr. 100.–/Kind	Fr. 100.–/Kind	Fr. 100.–/Kind
Ultraschall und Mammographie	90%, unbeschränkte Anzahl Untersuchungen	90%, unbeschränkte Anzahl Untersuchungen	90%, unbeschränkte Anzahl Untersuchungen	90%, unbeschränkte Anzahl Untersuchungen
Impfungen	70% max. Fr. 150.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 150.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 200.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 250.–/Kalenderjahr
Elisa- oder HIV-Test	Fr. 50.–/Kalenderjahr	Fr. 50.–/Kalenderjahr	Fr. 50.–/Kalenderjahr	Fr. 50.–/Kalenderjahr
Freiwillige Sterilisation	60% max. Fr. 300.–	80% max. Fr. 300.–	80% max. Fr. 400.–	80% max. Fr. 500.–
Unfallbedingte Zahnbehandlungskosten	60% max. Fr. 4'000.–/Fall	80% max. Fr. 4'000.–/Fall	80% max. Fr. 6'000.–/Fall	80% max. Fr. 8'000.–/Fall
Krankheitsbedingte Zahnbehandlungskosten	60% max. Fr. 100.– alle 3 Jahre	80% max. Fr. 100.– alle 3 Jahre	80% max. Fr. 150.– alle 3 Jahre	80% max. Fr. 200.– alle 3 Jahre
Transportkosten	60% max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 2'500.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 5'000.–/Kalenderjahr
Nicht ärztliche Psychotherapeuten und selbstständige Psychologen	60% max. Fr. 600.–/Kalenderjahr	70% max. Fr. 600.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 700.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 800.–/Kalenderjahr
Spitalaufenthalt in der Schweiz	allgemeine Abteilung ganze Schweiz	allgemeine Abteilung ganze Schweiz	allgemeine Abteilung ganze Schweiz	allgemeine Abteilung ganze Schweiz
Spitalaufenthalt im Ausland	Fr. 500.–/Tag	Fr. 500.–/Tag	Fr. 500.–/Tag	Fr. 500.–/Tag
Todesfallrisiko	Fr. 2'000.– bei Tod infolge Unfalls oder Krankheit	Fr. 2'000.– bei Tod infolge Unfalls oder Krankheit	Fr. 2'000.– bei Tod infolge Unfalls oder Krankheit	Fr. 2'000.– bei Tod infolge Unfalls oder Krankheit
Groupe Mutuel Assistance	Unterstützung, Betreuung und Repatriierung bei medizinischen Notfällen auf Reisen und im Ausland			
Global junior (0–18 Jahre)				
Kinderbetreuung zuhause	Fr. 200.–/Kalenderjahr	Fr. 250.–/Kalenderjahr	Fr. 300.–/Kalenderjahr	Fr. 300.–/Kalenderjahr
Mitgliederbeitrag für eine sportliche Tätigkeit	Fr. 30.–/Kalenderjahr	Fr. 30.–/Kalenderjahr	Fr. 30.–/Kalenderjahr	Fr. 30.–/Kalenderjahr
Global senior (ab 56 Jahren)				
Palliativpflege	90% max. Fr. 2'000.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 2'500.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 3'000.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 3'000.–/Kalenderjahr
Revitalisierungsaufenthalte	Fr. 300.–/Kalenderjahr	Fr. 300.–/Kalenderjahr	Fr. 300.–/Kalenderjahr	Fr. 300.–/Kalenderjahr
Diätberatungen, Diätkurse	50% max. Fr. 150.–/Kalenderjahr	50% max. Fr. 200.–/Kalenderjahr	50% max. Fr. 250.–/Kalenderjahr	50% max. Fr. 250.–/Kalenderjahr