



Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG

Versicherungs- bedingungen

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|---|--------------|----|
| Allgemeine Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG | AVZ | 5 |
| Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global | Kategorie GL | 13 |
| Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global classic | Kategorie GI | 20 |
| Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global mi-privée | Kategorie GM | 24 |
| Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global privée | Kategorie GP | 29 |
| Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global smart | Kategorie GO | 34 |
| Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global confort | Kategorie GC | 41 |
| Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global flex | Kategorie GX | 46 |
| Besondere Bedingungen der Heilungskosten-Zusatzversicherung | Kategorie SC | 49 |
| Besondere Bedingungen der Krankenpflege-Zusatzversicherung mit Bonus | Kategorie SB | 54 |
| Besondere Bedingungen der Krankenpflege-Zusatzversicherung Premium | Kategorie SD | 58 |
| Besondere Bedingungen der Krankenpflege-Zusatzversicherung Optimum | Kategorie SO | 62 |
| Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Vitalis | Kategorie SP | 66 |
| Besondere Bedingungen der Krankenpflege-Zusatzversicherung Alterna | Kategorie SA | 67 |
| Besondere Bedingungen der Spitalzusatzversicherung | Kategorie HC | 68 |
| Besondere Bedingungen der Spitalzusatzversicherung H-Bonus | Kategorie HB | 70 |
| Besondere Bedingungen der Versicherung Hôpital senior | Kategorie HS | 72 |
| Besondere Bedingungen der Versicherung H-Capital | Kategorie KH | 74 |
| Besondere Bedingungen der Taggeldversicherung bei Spitalaufenthalt | Kategorie BH | 75 |
| Besondere Bedingungen der Versicherung Mundo | Kategorie MU | 76 |
| Besondere Bedingungen Zahnpflegeversicherung Dentaire plus | Kategorie DP | 77 |
| Besondere Bedingungen der Versicherung Acrobat | Kategorie AB | 79 |
| Besondere Bedingungen der Versicherung ActiVita | Kategorie AJ | 83 |
| Besondere Bedingungen der Versicherung ProVista | Kategorie ID | 86 |
| Besondere Bedingungen der Versicherung Legis^{sana} | Kategorie LG | 89 |
| Besondere Bedingungen der Versicherung KidsProtect | Kategorie KP | 91 |
| Allgemeine Versicherungsbedingungen der Groupe Mutuel Assistance | Kategorie AG | 92 |

Allgemeine Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG

AVZ

Die im folgenden Text verwendete männliche Form gilt sinngemäss auch für weibliche Personen.

CAGA04-A2 – Ausgabe 01.01.2022

Der Versicherer ist die Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG.

Art. 1 Einzelner Versicherungsvertrag nach Produkt und Grundlagen des Versicherungsvertrags

1. Soweit vertraglich keine Abweichungen vorgesehen sind, richtet sich der Versicherungsvertrag nach den Vorschriften des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908.
2. Grundlagen des Versicherungsvertrags bilden der Versicherungsantrag, die Versicherungspolice, die vorliegenden Allgemeinen Bedingungen (AVZ), die Besonderen Bedingungen sowie allfällige besondere Vereinbarungen.
3. Die Versicherungsprodukte richten sich nach den jeweiligen Besonderen Bedingungen. Für jedes Produkt wird ein einzelner, separater Vertrag erstellt.

Art. 2 Zweck der Versicherung

1. Die Versicherung deckt hauptsächlich die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall.
2. Die Besonderen Bedingungen der einzelnen Versicherungsprodukte definieren die versicherten Risiken.

Art. 3 Begriffe

1. Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.
2. Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.
Körperschädigungen nach Art. 6 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) sind Unfällen gleichgestellt.
3. Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit.

Art. 3a Art der Versicherung

1. Ausser bei gegenteiliger Bestimmung in den Besonderen Versicherungsbedingungen ist die Deckung der in diesen Allgemeinen Bedingungen geregelten Produkte als Schadenversicherung ausgestaltet.
2. Bei einem als Schadenversicherung ausgestalteten Versicherungsschutz wird der tatsächlich entstandene Schaden bis zur Höhe der versicherten Leistungen bezahlt.
3. Der Versicherungsschutz im Rahmen der Summenversicherung sieht im Schadensfall die Zahlung der in der Police vertraglich vereinbarten Summe vor, unabhängig von dem tatsächlich entstandenen Schaden.

Art. 4 Örtlicher Geltungsbereich

1. Die Versicherung gilt weltweit.
2. Bricht eine Krankheit in der Schweiz aus oder ereignet sich

ein Unfall in der Schweiz und lässt sich der Versicherte in anderen Ländern behandeln, werden die Behandlungskosten nur erstattet, wenn der Versicherungsnehmer oder der behandelnde Arzt dem Versicherer vorher einen Antrag stellt und dieser akzeptiert wird.

Art. 4a Aufrechterhalten der Versicherung bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland

1. Ausser bei gegenteiliger Bestimmung in den Besonderen Versicherungsbedingungen können die Versicherungsprodukte bei einer Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland während der Vertragsdauer ohne Erhöhung der Versicherungsdeckung beibehalten werden, sofern der Versicherte weiterhin der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG gemäss dem Personenfreizügigkeitsabkommen EU/EFTA oder anderen internationalen Sozialversicherungsabkommen untersteht, oder über eine gleichwertige Versicherungsdeckung nach Artikel 7a der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verfügt.
2. Der im Ausland wohnhafte Versicherte muss den Versicherer innerhalb von 30 Tagen informieren, wenn er die in Art. 4a Abs. 1 genannten Kriterien der vorliegenden Bedingungen nicht mehr erfüllt. Bei Nichterfüllen dieser Pflicht muss der Versicherte dem Versicherer allfällige Leistungen rückerstatten, die ab dem Datum, ab dem die zuvor genannten Kriterien nicht mehr erfüllt sind, ausgerichtet wurden.

Art. 5 Antragsteller, Versicherungsnehmer und versicherte Person

1. Der Antragsteller ist die Person, die einen Antrag zum Abschluss eines Versicherungsvertrags an den Versicherer übermittelt.
2. Der Versicherungsnehmer ist die Person, die einen Vertrag mit dem Versicherer abgeschlossen hat.
3. Als versicherte Person gilt die auf der Versicherungspolice als solche aufgeführte Person.

Art. 6 Versicherungsantrag

1. Die Übermittlung eines Versicherungsantrags ist keine Offertenanfrage, sondern eine ausdrückliche Willenserklärung des Antragstellers an den Versicherer, einen oder mehrere Versicherungsverträge abzuschliessen. Der Antragsteller bleibt 14 Tage an den Antrag gebunden, bzw. 4 Wochen, wenn medizinische Auskünfte erforderlich sind (VVG Art. 1).
2. Der Antragsteller kann seinen Antrag innerhalb von 14 Tagen nach seinem Antrag auf Vertragsabschluss widerrufen. Diese Frist ist eingehalten, wenn der Antragsteller den Widerruf dem Versicherer gemäss Art. 37 der AVZ mitteilt oder die Widerrufserklärung am letzten Tag der Widerrufsfrist der Post übergibt.
3. Wird der Antrag vom Versicherer gestellt, kann der Versi-

cherungsnehmer den Vertrag innerhalb von 14 Tagen nach Annahmeerklärung durch den Versicherungsnehmer widerrufen.

4. Für den Versicherungsantrag ist das vom Versicherer zur Verfügung gestellte Formular zu verwenden. Der Antragsteller muss alle Fragen auf dem Versicherungsantrag und im Gesundheitsfragebogen vollständig und wahrheitsgetreu beantworten. Er ist verantwortlich dafür, dass die von einer Drittperson oder einem Vermittler gegebenen Antworten seinen Angaben entsprechen. Die Versicherten müssen Dritte ermächtigen, dem Versicherer alle Unterlagen zu übergeben und alle Auskünfte zu erteilen, die erforderlich sind.
5. Der Versicherer behält sich das Recht vor, den Versicherungsantrag anzunehmen oder abzulehnen, Vorbehalte anzubringen oder Prämienzuschläge zu erheben, wenn die Besonderen Bedingungen des Produkts dies vorsehen. Er ist nicht verpflichtet, seinen Entscheid zu begründen.
6. Die Ablehnung oder der Vorbehalt eines oder mehrerer Produkte des Versicherungsantrags rechtfertigt nicht den Rücktritt von den übrigen vom Versicherer angenommenen Produkten.
7. Die Ablehnung oder der Vorbehalt von Produkten anderer Familienmitglieder des Antragstellers (Ehepartner, Kinder) rechtfertigt nicht den Rücktritt vom eigenen Antrag oder eigenen Vertrag/Verträgen.
8. Der Versicherungsantrag einer nicht handlungsfähigen Person muss von ihrem gesetzlichen Vertreter genehmigt worden sein.

Art. 7 Medizinische Auskünfte

1. Der Versicherer kann auf seine Kosten die Erstellung eines Arztberichts verlangen.
2. Der Versicherer kann auch eine Gesundheitsprüfung des Antragstellers durch einen von ihm bestimmten Arzt veranlassen.

Art. 8 Vorbehalte

1. Bei Personen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung an einer Krankheit oder an den Folgen eines Unfalls leiden, kann der Versicherer Vorbehalte anbringen. Gegenstand eines Vorbehalts sind ebenfalls Krankheiten und Unfälle, an denen der Versicherte zuvor gelitten hat, wenn erfahrungsgemäss Rückfälle möglich sind. Es ist dem Versicherten freigestellt, den angebrachten Vorbehalt anzunehmen oder abzulehnen.
2. Das Leiden, das Gegenstand des Vorbehalts ist, wird dem Versicherten durch eine Einverständniserklärung mitgeteilt. Der Versicherte, der dem Abschluss des Vertrags mit dem Vorbehalt zustimmt, ist verpflichtet, seine Einwilligung zu erteilen. Erfolgt die Einwilligung des Versicherten nicht innerhalb der vom Versicherer gesetzten Frist, kann der Versicherer davon ausgehen, dass der Versicherte auf den Abschluss der Versicherungsdeckung, die Gegenstand des Vorbehalts ist, verzichtet.
3. Der Vorbehalt gilt für die gesamte Vertragsdauer. Der Versicherte kann auf seine Kosten den Nachweis erbringen, dass ein Vorbehalt nicht mehr gerechtfertigt ist. In diesem Fall behält sich der Versicherer das Recht vor, den Vorbehalt beizubehalten oder aufzuheben.

Art. 9 Änderung des Versicherungsschutzes

1. Der Antrag zur Erhöhung des Versicherungsschutzes (z. B. Senkung der Franchise, Erhöhung des Deckungsniveaus oder des versicherten Kapitals) innerhalb des gleichen

Produkts ist einem Antrag zum Abschluss eines neuen Vertrags im Sinn der Artikel 6 bis 13 dieser AVZ gleichgestellt.

2. Der Versicherer behält sich das Recht vor, den Antrag anzunehmen oder abzulehnen, oder Vorbehalte anzubringen, dies zu den Bedingungen und innerhalb der Fristen in VVG Art. 1 und AVZ Art. 6. Insbesondere gelten die Vertragsbedingungen wie die Kündigungsfrist und eine eventuelle Karenzzeit (anfänglicher Zeitraum nach Inkrafttreten des Vertrags, in dem der Versicherungsschutz für alle oder bestimmte Leistungen nicht gegeben ist) erneut, und es gibt keine erworbenen Rechte, die aus dem bisherigen Vertrag übernommen werden.
3. Eine Herabsetzung des Versicherungsschutzes innerhalb desselben Produkts ist erst nach Ablauf der Mindestvertragsdauer unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist zum Ende eines Kalenderjahres möglich. Wird der Antrag auf Herabsetzung des Versicherungsschutzes im Anschluss an eine Prämienerrhöhung gestellt, ist nur eine einmonatige Kündigungsfrist zum Ende eines Kalenderjahres einzuhalten.

Art. 10 Beginn des Vertrags und der Versicherungsdeckung

1. Der Versicherungsvertrag ist abgeschlossen, sobald der Versicherer dem Antragsteller die Annahme seines Antrags mitgeteilt hat.
2. Die Versicherungsdeckung tritt am in der Versicherungspolice aufgeführten Datum in Kraft.
3. Die in den Besonderen Bedingungen vorgesehenen Karenzzeiten bleiben vorbehalten.

Art. 11 Verletzung der Anzeigepflicht

1. Hat der Versicherungsnehmer beim Beantworten der Fragen eine erhebliche Tatsache, die er kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen (Verletzung der Anzeigepflicht), so ist der Versicherer berechtigt, den Vertrag innert vier Wochen, nachdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, schriftlich zu kündigen.
2. Die Kündigung wird mit dem Eintreffen beim Versicherungsnehmer wirksam.

Art. 12 Versicherungsperiode

1. Die Versicherungsperiode entspricht einem Kalenderjahr und erstreckt sich vom 1. Januar bis zum 31. Dezember.
2. Wird der Vertrag während des Kalenderjahres abgeschlossen, so erstreckt sich die erste Versicherungsperiode von dem in der Versicherungspolice festgehaltenen Datum des Inkrafttretens bis zum Ende des Kalenderjahres.

Art. 13 Dauer und Auflösung des Versicherungsvertrags

1. Der Vertrag ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen, unter Vorbehalt gegenteiliger Bestimmungen der Besonderen Bedingungen.
2. Nach drei Versicherungsperioden kann der Versicherungsnehmer den Vertrag einzeln unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres kündigen. Ausgenommen sind bestimmte Produkte, bei denen die Dauer, nach der der Versicherungsnehmer den Vertrag gemäss den Besonderen Bedingungen kündigen kann, eine andere ist. Dieses Kündigungsrecht kann nur der Versicherungs-

nehmer geltend machen (Art. 35a Abs. 4 VVG).

3. Der Versicherer kann den Vertrag bei einem Betrug oder dem Versuch dazu kündigen.
4. Nach jedem Schadenfall, für den der Versicherer eine Leistung vergütet, ist der Versicherungsnehmer berechtigt, innert 10 Tagen nachdem er von der Auszahlung der Entschädigung Kenntnis erhalten hat, das betreffende Versicherungsprodukt zu kündigen. Dieses Kündigungsrecht kann nur der Versicherungsnehmer geltend machen (Art. 35a Abs. 4 VVG). Tritt der Versicherungsnehmer vom Vertrag zurück, erlischt die Versicherung 14 Tage nach der Kündigungsmeldung an den Versicherer. Letzterer behält sein Recht auf Prämienzahlung für die laufende Versicherungsperiode, wenn der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb des Jahres nach Inkrafttreten der Versicherungsdeckung kündigt. In den übrigen Fällen ist die Prämie nur bis Vertragsende zu entrichten.
5. Das Recht auf Kündigung infolge Verletzung der Informationspflicht vor Vertragsabschluss durch den Versicherer erlischt vier Wochen nachdem der Versicherungsnehmer von der Pflichtverletzung und den Informationen erfährt, spätestens aber zwei Jahre nach der Verletzung. Die Kündigung wird mit dem Eintreffen beim Versicherer wirksam. Die Prämie ist nur bis Vertragsende zu entrichten, wenn der Vertrag vor Ablauf gekündigt wird oder endet.
6. Bei Vorliegen eines wichtigen Grundes im Sinn von Art. 35b VVG kann der Versicherungsnehmer oder der Versicherer den Vertrag jederzeit kündigen.
7. Der Versicherungsnehmer hat seine Kündigung gemäss Art. 37 dieser AVZ mitzuteilen

Art. 14 Erlöschen des Versicherungsvertrags

Der Versicherungsvertrag sowie der Anspruch auf Leistungen erlöschen:

- a. mit dem Tod des Versicherten
- b. bei Kündigung des Versicherungsvertrags
- c. wenn der Versicherer infolge Zahlungsverzugs des Versicherten vom Vertrag zurücktritt (gemäss VVG Art. 21)
- d. bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland, am Ausreisetermin, das der zuständigen Gemeinde oder kantonalen Behörde mitgeteilt wurde, sofern keine andere Vereinbarung im Sinn von Artikel 4a der vorliegenden Versicherungsbedingungen getroffen wurde
- e. wenn der Versicherte mit Wohnsitz im Ausland die in Art. 4a dieser Versicherungsbedingungen festgelegten Bedingungen für die Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes nicht mehr erfüllt.

Art. 15 Umfang und Dauer der Leistungen

1. Die Leistungen, die der Versicherer in den einzelnen Versicherungsprodukten erbringt, sind in den entsprechenden Besonderen Versicherungsbedingungen geregelt.
2. Ausser bei gegenteiligen Bestimmungen in den Besonderen Versicherungsbedingungen ist der Leistungsumfang bei Unfall identisch mit jenem bei Krankheit.

Art. 16 Leistungsanspruch

1. Der Anspruch auf Leistungen kann nur für Krankheiten oder Unfälle geltend gemacht werden, die sich während der Dauer der Versicherungsdeckung ereignen.
2. Der Versicherte hat dem Versicherer detaillierte Rechnungen einzureichen.
3. Auf Verlangen des Versicherers hat der Versicherte die Originalrechnung sowie weitere nötige Belege (Arztberichte,

Verordnungen, Zahlungsbestätigungen etc.) einzureichen.

Art. 17 Ausrichtung der Leistungen

1. Grundsätzlich sind die Versicherten Honorarschuldner der Leistungserbringer. Sie akzeptieren jedoch die Vereinbarungen zwischen dem Versicherer und den Leistungserbringern, die in Abweichung vom Grundsatz eine direkte Vergütung an die Leistungserbringer vorsehen.
2. Der Versicherer zahlt die gedeckten Leistungen nach Erhalt sämtlicher Informationen und Unterlagen, aus denen er sich von der Richtigkeit und Höhe des Anspruchs überzeugen kann.
3. Der Versicherer kann seine Abrechnung nur aufgrund der detaillierten Rechnungen erstellen, auf denen die Behandlungsdaten, die Art der Behandlung, die erbrachten medizinischen Leistungen, der jeder Leistung entsprechende Betrag sowie die Namen, Adressen und Telefonnummern der in- und ausländischen Leistungserbringer aufgeführt sind. Bei Bedarf kann der Versicherer auf Kosten des Versicherten eine Übersetzung der in einer Fremdsprache ausgestellten Unterlagen in eine der Landessprachen verlangen.
4. Versicherte, die ihren Wohnsitz im Ausland haben, müssen dem Versicherer eine Auszahlungsadresse in der Schweiz angeben.

Art. 18 Leistungsausschlüsse

1. Keine Versicherungsdeckung besteht:
 - a. für Krankheiten, Unfälle und ihre Folgen, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bereits bestanden oder unter Vorbehalt stehen
 - b. für Krankheiten, Unfälle und ihre Folgen nach Erlöschen des Versicherungsvertrags, selbst wenn während der Versicherungsdauer Leistungen erbracht wurden. Vorbehalten bleibt eine Pflicht zur Erbringung von periodischen Leistungen gemäss Art. 35c VVG.
 - c. für Zahnbehandlungen, sofern eine Deckung nicht ausdrücklich in den einzelnen Versicherungsprodukten vorgesehen ist
 - d. für die Kosten von unwirksamen, unzweckmässigen und unwirtschaftlichen Behandlungen. Unwirksam heisst, dass die Wirksamkeit der Behandlung nicht nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen ist. Eine Behandlung ist unzweckmässig, wenn sie kontraindiziert, nicht angemessen oder die medizinische Indikation nicht eindeutig erwiesen ist. Die Behandlung ist unwirtschaftlich, wenn sie durch eine kostengünstigere hätte ersetzt werden können oder sie unnötig ist.
 - e. für Behandlungen bei Unfruchtbarkeit
 - f. – für Eingriffe zur Korrektur oder Beseitigung von Schönheitsfehlern, es sei denn, sie werden durch ein versichertes Ereignis notwendig
– für Verjüngungskuren oder Eingriffe zur Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit
 - g. für Behandlungen, die aufgrund von Suizid oder vorsätzlicher Selbstverstümmelung und den Versuchen dazu erfolgen
 - h. bei Gesundheitsschäden, die durch ionisierende oder radioaktive Strahlungen verursacht wurden
 - i. für die Folgen von Kriegsereignissen:
 - in der Schweiz
 - im Ausland, es sei denn, der Versicherte sei von den Ereignissen in dem Land, in dem er sich aufhält, überrascht worden und die Krankheit oder der Unfall trete innerhalb von 15 Tagen seit Beginn der Ereignisse ein
 - j. für Folgen von Unruhen jeglicher Art und die Massnah-

men zu deren Bekämpfung, es sei denn, der Versicherte beweise, dass er nicht auf der Seite der Unruhestifter aktiv oder durch Aufwiegelung an den Unruhen beteiligt war

- k. bei durch Alkoholabhängigkeit bedingten Krankheiten
 - l. für Krankheiten und Unfälle, die auf übermässigen Medikamenten- oder Alkoholkonsum oder auf den Konsum von Betäubungsmitteln (Drogen) zurückzuführen sind
 - m. für Geschlechtsumwandlung, inkl. Behandlungen und Folgen
 - n. bei Organtransplantationen, für die der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) in Solothurn Fallpauschalen vereinbart hat. Diese Regel gilt auch für Spitäler, für die keine Fallpauschale vereinbart worden ist.
2. Ausgeschlossen sind zudem die Krankheiten und Unfälle, die der Versicherte erleidet:
- a. bei ausländischem Militärdienst
 - b. bei Erdbeben
 - c. bei der Ausübung von Verbrechen oder Vergehen oder bei vorsätzlichem Versuch dazu, sowie bei der Teilnahme an kriegerischen Handlungen oder Terrorakten
 - d. bei Verkehrsunfällen, die auf Alkoholmissbrauch zurückzuführen sind, wenn die Alkoholkonzentration zum Zeitpunkt des Vorfalls gemäss Strassenverkehrsgesetz einen schweren Verstoss darstellt
 - e. bei der Teilnahme an Raufereien und Schlägereien, es sei denn, der Versicherte sei als Unbeteiligter oder bei der Hilfeleistung zugunsten eines Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden
 - f. bei Gefahren, denen sich der Versicherte dadurch aussetzt, dass er andere stark provoziert
 - g. wenn sich der Versicherte an einem Wagnis beteiligt, d. h. an Handlungen, durch die er sich einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne dass Vorkehrungen getroffen werden können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken.

Art. 19 Grobe Fahrlässigkeit des Versicherten

Wenn die Schäden Folge einer groben Fahrlässigkeit des Versicherten sind, wird die Entschädigung des Versicherers im Verhältnis zur Fahrlässigkeit gekürzt.

Art. 20 Mehrfachversicherung und Leistungen Dritter

1. Alle Leistungen gemäss diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden ergänzend zu den Leistungen der in- und ausländischen Sozial- und Privatversicherer, insbesondere auch der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, gewährt.
2. Bei einer Mehrfachversicherung gemäss VVG haftet jeder Versicherer für den Schaden in dem Verhältnis, in dem die von ihm versicherte Summe zur Gesamtversicherungssumme steht.
3. Gegenüber einem haftpflichtigen Dritten tritt der Versicherer bei Eintritt des versicherten Ereignisses bis auf die Höhe der erbrachten Leistungen in die Ansprüche des Versicherten ein. Der Versicherer ist nicht an die Abmachungen zwischen dem Versicherten und den leistungspflichtigen Dritten gebunden.
4. Wird beim Versicherer keine obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG geführt, so werden die Leistungen des Vertrags im gleichen Mass ausgerichtet, wie wenn eine solche Deckung bestehen würde.

Art. 21 Mehrfachversicherung

1. Wird dasselbe Interesse gegen dasselbe Risiko und für dieselbe Zeit bei mehr als einem Versicherer versichert, sodass die Versicherungssummen zusammen den Versicherungswert übersteigen (Mehrfachversicherung), so ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.
2. Wenn der Versicherungsnehmer beim Abschluss eines späteren Vertrags keine Kenntnis von der Mehrfachversicherung hat, kann er diesen Vertrag innerhalb von vier Wochen nach der Feststellung der Mehrfachversicherung kündigen.
3. Wenn der Versicherungsnehmer diese Meldung absichtlich unterlässt oder er eine Mehrfachversicherung in der Absicht abgeschlossen hat, sich daraus einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, ist der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber nicht an den Vertrag gebunden. Dem Versicherer steht die gesamte vereinbarte Prämie zu.

Art. 22 Überversicherung

1. Die Versicherungsleistungen, die im Rahmen der in diesen Allgemeinen Bedingungen geregelten Produkte erbracht werden, dürfen nicht zu einer Überentschädigung des Versicherungsnehmers führen.
2. Im Fall einer Überversicherung werden die Leistungen entsprechend gekürzt.
3. Diese Bestimmung ist nicht auf Produkte anwendbar, die unter die Summenversicherung fallen.

Art. 23 Vom Versicherer anerkannte Leistungserbringer

1. Die Leistungsübernahme beschränkt sich auf Leistungserbringer, die sowohl von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG als auch vom Versicherer anerkannt sind.
2. Andere Leistungserbringer, die in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG nicht zugelassen sind, können vom Versicherer anerkannt werden.
3. Vor jeder Behandlung muss sich der Versicherte erkundigen, ob der Leistungserbringer, bei dem er sich behandeln lassen wird, zu den vom Versicherer anerkannten Leistungserbringern gehört.
4. Der Versicherer kann eine Liste der anerkannten oder nicht anerkannten Leistungserbringer führen.
5. Der Versicherer kann den Kreis der in den obenerwähnten Absätzen 1 und 2 genannten Leistungserbringer jederzeit anpassen.
6. Dem Versicherungsnehmer steht durch solche Anpassungen kein Kündigungsrecht zu.

Art. 24 Tarife der Leistungserbringer

1. Der Versicherer anerkennt die für die eidgenössischen Sozialversicherungen geltenden Tarife sowie die vertraglich anwendbaren Privattarife, denen er beigetreten ist.
2. Ein Anspruch auf Leistungen besteht nur im Rahmen des Tarifs, der vom Versicherer für den betreffenden Leistungserbringer anerkannt wird.
3. An Honorarvereinbarungen zwischen Leistungserbringern und versicherten Personen ist der Versicherer nicht gebunden.
4. Bei Streitigkeiten über den Leistungstarif überträgt der Versicherte seine Rechte gegen den Leistungserbringer an den Versicherer.

Art. 25 Abtretung und Verpfändung der Leistungen

Die Versicherten dürfen ihre Forderungen gegenüber dem Versicherer ohne dessen Zustimmung weder abtreten noch verpfänden.

Art. 26 Festsetzung der Prämien

1. Die Prämien werden in einem Tarif pro Versicherungsprodukt festgelegt.
2. Der Tarif kann Prämien vorsehen, die nach Geschlecht, Wohnregion und Altersklasse des Versicherten sowie nach anderen, in den Besonderen Bedingungen festgelegten Kriterien differenziert sind.
3. Die massgeblichen Altersklassen sind grundsätzlich in den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt.
4. Eine Änderung der Altersklasse führt grundsätzlich zu einer automatischen Anpassung der Prämie der betroffenen Versicherten.
5. Der Versicherer kann die Abstufung der letzten Altersklasse ändern, wenn demografische oder versicherungstechnische Gründe dies rechtfertigen.
6. Der Versicherer kann die Prämienregionen ändern, wenn eine unterschiedliche Kostenentwicklung innerhalb einer Prämienregion oder zwischen verschiedenen Prämienregionen dies rechtfertigt.
7. Bei einer Prämienerrhöhung aufgrund eines Wechsels der Altersklasse, einer Änderung der Abstufung der letzten Altersklasse oder der Prämienregionen steht dem Versicherungsnehmer ein Kündigungsrecht im Sinn von Art. 29 Abs. 3 dieser AVZ zu.

Art. 26a Rabatte und Boni

1. Der Versicherer kann Rabatte oder Boni gewähren, deren Art auf der Versicherungspolice und/oder in den Besonderen Versicherungsbedingungen aufgeführt ist.
2. Die Rabattkategorien sind folgende:
 - a. Rabatte, die an einen Rahmenvertrag gebunden sind: Diese sind in Art. 40 der vorliegenden AVZ definiert.
 - b. Kombinationsrabatte: In den Besonderen Bedingungen oder Vertragsbedingungen wird festgelegt, welche Produktkombinationen rabattberechtigt sind. Diese Rabatte können gemäss Art. 29 dieser AVZ geändert werden.
 - c. Rabatte, die sich aus einer zeitlich begrenzten Aktion ergeben: Der Anspruch auf den Rabatt gilt für den vertraglich festgelegten Zeitraum.
 - d. Rabatte für Familien, Kinder und junge Erwachsene: Der Anspruch auf einen Rabatt besteht, solange der Versicherte die Kriterien für die Vergabe erfüllt. Die Besonderen Bedingungen legen die Kriterien für die Vergabe des Rabatts fest. Der Versicherer kann diese Rabatte oder Boni jederzeit mit Wirkung bis spätestens zum Ende des laufenden Kalenderjahres ändern oder aufheben.
3. Bei einer Kürzung/Streichung von Rabatten oder Boni steht dem Versicherungsnehmer ein Kündigungsrecht im Sinn von Art. 29 Abs. 3 dieser AVZ zu. Es besteht kein Kündigungsrecht, wenn die Vertragsbedingungen für den Anspruch vom Versicherungsnehmer nicht mehr erfüllt werden, sowie für Rabatte oder Boni, die im Rahmen von zeitlich begrenzten Werbeaktionen gewährt werden.

Art. 27 Zahlung der Prämien

1. Die Prämien sind in der Schweiz jährlich im Voraus zahlbar, können aber auf besondere Vereinbarung hin und gegen Zuschlag auch halb- oder vierteljährlich oder monatlich bezahlt werden.

2. Die Fakturierungsperiode der Prämien beträgt mindestens einen Monat, mit Ausnahme des Monats, in dem der Vertrag beginnt oder endet.

Art. 27a Mahnung und Betreibung

1. Wird die Prämie nicht bis zum Fälligkeitsdatum entrichtet, so wird der Schuldner unter Androhung der Säumnisfolgen auf seine Kosten aufgefordert, innert 14 Tagen nach Absendung der Mahnung Zahlung zu leisten. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an.
2. Für Krankheiten, Unfälle und ihre Folgen, die während der Einstellung der Leistungspflicht bestanden haben oder aufgetreten sind, kann der Versicherte keinen Leistungsanspruch geltend machen, auch wenn die Prämie in der Folge bezahlt wird.
3. Leitet der Versicherer ein Betreibungsverfahren gegen den Versicherungsnehmer ein, können Verwaltungskosten gefordert werden.

Art. 28 Rückerstattung der Jahresfranchisen und Selbstbehalte

1. Wird die Vergütung vom Versicherer direkt an die Leistungserbringer überwiesen, so ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dem Versicherer die vereinbarte Jahresfranchise und/oder den Selbstbehalt innert 30 Tagen ab Rechnungsstellung des Versicherers zurückzuerstatten.
2. Kommt der Versicherungsnehmer seiner Zahlungspflicht nicht nach, wird Art. 27a analog angewandt.

Art. 29 Änderung des Prämientarifs

1. Der Versicherer kann den Prämientarif (gemäss Art. 26a) jedes Jahr anpassen, insbesondere aufgrund:
 - der Entwicklung der Schadenhäufigkeit oder der Schadenbelastung
 - der Anpassung des Umfangs des Versicherungsschutzes gemäss Art. 36 dieser AVZ.
2. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer mindestens 30 Tage vor Ablauf der Versicherungsperiode über die neuen Bestimmungen des Vertrags zu informieren.
3. Bei einer Erhöhung der Prämien (siehe Abs. 1 dieses Artikels) hat der Versicherungsnehmer das Recht, seinen von der Erhöhung betroffenen Versicherungsvertrag auf das Ende der laufenden Versicherungsperiode zu kündigen, unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt der Police oder der Mitteilung der Erhöhung. Die Kündigung muss innert dieser Frist beim Versicherer eingehen. Falls der Versicherungsnehmer den Vertrag nicht kündigt, gilt dies als Zustimmung zu den Prämienanpassungen.
4. Bei einer Anpassung des Prämientarifs (siehe Abs. 1 dieses Artikels), steht dem Versicherungsnehmer kein Kündigungsrecht zu.
5. Eine Tarifänderung infolge eines Umzugs gilt nicht als Anpassung der Prämie im Sinn der obigen Bestimmungen. Das Kündigungsrecht ist in diesem Fall nicht anwendbar.

Art. 30 Verrechnung

1. Der Versicherer kann fällige Leistungen mit Forderungen gegenüber den Versicherten verrechnen.
2. Den Versicherten steht kein Anspruch auf Verrechnung gegenüber dem Versicherer zu.

Art. 31 Pflichten im Schadenfall

1. Werden Versicherungsleistungen geltend gemacht, muss der Versicherte dem Versicherer alle ärztlichen Zeugnisse

- se, Berichte, Belege und Rechnungen der verschiedenen Leistungserbringer höchstens innerhalb der in Art. 38 dieser Allgemeinen Bedingungen vorgesehenen Fristen einreichen.
2. Der Versicherer muss innert fünf Tagen über den Eintritt in ein Spital oder in eine Klinik informiert werden. Die Meldung hat vor dem Eintritt zu erfolgen, wenn eine Kostengutsprache verlangt wird.
 3. Der Versicherte oder der Anspruchsberechtigte muss dem Versicherer jeden Unfall unverzüglich melden, spätestens jedoch innerhalb von zehn Tagen nach dessen Eintreten. Er muss alle Informationen geben bezüglich:
 - a. Zeitpunkt, Ort, Umstände und Folgen des Unfalls
 - b. Arzt oder Spital
 - c. die möglichen haftpflichtigen Personen und entsprechenden Versicherungen
 4. Der Anspruchsberechtigte muss dem Versicherer den Tod einer versicherten Person innert 30 Tagen mitteilen, auch wenn der Unfall bereits gemeldet wurde.
 5. Bei einer Verletzung der Pflichten im Schadenfall kann der Versicherer die Leistungen kürzen oder verweigern. Diese Sanktionen entfallen, wenn die Verletzung der Pflichten nicht auf ein Verschulden der versicherten Person zurückzuführen ist oder wenn die versicherte Person nachweisen kann, dass die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des befürchteten Ereignisses und auf den Umfang der vom Versicherer zu erbringenden Leistungen hat.

Art. 32 Auskunftspflicht

1. Alle Änderungen (Name, Vorname, Geschlecht, Familienstand, Wohnsitz, Bank- oder Postkonto, E-Mail-Adresse oder Telefonnummer) sowie Todesfälle sind dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Im Fall einer Verletzung seiner Pflichten übernimmt der Versicherte die daraus resultierenden Folgen und Kosten.
2. Verlegt der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder Aufenthaltsort ausserhalb der Schweiz, hat er dies dem Versicherer unverzüglich zu melden und ihm eine Ausreisebestätigung der Wohngemeinde oder des Wohnkantons vorzulegen. Entsprechend löst der Versicherer den Versicherungsvertrag zu dem auf der Bestätigung angegebenen Ausreisedatum auf.
3. Wenn der Versicherte die Ausreise aus der Schweiz nicht oder nicht rechtzeitig meldet, kann der Versicherer seinen Vertrag rückwirkend auf das Ausreisedatum, das der Gemeinde oder der kantonalen Behörde mitgeteilt wurde, kündigen. In diesem Fall werden zu Unrecht erhaltene Leistungen vom Versicherten eingefordert.
4. Vorbehalten bleiben Verträge, die aufgrund der Weiterführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Schweiz im Sinn von Art. 4a aufrechterhalten werden.

Art. 33 Auskünfte und Kontrollen

1. Der Versicherte ermächtigt ausdrücklich alle Leistungserbringer, die ihn anlässlich der Krankheit, des Unfalls oder bei anderen Gelegenheiten behandelt haben, dem Vertrauensarzt des Versicherers sämtliche Auskünfte zu erteilen, die er für die Beurteilung der Folgen des Schadenfalls benötigt. Zu diesem Zweck entbindet er sie von der beruflichen Schweigepflicht.
2. Wird die Versicherung in Ergänzung zu einem anderen Sozial- oder Privatversicherer abgeschlossen, so hat der Versicherte dem Versicherer die Abrechnung der Leistungen vorzulegen, die ihm von den anderen Versicherungsträgern ausgerichtet wurden.

3. Der Versicherer ist berechtigt, auf seine Kosten von Ärzten oder Fachleuten seiner Wahl Gutachten einzuholen, um den Gesundheitszustand oder die Arbeitsfähigkeit des Versicherten festzulegen. Der Versicherte hat sich diesen medizinischen Gutachten zur Bestimmung der Diagnose und Abklärung des Leistungsanspruchs zu unterziehen.
4. Der Versicherte hat sich jederzeit der Kontrolle durch die Krankenbesucher und Vertrauensärzte des Versicherers zu unterziehen. Er hat den Anordnungen dieser Personen, die auf eine Beschleunigung des Heilungsprozesses abzielen, Folge zu leisten. Weigert sich der Versicherte, sich durch den ärztlichen, vom Versicherer frei bezeichneten Gutachter untersuchen zu lassen, riskiert er die Verweigerung der Leistungen.

Art. 34 Schadenminderungspflicht

1. Der Versicherte hat ab Beginn der Krankheit oder des Unfalls einen diplomierten, zur Berufsausübung zugelassenen Leistungserbringer aufzusuchen und dessen Anordnungen gänzlich zu befolgen. Er hat alles zu unterlassen, was seine Genesung gefährden oder verzögern könnte und den Anweisungen des Leistungserbringers in Bezug auf die bewilligten Ausgangszeiten Folge zu leisten. Der Versicherer haftet nicht für eine Verschlimmerung der Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls, die auf das verspätete Aufsuchen eines Leistungserbringers oder auf die Nichtbeachtung seiner Anordnungen zurückzuführen sind.
2. Der Versicherte darf den Leistungserbringer nicht zu unnötigen und unwirtschaftlichen Behandlungen oder Abklärungen veranlassen (z. B. unnötige Hausbesuche, stationäre statt ambulante Behandlungen, unnötige Arztwechsel).

Art. 35 Falsche Rechnungen und Versicherungsbetrug

1. Bei falschen oder gefälschten Rechnungen sowie Versicherungsbetrug oder dem Versuch dazu werden keine Leistungen entrichtet.
2. In diesem Fall muss der Versicherte für die Kosten aufkommen, die für die Kontrolle durch den Versicherer sowie die Bearbeitung des Dossiers anfallen.

Art. 36 Anpassung der Versicherungsbedingungen

1. Der Versicherer ist berechtigt, die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen der Produkte anzupassen, insbesondere bei Änderungen in folgenden Bereichen:
 - a. Fortschritte der modernen Medizin
 - b. Einführung von neuen oder kostspieligen Therapieformen wie zum Beispiel Operationstechniken, Medikamente und weitere ähnliche Fälle
 - c. Erweiterung der Anzahl oder Einführung neuer Kategorien von Leistungserbringern
 - d. Leistungsänderungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
2. Die neuen Bedingungen sind auf den Versicherungsnehmer und Versicherer anwendbar, wenn diese nach Massgabe von Absatz 1 während der Geltungsdauer der Versicherung angepasst werden.
3. Der Versicherer teilt den Versicherungsnehmern die Anpassungen mit. Falls der Versicherungsnehmer damit nicht einverstanden ist, kann er den Vertrag auf das Datum des Inkrafttretens der Anpassungen kündigen. Trifft innert 30 Tagen kein Kündigungsschreiben beim Versicherer ein, gilt dies als Zustimmung zu den neuen Bestimmungen.

Art. 37 Mitteilungen

1. Die Mitteilungen des Versicherungsnehmers und des Versicherers sind rechtsgültig, wenn sie schriftlich oder über jegliches andere Mittel erfolgen, das den Nachweis durch Text ermöglicht (E-Mail oder vom Versicherer zur Verfügung gestellte Kommunikationsmittel). Ausgenommen davon sind die sozialen Netzwerke.
2. Die Mitteilungen des Versicherungsnehmers müssen über die Korrespondenz- oder E-Mail-Adressen übermittelt werden, die auf den offiziellen Dokumenten des Versicherers aufgeführt sind.
3. Die Mitteilungen des Versicherers erfolgen rechtsgültig an die letzte vom Versicherungsnehmer oder vom Versicherer angegebene Korrespondenz- oder E-Mail-Adresse.
4. Der Versicherer kann allgemeine Mitteilungen an die Versicherten auch über das Versichertenmagazin bekannt geben. Wenn ein Versicherter das Versichertenmagazin nicht mehr erhalten möchte, kann er den Versicherer entsprechend informieren. In diesem Fall ist der Versicherer von jeglicher Haftung für die veröffentlichten Mitteilungen befreit.
Die Mitteilungen können auch auf der Webseite des Versicherers und in einem Dokument erfolgen, das dem jährlichen Versand der Versicherungspolice beigefügt ist.

Art. 38 Verjährung

Die Forderungen aus dem Versicherungsvertrag verjähren fünf Jahre nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht begründet.

Art. 39 Besondere Versicherungsbedingungen

1. Der Versicherer erlässt für alle Versicherungsprodukte Besondere Bedingungen, welche diese Allgemeinen Bedingungen ergänzen und präzisieren.
2. Allfällige gegenteilige Bestimmungen der Besonderen Bedingungen haben Vorrang gegenüber diesen Allgemeinen Bedingungen.

Art. 40 Rahmenvertrag

1. Für sämtliche Versicherungsprodukte kann der Versicherer mit Vertragspartnern Rahmenverträge über die Mitgliedschaft von Personen abschliessen, die in einem bestimmten Rechtsverhältnis zu diesem Vertragspartner stehen.
2. Der Versicherer kann im Zusammenhang mit einem Rahmenvertrag Rabatte gewähren.
3. Die Bedingungen für die Vergabe und die Aufhebung des Rabatts werden dem Versicherungsnehmer vor Abschluss des Vertrags mitgeteilt.
4. Je nach Entwicklung der Schadenhäufigkeit oder -belastung können die Rabatte gemäss Art. 29 der vorliegenden AVZ geändert werden.
5. Auch eine Anpassung der Rahmenvereinbarung kann zu einer Änderung oder Aufhebung des Rabatts führen, mit Wirkung auf das Ende der laufenden Versicherungsperiode.
6. Der Anspruch auf den Rabatt erlischt in jedem Fall, wenn der Versicherte aus dem Kreis der Versicherten ausscheidet oder bei Auflösung des Rahmenvertrags.
7. Bei einer Herabsetzung oder Aufhebung des Rabatts hat der Versicherungsnehmer das Recht, den betreffenden Vertrag mit Wirkung auf das Ende der laufenden Versicherungsperiode innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Police oder der Mitteilung über die Anpassung zu kündigen.

Art. 41 Erfüllungsort und Gerichtsstand

1. Unter Vorbehalt besonderer gegenteiliger Bestimmungen sind die Verpflichtungen aus diesem Vertrag in der Schweiz und in schweizerischer Währung zu erfüllen.
2. Bei Streitigkeiten steht dem Versicherungsnehmer bzw. dem Anspruchsberechtigten der Gerichtsstand an seinem schweizerischen Wohnsitz oder am Sitz des Versicherers zur Auswahl; die internationalen Vereinbarungen bleiben jedoch vorbehalten.

Art. 42 Datenschutz

Persönliche und sensible Daten

Die Groupe Mutuel Services AG bearbeitet die persönlichen und sensiblen Daten des Versicherungsnehmers, der versicherten Person und gegebenenfalls ihrer Anspruchsberechtigten oder der mit ihnen verbundenen Personen (nachfolgend die betroffenen Personen) im Auftrag Ihres Versicherers Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG. Die Datenbearbeitung wird an die Groupe Mutuel Services AG (nachfolgend Groupe Mutuel), eine Gesellschaft der Groupe Mutuel Holding AG, delegiert. Beide Gesellschaften sind dem Bundesgesetz über den Datenschutz unterstellt (DSG).

Als persönliche Daten gelten Informationen über die betroffenen Personen, einschliesslich Informationen über die administrative Abwicklung des Versicherungsvertrags. Als sensible Daten gelten Informationen über den Gesundheitszustand der versicherten Personen und zu den Schadenfällen. Hauptsächlich werden folgende Kategorien persönlicher und sensibler Daten bearbeitet: Meldedaten der betroffenen Personen, das heisst Personendaten, welche die Groupe Mutuel von den betroffenen Personen erheben kann, wenn diese Interesse bekunden für die von ihr bereitgestellten oder vertriebenen Produkte und Dienstleistungen und/oder beim Abschluss dieser Produkte und Dienstleistungen; Daten mit Bezug auf bereitgestellte Dienstleistungen oder die Funktionsweise von Produkten und Dienstleistungen oder ihre Nutzung, insbesondere bei der Nutzung von Online-Dienstleistungen; von Dritten oder anderen Dienstleistern erhaltene Daten oder Personendaten aus öffentlichen Quellen, sofern dies zulässig ist.

Gesetzliche Grundlage

Die Groupe Mutuel bearbeitet persönliche und sensible Daten der betroffenen Personen auf der Basis folgender Rechtsgrundlagen: dem Einverständnis der betroffenen Personen bzw. dem ausdrücklichen Einverständnis für sensible Daten, den für die Tätigkeiten der Groupe Mutuel anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen (insbesondere dem Bundesgesetz über den Datenschutz), dem zwischen der Groupe Mutuel und den betroffenen Personen abgeschlossenen Vertrag sowie dem überwiegenden öffentlichen oder privaten Interesse der Groupe Mutuel oder der betroffenen Personen.

Zweckbestimmung

Die Personendaten werden insbesondere dafür verwendet, die zu versichernden Risiken zu beurteilen, die Schadenfälle zu bearbeiten, die administrative, statistische und finanzielle Vertragsabwicklung sicherzustellen, die Aktivitäten (Statistiken, internes und externes Audit etc.) durchzuführen, die gesetzlichen Vorschriften einzuhalten, die Dienstleistungen zu verbessern und weiterzuentwickeln, die Versicherungskosten zu optimieren und wirtschaftlich zu halten, Akquisitions- und Marketingmassnahmen umzusetzen, Anträge im Rahmen der Rechte natürlicher Personen zu bearbeiten, unbezahlte Rechnungen und Inkassomassnahmen zu verwalten sowie Betrug,

Geldwäscherei, Terrorismusfinanzierung und Steuerhinterziehung zu bekämpfen. Dafür können die Groupe Mutuel und Dritte die Daten untereinander weitergeben, austauschen und gemeinsam nutzen (siehe unten). Die Pflichten und Verantwortlichkeiten der Parteien bei einem solchen Datenaustausch sind entweder vertraglich oder gesetzlich geregelt.

Sicherheit

Bei der Bearbeitung von Personendaten und im Hinblick auf die damit verbundenen Risiken verpflichten sich die Groupe Mutuel, ihre Versicherungsvermittler und anderen Beauftragten (z. B. ein Rückversicherer), alle erforderlichen Massnahmen zur Einhaltung der Datenschutzbestimmungen zu treffen. Dazu gehören insbesondere die technischen, physischen und organisatorischen Massnahmen, die erforderlich sind, um die Sicherheit von Personendaten zu gewährleisten und deren Veränderung, Beschädigung oder Zugriff durch unbefugte Dritte zu verhindern.

Datenübertragung

Die Daten werden vertraulich behandelt und können an Dritte (z. B. Versicherungsvermittler, Rückversicherer, Ärzte, Begünstigte, IV-Stellen und Sozialversicherungsträger des Wohnsitzlandes der versicherten Person) weitergegeben werden, auch ins Ausland. Diese Weitergabe erfolgt auf der Grundlage von gesetzlichen Verpflichtungen, von Gerichtsentscheidungen, der allgemeinen Versicherungsbedingungen oder der Zustimmung der betroffenen Personen. Bei sensiblen Daten muss die Zustimmung ausdrücklich erfolgen. Wenn die Datenverarbeitung einem Unter-, Outsourcing- oder Kooperationsvertrag mit Dritten unterliegt, verpflichten sich diese im Rahmen ihres Vertragsverhältnisses mit der Groupe Mutuel zur Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen. Die Groupe Mutuel wählt Unterauftragnehmer aus, die die erforderlichen Garantien bieten. Die den Versicherungsvermittlern anvertrauten Daten werden erfasst und der Groupe Mutuel für die Bearbeitung der Versicherungsanträge und für die administrative und finanzielle Koordination zwischen dem Versicherungsvermittler und der Groupe Mutuel weitergegeben. Letztere ist nicht verantwortlich für die Bearbeitung von Personendaten, die die betroffenen Personen möglicherweise Dritten genehmigt haben oder die unabhängig von der Groupe Mutuel erfolgt sind. Es obliegt den betroffenen Personen, sich auf die Datenschutzrichtlinien dieser Dritten zu beziehen, um die Bedingungen der durchgeführten Bearbeitungen zu überprüfen oder ihre Rechte in Bezug auf diese Bearbeitungen auszuüben.

Erstellung von Nutzerprofilen

Während der vertraglichen Beziehung zwischen der betroffenen Person und der Groupe Mutuel ist es möglich, dass für die betroffene Person ein Nutzerprofil erstellt wird, damit der Versicherer ihr Dienstleistungen und Produkte anbieten kann, die ihren Erwartungen, ihrem Profil und ihren Bedürfnissen entsprechen. Die Modalitäten der Profilerstellung sind in der entsprechenden Datenschutzrichtlinie präzisiert. Für die oben genannten Zwecke können weitere Arten der Profilerstellung eingesetzt werden.

Aufbewahrungsdauer

Personendaten werden so lange aufbewahrt, wie es gesetzlich vorgeschrieben ist und für die Verwaltung des Versicherungsvertrags, der Schadenfälle, der Verfahrens- und Beschwerderechte, des Inkassos und/oder für eventuelle Streitigkeiten zwischen der Groupe Mutuel, dem Versicherten, dem Versicherungsvermittler oder Dritten nötig ist.

Zugriffsrechte und Recht auf Korrektur

Die betroffenen Personen haben das Recht, ihre persönlichen Daten einzusehen, die Korrektur dieser Daten zu verlangen, innerhalb der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen ihre Daten löschen zu lassen, die Bearbeitung einzuschränken, die Datenportabilität zu verlangen, ihre Zustimmung zur Bearbeitung von Personendaten unter Vorbehalt der Notwendigkeit für die Ausführung des Vertrags zurückzuziehen und sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden.

Data Protection Officer

Die Groupe Mutuel hat einen Data Protection Officer ernannt, der unter folgender Adresse kontaktiert werden kann: dataprotection@groupemutuel.ch. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf der Webseite der Groupe Mutuel: www.groupemutuel.ch.

Art. 43 Datenschutz bei personalisierter Beratung und Orientierung

1. Der Versicherer kann ab Beginn des Versicherungsvertrags demografische, vertragliche und medizinische Informationen über die versicherte Person zu folgenden Zwecken erheben und verwenden:
 - für Empfehlungen zu Prävention und Gesundheitsförderung
 - für Beratungen bezüglich Fragen über die Gesundheit
 - um Leistungserbringer zu empfehlen, die für die Behandlung des Gesundheitsproblems der versicherten Person geeignet sind
 - für gezieltes Unterbreiten von Angeboten für Produkte oder Dienstleistungen, die die Kriterien der Wirtschaftlichkeit erfüllen.
2. Die Daten, die für die Erbringung der in Absatz 1 beschriebenen Dienstleistungen verwendet werden, können aus allen Dossiers der versicherten Person stammen, die bei einer der Gesellschaften der Groupe Mutuel Holding AG angelegt wurden (einschliesslich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung).
3. Für die Weitergabe von Daten aus Dossiers der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu einem der oben erwähnten Zwecke holt der Versicherer im Einzelfall die zusätzliche ausdrückliche Zustimmung des Versicherten ein.
4. Der Versicherte kann seine Einwilligung gemäss Art. 42 dieser Versicherungsbedingungen jederzeit widerrufen.

Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global

GLGA01-A7 – Ausgabe 01.07.2000

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 Unterkunfts- 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 Unterkunfts- 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 Unterkunfts- 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 Rettungsaktionen 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 Versicherer 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 Selbsthalten 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 Selbsthalte 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

Leistungsstufen Global

Art der Leistung

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

| Global 2 | Global 3 | Global 4 |
|--|--|--|
| 90% max. Fr. 800.–/Kalenderjahr | 90%, unbegrenzte Verordnungen | 90%, unbegrenzte Verordnungen |
| 90% max. Fr. 800.–/Kalenderjahr | 90%, unbegrenzte Verordnungen | 90%, unbegrenzte Verordnungen |
| 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 |
| 60% max. Fr. 300.–/Kalenderjahr | 80% max. Fr. 500.–/Kalenderjahr | 80% max. Fr. 750.–/Kalenderjahr |
| Fr. 20.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr | Fr. 25.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr | Fr. 25.–/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 |
| keine Leistungen | 50% max. Fr. 500.–/Kalenderjahr | 80% max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr |
| Fr. 600.–/Kalenderjahr | Fr. 800.–/Kalenderjahr | Fr. 1'000.–/Kalenderjahr |
| Fr. 100.–/Fall | Fr. 200.–/Fall | Fr. 200.–/Fall |
| Fr. 500.–/Kalenderjahr | Fr. 600.–/Kalenderjahr | Fr. 700.–/Kalenderjahr |
| 90% max. Fr. 1'500.–/Kalenderjahr | 90% max. Fr. 2'500.–/Kalenderjahr | 90% max. Fr. 3'000.–/Kalenderjahr |
| Fr. 100.– alle 3 Jahre | Fr. 150.– alle 3 Jahre | Fr. 200.– alle 3 Jahre |
| 90% max. Fr. 300.–/Kalenderjahr | 90% max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr | 90% max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr |
| Fr. 150.–/Schwangerschaft | Fr. 150.–/Schwangerschaft | Fr. 150.–/Schwangerschaft |
| Fr. 100.–/Kind | Fr. 100.–/Kind | Fr. 100.–/Kind |
| 90%, unbeschränkte Anzahl Untersuchungen | 90%, unbeschränkte Anzahl Untersuchungen | 90%, unbeschränkte Anzahl Untersuchungen |
| 90% max. Fr. 150.–/Kalenderjahr | 90% max. Fr. 200.–/Kalenderjahr | 90% max. Fr. 250.–/Kalenderjahr |
| Fr. 50.–/Kalenderjahr | Fr. 50.–/Kalenderjahr | Fr. 50.–/Kalenderjahr |
| 80% max. Fr. 300.– | 80% max. Fr. 400.– | 80% max. Fr. 500.– |
| 80% max. Fr. 4'000.–/Fall | 80% max. Fr. 6'000.–/Fall | 80% max. Fr. 8'000.–/Fall |
| 80% max. Fr. 100.– alle 3 Jahre | 80% max. Fr. 150.– alle 3 Jahre | 80% max. Fr. 200.– alle 3 Jahre |
| 80% max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr | 80% max. Fr. 2'500.–/Kalenderjahr | 80% max. Fr. 5'000.–/Kalenderjahr |
| 70% max. Fr. 600.–/Kalenderjahr | 80% max. Fr. 700.–/Kalenderjahr | 80% max. Fr. 800.–/Kalenderjahr |
| allgemeine Abteilung ganze Schweiz | allgemeine Abteilung ganze Schweiz | allgemeine Abteilung ganze Schweiz |
| Fr. 500.–/Tag | Fr. 500.–/Tag | Fr. 500.–/Tag |
| 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 |
| Unterstützung, Betreuung und Repatriierung bei medizinischen Notfällen auf Reisen und im Ausland | | |
| Fr. 250.–/Kalenderjahr | Fr. 300.–/Kalenderjahr | Fr. 300.–/Kalenderjahr |
| Fr. 30.–/Kalenderjahr | Fr. 30.–/Kalenderjahr | Fr. 30.–/Kalenderjahr |
| 90% max. Fr. 2'500.–/Kalenderjahr | 90% max. Fr. 3'000.–/Kalenderjahr | 90% max. Fr. 3'000.–/Kalenderjahr |
| Fr. 300.–/Kalenderjahr | Fr. 300.–/Kalenderjahr | Fr. 300.–/Kalenderjahr |
| 50% max. Fr. 200.–/Kalenderjahr | 50% max. Fr. 250.–/Kalenderjahr | 50% max. Fr. 250.–/Kalenderjahr |

Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global classic

GIGA02-A8 – Ausgabe 01.11.2008

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

Art. 1 Zweck der Versicherung

Zweck dieser Versicherung ist es, den Versicherten spezifische Leistungen in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss KVG zu erbringen.

Art. 2 Aufnahmebedingungen

Alle Personen können der Versicherung ohne Altersbegrenzung beitreten.

Art. 3 Gedeckte Risiken

Die Leistungen der Versicherung «Global classic» werden bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft gewährt.

Art. 4 Versicherte Leistungen – Basismodul

1. Spitalaufenthalt in der Schweiz

1. Versicherungsklasse

Bei stationärem Spitalaufenthalt (länger als 24 Stunden) in

- einer Spitaleinrichtung,
- einer psychiatrischen Einrichtung oder
- einer Rehabilitationseinrichtung

hat der Versicherte schweizweit freie Wahl der Einrichtung und ist für die allgemeine Abteilung gedeckt.

2. Spitaleinrichtungen

Für eine Kostenübernahme der unter Punkt 1.1 erwähnten Leistungen müssen die Spitaleinrichtungen im Sinn des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) anerkannt sein (Spitäler mit kantonalem Leistungsauftrag) oder einen Tarifvertrag mit der Gruppe Mutuel Versicherungen GMA AG abgeschlossen haben.

3. Umfang und Dauer der Leistungen bei Spitalaufenthalt

Die Leistungen werden unter Vorbehalt folgender Bestimmungen übernommen:

- Der Versicherer übernimmt die vom KVG anerkannten Behandlungskosten, Spitalaufenthaltskosten und Ärzthonorare gemäss Abkommen mit dem Versicherer oder kantonalen Tarifregelung.
- Die Spitalleistungen sind auf die akute Phase der Krankheit beschränkt. Sobald die Krankheit nicht mehr als akut betrachtet wird, insbesondere bei der Behandlung von stabilisierten oder chronischen Leiden, oder falls der Spitalaufenthalt nicht zur Verbesserung des Gesundheitszustands dient, erlischt der Anspruch auf Leistungen.

4. Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung

Der Leistungsanspruch bei Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung ist auf 90 Tage pro Kalenderjahr beschränkt.

5. Organtransplantationen

Im Rahmen der vorliegenden Versicherung gibt es bei Organtransplantationen, für die der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer in Solothurn (SVK) eine Fallpauschale vereinbart hat, keine Versicherungsdeckung (diese Kosten

werden von der OKP übernommen). Diese Regelung gilt auch für Spitaleinrichtungen, für die keine Fallpauschale vereinbart worden ist.

6. Rechte und Pflichten des Versicherten bei Spitalaufenthalt

Der Versicherte ist verpflichtet, sich zu erkundigen, ob die Spitaleinrichtung oder die Klinik, in der er sich behandeln lassen wird, vom Versicherer anerkannt ist.

2. Zusatzleistungen

1. Limitiert kassenpflichtige und nicht kassenpflichtige Medikamente

Der Versicherer übernimmt 90% der Kosten für limitiert kassenpflichtige und nicht kassenpflichtige Medikamente (die auf keiner offiziellen Liste stehen), die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen werden. Davon ausgenommen sind pharmazeutische Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV – Liste auf www.lppv.ch abrufbar).

2. Badekuren in der Schweiz

Der Versicherer übernimmt Fr. 80.– pro Tag, maximal jedoch Fr. 800.– pro Jahr, der Behandlungs- und Unterkunftskosten bei einer Badekur in vom Versicherer anerkannten Kureinrichtungen gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV).

Die Leistungen werden gewährt, wenn sie medizinisch notwendig sind und von einem Arzt verordnet werden. Ein Bewilligungsgesuch und die ärztliche Kurverordnung müssen spätestens 20 Tage vor Kurantritt beim Versicherer eingereicht werden.

3. Erholungskuren nach Spitalaufenthalt

Der Versicherer übernimmt Fr. 50.– pro Tag für die Behandlung und Unterkunft bei Erholungskuren in vom Versicherer anerkannten Kureinrichtungen, sofern die Kur nach einem Spitalaufenthalt verordnet wurde.

Die Leistungen werden gewährt, wenn sie medizinisch notwendig sind und von einem Arzt verordnet werden. Ein Bewilligungsgesuch und die ärztliche Kurverordnung müssen spätestens 20 Tage vor Kurantritt beim Versicherer eingereicht werden.

Die Leistungsdauer ist auf 30 Tage pro Kalenderjahr beschränkt.

4. Begleitungskosten bei Spitalaufenthalt

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

Die Kostenübernahme ist auf Fr. 600.– pro Kalenderjahr beschränkt. Diese Garantie beinhaltet ebenfalls die Pflegekosten für das gesunde Neugeborene bei erneutem Spitalaufenthalt der Mutter innert zehn Wochen nach der Niederkunft.

5. Haushaltshilfe und Unterbringungskosten

Der Versicherer übernimmt Fr. 80.– pro Tag der Kosten für die medizinisch notwendige Anstellung einer Familienhilfe, die einer amtlichen Stelle angehört und in Vertretung des Versicherten die täglichen Hausarbeiten erledigt. Alle anderen Kosten sind davon ausgenommen (Grossreinigung, usw.).

Der Versicherer übernimmt Fr. 80.– pro Tag der Kosten

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

Die Kostenübernahme für die oben erwähnten Leistungen zusammen ist auf Fr. 800.– pro Kalenderjahr beschränkt.

6. Brillen und Kontaktlinsen

Der Versicherer übernimmt Kosten für den Kauf von medizinischen Brillen oder Kontaktlinsen in der Schweiz oder im Ausland, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden. Die Kostenübernahme ist auf Fr. 150.– beschränkt.

Der Leistungsanspruch besteht bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ein Mal pro Kalenderjahr, ab dem 19. Lebensjahr alle drei Jahre.

7. Hilfsmittel

Der Versicherer übernimmt 90% der Kosten für die Miete und den Kauf von ärztlich angeordneten und für die Verrichtung der täglich anfallenden Arbeiten notwendigen orthopädischen Geräte und Hilfsmittel (Zahnprothesen ausgenommen) gemäss der vom Versicherer erstellten Liste.

Die Kostenübernahme ist auf Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr beschränkt.

8. Freiwillige Sterilisation

Der Versicherer übernimmt 90% der Kosten für den Eingriff, sofern dieser bei einem anerkannten Leistungserbringer durchgeführt wird.

9. Ohrenkorrektur (ästhetische Chirurgie)

Der Versicherer übernimmt 90% der Kosten bei Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensjahr für die Korrektur von abstehenden Ohren, sofern es sich dabei um ein Geburtsgebrechen handelt. Die Leistung wird nur übernommen, wenn der Eingriff ärztlich empfohlen wurde, um psychologischen Störungen des Versicherten entgegenzuwirken oder diese zu verhindern.

10. Nicht ärztliche Psychotherapeuten und selbstständige Psychologen

Der Versicherer übernimmt pro Sitzung Fr. 40.– der Kosten für ärztlich verordnete Behandlungen durch nicht ärztliche Psychotherapeuten und selbstständige Psychologen.

Die Kostenübernahme ist auf Fr. 800.– pro Kalenderjahr beschränkt.

11. Transportkosten

Der Versicherer übernimmt 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 oder Helikopter 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.

Die Kostenübernahme ist auf Fr. 5'000.– pro Kalenderjahr beschränkt.

12. Such- und Rettungsaktionen

Der Versicherer leistet einen Beitrag an die Kosten für ungeplante Such- und Rettungsaktionen zur Lebensrettung des Versicherten in einer nachweisbaren Notsituation oder wenn dadurch eine schnelle, massive und folgenschwere Verschlechterung des Gesundheitszu-

stands vermieden werden kann.

Die Kostenübernahme ist auf Fr. 50'000.– pro Kalenderjahr beschränkt.

13. Impfungen

Der Versicherer übernimmt 90% der Kosten für Impfungen, die in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) nicht enthalten und in der Schweiz notwendig sind, sowie die Kosten für Schutzimpfungen, die vom Bundesamt für Gesundheit bei Reisen ins Ausland empfohlen werden.

Die Kostenübernahme ist auf Fr. 150.– pro Kalenderjahr beschränkt.

14. Vorsorgetests (Elisa oder HIV)

Der Versicherer übernimmt bis zu Fr. 50.– pro Kalenderjahr für Vorsorgetests, sofern diese auf ärztliche Anordnung hin von anerkannten Leistungserbringern durchgeführt werden.

15. Check-up

Der Versicherer übernimmt 90% der Kosten von Check-ups, die von einem vom Versicherer anerkannten Arzt durchgeführt werden, jedoch maximal einen Check-up alle drei Jahre.

16. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen

Der Versicherer übernimmt 90% der Kosten für gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden.

17. Ultraschalluntersuchungen und Mammographien

Der Versicherer übernimmt 90% der Kosten für Ultraschalluntersuchungen und Mammographien, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder den kantonalen Präventionsprogrammen nicht übernommen werden.

18. Einmaliges Stillgeld

Der Versicherer übernimmt ein Stillgeld von Fr. 100.–, 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.

19. Groupe Mutuel Assistance

Der Versicherer übernimmt die im Service-Programm der Groupe Mutuel Assistance vorgesehenen Leistungen, Kategorie ASS (Rückführung und Transport), bei einem Schadenfall in der Schweiz und im Ausland ausserhalb eines Umkreises von 20 km ab Wohnort des Versicherten.

Art. 5 Versicherte Leistungen – Option «plus»

Der Versicherte kann zusätzlich zu den in Artikel 4 dieser besonderen Bedingungen erwähnten Leistungen gegen einen Prämienzuschlag die Option «plus» abschliessen. Mit der Option «plus» ist er zusätzlich für folgende Leistungen versichert:

1. Komplementärmedizin

Der Versicherer leistet einen Beitrag von 80% an die nachfolgend aufgelisteten Therapien, sofern sie von einem eidgenössisch diplomierten Arzt oder einem vom Versicherer anerkannten Naturheilpraktiker durchgeführt werden (darin eingeschlossen ist eine Kostenbeteiligung für komplementärmedizinische Medikamente, die von diesen Leistungserbringern verschrieben werden und von Swissmedic gemäss Heilmittelgesetz (HMG) anerkannt sind).

Der Versicherer behält sich das Recht vor, bestimmte Naturheilpraktiker auszuschliessen. Vor jeder Behandlung ist der Versicherte verpflichtet, sich zu erkundigen, ob der Therapeut, bei dem er sich behandeln lassen wird, vom Versicherer anerkannt ist.

Liste der Therapien der Komplementärmedizin:

Naturheilverfahren

Akupunktur, Aromatherapie, Aurikulotherapie, Bioresonanz, Biotherapie, Chromotherapie, Darmspülung, Elektroakupunktur, Geobiologie, Heilkräuter, Homöopathie, Iridologie, Lasertherapie, Magnetismus, Magnettherapie, Mora-Therapie, Phytotherapie, Sauerstofftherapie, Schröpfen, Sympathikotherapie

Manuelle Therapien

Akupressur, anthroposophische Medizin, autogenes Training, Etiopathie, Eurythmie, Fasciatherapie, Haltungstherapie, Kinesiologie, 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 Therapie oder des Therapeuten während der Behandlung muss vorgängig vom Versicherer genehmigt werden.

Die Kostenübernahme ist auf Fr. 10'000.– pro Kalenderjahr beschränkt.

Ab 1. Januar nach Vollendung des 18. Altersjahrs des Versicherten wird auf die vorgängig genannten Leistungen (Punkt 5.1) eine jährliche Franchise von Fr. 300.– angewandt.

2. Gesundheitsförderung

Der Versicherer übernimmt 50% der Kosten für Massnahmen zur Gesundheitsförderung in den folgenden Bereichen:

- Fitness
- Rückenschule
- Entwöhnungskuren bei Tabak- oder Alkoholsucht

Diese Massnahmen müssen von einem vom Versicherer anerkannten Leistungserbringer erbracht werden.

Die Kostenbeteiligung für Fitnessabonnemente beträgt maximal Fr. 200.–. Werden im gleichen Kalenderjahr mehrere Massnahmen zur Gesundheitsförderung in Anspruch genommen, beschränkt sich die maximale Kostenübernahme auf Fr. 500.–.

3. Ernährungsberatung

Der Versicherer übernimmt pro Sitzung Fr. 50.– der Kosten für Ernährungsberatungen, sofern diese von einem vom Versicherer anerkannten Leistungserbringer durchgeführt werden, maximal jedoch drei Beratungen in einem Zeitraum von drei Jahren.

4. Medizinische Zweitmeinung

Der Versicherer übernimmt 90% der Kosten für eine zweite ärztliche Meinung vor einer Spitalweisung, sofern diese von einem vom Versicherer anerkannten Arzt ausgestellt wurde. Die Bezeichnung «Zweitmeinung» oder «Second Opinion» muss auf der Honorarrechnung vermerkt sein.

Art. 6 Leistungsumfang

Die in Artikel 4 und 5 aufgeführten Leistungen werden im Umfang und bis zu den Höchstbeträgen gemäss Anhang dieses Reglements erbracht. Der Anhang ist integraler Bestandteil dieser Besonderen Bedingungen.

Art. 7 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.

3. Die in Artikel 5 aufgeführten Leistungen dieser Besonderen Bedingungen (Versicherte Leistungen Option «plus») sind nur gedeckt, wenn dies auf der Versicherungspolice ausdrücklich erwähnt ist.

4. Die Leistungen werden nach den Behandlungsdaten an die pro Kalenderjahr versicherten Beträge angerechnet. Die nach Anspruchsende anfallenden Kosten (bei zeitlich oder betragsmässig begrenzten Leistungen) können nicht auf das Folgejahr übertragen werden.

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

Art. 8 Prämien

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

- 0 bis 18 Jahre
- 19 bis 25 Jahre
- ab dem 26. und bis zum 71. Altersjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren

Art. 9 Familienbonus – Basismodul

Auf die Prämie für Kinder bis 18 Jahre wird ein Familienbonus gewährt (Basismodul), wenn mindestens ein Elternteil und das Kind mit

- der Zusatzversicherung Global classic und
- der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei einem der Groupe Mutuel angeschlossenen oder von ihr verwalteten Krankenversicherer, versichert ist.

Der Betrag des Familienbonus erscheint auf der Versicherungspolice.

Art. 10 Pflichten des Versicherten

- Der Versicherte ist verpflichtet, sich vor jedem Spitalaufenthalt zu erkundigen, ob die Spitalanlage, die Abteilung der Spitalanlage oder die Klinik, in der er sich behandeln lassen wird, vom Versicherer anerkannt ist.
- Vor jeder Behandlung ist der Versicherte verpflichtet, sich zu erkundigen, ob der Therapeut, von dem sich der Versicherte behandeln lassen wird, vom Versicherer anerkannt ist.

Anhang

Versicherte Leistungen – Basismodul

| | |
|--|--|
| Spitalaufenthalt in der Schweiz | allgemeine Abteilung in der ganzen Schweiz |
| Limitiert kassenpflichtige und nicht kassenpflichtige Medikamente | 90%, unbeschränkte Anzahl Verordnungen |
| Badekuren in der Schweiz | max. Fr. 80.– pro Tag, max. Fr. 800.– pro Kalenderjahr |
| Erholungskuren nach Spitalaufenthalt | max. Fr. 50.– pro Tag, max. 30 Tage pro Jahr |
| Begleitungskosten bei Spitalaufenthalt | max. Fr. 600.– pro Kalenderjahr |
| Haushaltshilfe und Unterbringungskosten | max. Fr. 80.– pro Tag, max. Fr. 800.– pro Jahr |
| Brillen und Kontaktlinsen | Fr. 150.– alle 3 Jahre (für Kinder bis 18 Jahre pro Kalenderjahr) |
| Hilfsmittel | 90%, max. Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr |
| Freiwillige Sterilisation | 90%, unbeschränkt |
| Ohrenkorrektur | 90%, unbeschränkt |
| Nicht ärztliche Psychotherapeuten und selbstständige Psychologen | Fr. 40.– pro Sitzung, max. Fr. 800.– pro Kalenderjahr |
| Transportkosten | max. Fr. 5'000.– pro Kalenderjahr |
| Such- und Rettungsaktionen | max. Fr. 50'000.– pro Kalenderjahr |
| Impfungen | 90%, max. Fr. 150.– pro Kalenderjahr |
| Vorsorgetests | Fr. 50.– pro Kalenderjahr |
| Check-up | 90%, alle 3 Jahre |
| Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen | 90%, unbeschränkte Anzahl Untersuchungen |
| Ultraschalluntersuchungen und Mammographien | 90%, unbeschränkte Anzahl Untersuchungen |
| Einmaliges Stillgeld | Fr. 100.– pro Kind |
| Unterstützung bei Notfällen in der Schweiz und im Ausland | Groupe Mutuel Assistance |

Versicherte Leistungen – Option «plus»

| | |
|---|--|
| Komplementärmedizin* | 80%, max. Fr. 10'000.– pro Kalenderjahr |
| Gesundheitsförderung: Fitness, Rückenschule, Leistungen für Tabak- und Alkoholentwöhnungskuren | 50%, max. Fr. 500.– pro Kalenderjahr (Fitness 50%, max. Fr. 200.– pro Kalenderjahr) |
| Ernährungsberatung | Fr. 50.– pro Sitzung (max. 3 Beratungen im Zeitraum von 3 Jahren) |
| Medizinische Zweitmeinung | 90%, unbeschränkt |

* unterliegt ab 19 Jahren einer jährlichen Franchise von Fr. 300.–

Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global mi-privée

GMGA01-A8 – Ausgabe 01.07.2000

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 mi-privée können alle Personen bis zum vollendeten 55. Altersjahr 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 1. Januar des Jahres nach Vollendung seines 55. Altersjahrs 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 mi-privée-Versicherung vergleichbare Deckung verfügt und momentan bei diesem anderen Versicherer nicht kündigen kann, hat sie die Möglichkeit, der Global mi-privée-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 mi-privée

Folgende Leistungen werden in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht:

1. Spitalaufenthalt

1. Versicherungsklasse
freie Wahl der Halbprivatabteilung (Zweibettzimmer) einer anerkannten schweizerischen Heilanstalt für Allgemeinpflege und psychiatrische Pflege von Akutpatienten
2. Franchise bei Spitalaufenthalt
 - a. ohne Franchise
 - b. Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr
 - c. Fr. 3'000.– pro KalenderjahrDie gewählte Franchise ist nur auf Leistungen im Zusammenhang mit dem Spitalaufenthalt anwendbar.
3. Leistungen
 - a. Allgemeines
Bei einem Spitalaufenthalt übernimmt der Versicherer die Behandlungskosten sowie die Unterkunfts- und Verpflegungskosten.
 - b. Spitalaufenthalt in der Privatabteilung
Ein Versicherter, der sich in eine höhere Abteilung als jene seiner Versicherungsklasse begibt, werden die folgenden Höchstleistungen gewährt:
80% der Behandlungskosten sowie der Unterkunfts- und Verpflegungskosten
 - c. Spitalaufenthalt im Ausland
Einem Versicherten, der im Ausland erkrankt oder verunfallt und stationär behandelt wird, gewährt der Versicherer im Rahmen der gewählten Leistungsklasse höchstens Fr. 1'000.– pro Tag während maximal 60 Tagen pro Kalenderjahr.
Ohne vorgängige Bewilligung des Versicherers werden die freiwilligen Behandlungen im Ausland nicht übernommen.
4. Mutterschaft
 - a. Die Leistungen der Spitalversicherung werden

bei Schwangerschaft und Niederkunft erst nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten ausgerichtet. Die in der Global temporis verbrachte Dauer gilt nicht als Versicherungsdauer.

- b. Bei Abbruch der Schwangerschaft und für jede weitere Leistung im Zusammenhang mit der Mutterschaft gilt die Karenzzeit gemäss Absatz a.
 - c. Bei einer Entbindung im Zusammenhang mit einem Spitalaufenthalt von weniger als fünf Tagen in der halbprivaten Abteilung gewährt der Versicherer eine Vergütung von Fr. 250.– pro eingesparten Spitaltag.
Pauschal verrechnete Spitalaufenthalte geben keinen Anspruch auf diese Vergütung. Bst. a bleibt vorbehalten.
 - d. Bei einer ambulanten Niederkunft oder Hausgeburt erhält die Versicherte eine Vergütung von Fr. 800.– unter Vorbehalt von Bst. a.
 - e. Hält sich eine Versicherte in der Spitalabteilung auf, die ihrer Versicherungsdeckung entspricht, so übernimmt der Versicherer auch die Aufenthaltskosten für das Neugeborene während des Spitalaufenthalts der Mutter, sofern das Kind ebenfalls beim Versicherer versichert ist. Die persönlichen Unkosten sind nicht gedeckt. Bst. a bleibt vorbehalten.
5. 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 Unterkunfts- und Verpflegungskosten und die Arzthonorare gemäss Vertrag oder kantonaler Tarifordnung oder einem anderen mit dem Versicherer abgeschlossenen Vertrag.
 - b. Wird der Versicherte in ein Spital eingewiesen, mit dem der Versicherer in Bezug auf die Unterkunfts- und Verpflegungskosten sowie die Behandlungskosten (inkl. Arzthonorare) kein Tarifabkommen abgeschlossen hat, werden dem Versicherten im Rahmen der halbprivaten Abteilung Fr. 400.– pro Tag gewährt. Art. 2.1.1 Abs. 3 Bst. b ist nicht anwendbar.
 - 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.
 - f. Nach einem Spitalaufenthalt von 90 Tagen im Ver-

lauf eines Kalenderjahrs werden die Versicherungsleistungen nicht mehr erbracht. Die Dauer der im Ausland oder in einer psychiatrischen Heilanstalt erbrachten Leistungen (60 Tage) werden auf die vorerwähnten 90 Tage angerechnet.

6. 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 dem vom Versicherer anerkannten Heilanstalten gehört.

7. Sparmassnahmen

- Verzichtet ein Versicherter aus freiem Willen oder auf Antrag des Versicherers auf einen Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung, so kann ihm der Versicherer eine Entschädigung in der Höhe von bis zu 50% der eingesparten und vom Versicherer geschätzten Kosten ausrichten, aber höchstens Fr. 1'500.– pro Spitalaufenthalt.
- Bei einer ambulanten Niederkunft oder Hausgeburat gelangt nur die Regel von Artikel 2.1.1 Ziff. 4 Bst. d zur Anwendung.

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, Geobiologie, 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, Rolting, Shiatsu, Trager, Wiederherstellung des energetischen Gleichgewichts

Psychotherapie

Biodynamik, Rebirthing, Sophrologie, Tomatis-Therapie

- Jeder freiwillige Wechsel der Therapieform oder des Praktikers 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 wird in anerkannten Kuranstalten, aber höchstens während 30 Tagen pro Kalenderjahr gewährt. 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 sind 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 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. Haushalthilfe 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 für die Rückerstattung der Kosten 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

Mammografien

den vorgesehenen Betrag für Ultraschalluntersuchungen und Mammografien, 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 nach offiziellem UVG-Tarif vergütet (Nomenklatur und Taxpunktwert).

19. Krankheitsbedingte Zahnpflege

den vorgesehenen Betrag für die Zahnpflege, die von einem eidgenössisch diplomierten Zahnarzt durchgeführt und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen wird. Die Zahnpflegekosten werden nach offiziellem 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 Rettungsaktionen 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 (Repatriierung und Transport bei einem Schadenfall ausserhalb eines Umkreises von 20 km ab Wohnort des Versicherten)

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 das 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 Anstalten, die vom Versicherer 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 mi-privée-Versicherung.

b. Die Global temporis umfasst die unter Ziff. 2.1.2, 2.1.3, 2.2 und 2.3 aufgeführten Pflegezusatzleistungen; die unter Ziff. 2.1.1 (Spitalaufenthalt) bezeichneten Leistungen sind ausgeschlossen.

c. Die Leistungen der Global temporis entsprechen 30% der im Rahmen der Global mi-privée gewährten Beiträge.

d. Die Leistungen der Global temporis werden im Nachgang zu den Leistungen des anderen Versicherers ausgerichtet.

e. Mit dem Beitritt zur Global temporis akzeptiert der Versicherer gleichzeitig die zukünftige Aufnahme des Versicherten ohne neue Prüfung des Gesundheitszustands in die Global mi-privée-Versicherung mit dem auf der Beitrittserklärung festgelegten Datum. Dieser Beitritt hat spätestens innert zwei Jahren zu erfolgen.

- f. Die Beteiligung des Versicherers an den Franchisen und Selbstbehalten anderer Versicherer ist ausgeschlossen.
- g. Während der Dauer der Global temporis wird die Prämie gegenüber jener der Global mi-privée gekürzt.
- h. Beim Übertritt von der Deckung Global temporis in jene der Global mi-privée 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 der Global temporis ausgerichteten Leistungen, deren Grenzen an einen bestimmten Zeitraum gebunden sind, werden bei der Berechnung des Leistungsanspruchs nach dem Übertritt in die Versicherung Global mi-privée berücksichtigt.

Art. 3 Leistungsumfang

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

Art. 4 Leistungsanspruch

1. Der Leistungsanspruch des Versicherten beginnt mit dem Inkrafttreten des Versicherungsvertrags.
2. Die Leistungen werden nach Behandlungsdatum auf die pro Kalenderjahr versicherte Leistungssumme angerechnet. Die nach der Erschöpfung des Anspruchs anfallenden Kosten können nicht auf das Folgejahr übertragen werden.
3. Im Umfang der in den vorliegenden 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 «LeClub»-Vorteile

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

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

Art. 6 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

Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global mi-privée

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

Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global privée

GPGA01-A8 – Ausgabe 01.07.2000

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 privée können alle Personen bis zum vollendeten 55. Altersjahr beitreten.
2. Versicherte von 0 bis 18 Jahren, d. h. bis zum 31. Dezember 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 Vollendung seines 55. Altersjahrs 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 privée-Versicherung vergleichbare Deckung verfügt und momentan bei diesem anderen Versicherer nicht kündigen kann, hat sie die Möglichkeit, der Global privée-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 privée

Folgende Leistungen werden in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht:

1. Spitalaufenthalt

1. Versicherungsklasse

freie Wahl der Privatabteilung (Einbettzimmer) in einer anerkannten schweizerischen Heilanstalt für Allgemeinpflege und psychiatrische Pflege von Akutpatienten

2. Franchise bei Spitalaufenthalt

a. ohne Franchise

b. Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr

c. Fr. 3'000.– pro Kalenderjahr

Die gewählte Franchise ist nur auf Leistungen im Zusammenhang mit einem Spitalaufenthalt anwendbar.

3. Leistungen

a. Allgemeines

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

b. Spitalaufenthalt im Ausland

Einem Versicherten, der im Ausland erkrankt oder verunfallt und stationär behandelt wird, gewährt der Versicherer höchstens Fr. 1'500.– pro Tag während maximal 60 Tagen pro Kalenderjahr.

Ein Versicherter mit der Option Privat weltweit hat eine Deckung von höchstens Fr. 3'000.– pro Tag während maximal 60 Tagen pro Kalenderjahr.

Ohne vorgängige Bewilligung des Versicherers werden die freiwilligen Behandlungen im Ausland nicht übernommen.

4. Mutterschaft

a. Die Leistungen der Spitalversicherung werden bei Schwangerschaft und Niederkunft erst nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten aus-

gerichtet. Die in der Global temporis verbrachte Dauer gilt nicht als Versicherungsdauer.

b. Bei Abbruch der Schwangerschaft im Sinn des Gesetzes und für jede weitere Leistung im Zusammenhang mit der Mutterschaft gilt die Karenzzeit gemäss Bst. a.

c. Bei einer Entbindung im Zusammenhang mit einem Spitalaufenthalt von weniger als fünf Tagen in der privaten Abteilung gewährt der Versicherer der Versicherten eine Vergütung von Fr. 250.– pro eingesparten Spitaltag. Pauschal verrechnete Spitalaufenthalte geben keinen Anspruch auf diese Vergütung. Bst. a bleibt vorbehalten.

d. Bei einer ambulanten Niederkunft oder einer Hausgeburt erhält die Versicherte eine Vergütung von Fr. 1'200.– unter Vorbehalt von Bst. a.

e. Hält sich eine Versicherte in der Spitalabteilung auf, die ihrer Versicherungsdeckung entspricht, so übernimmt der Versicherer auch die Aufenthaltskosten für das Neugeborene während des Spitalaufenthalts der Mutter, sofern das Kind ebenfalls beim Versicherer versichert ist. Die persönlichen Unkosten sind nicht gedeckt. Bst. a bleibt vorbehalten.

5. 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 Unterkunfts- und Verpflegungskosten und die Arzthonorare gemäss Vertrag oder kantonaler Tarifordnung oder einem anderen mit dem Versicherer abgeschlossenen Vertrag.

b. Wird der Versicherte in ein Spital eingewiesen, mit dem der Versicherer in Bezug auf die Unterkunfts- und Verpflegungskosten (inkl. Arzthonorare) sowie die Behandlungskosten kein Tarifabkommen abgeschlossen hat, werden dem Versicherten im Rahmen der privaten Abteilung Fr. 600.– 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 von der Spitalversicherung keine Leistungen mehr ausgerichtet.

f. Nach einem Spitalaufenthalt von 90 Tagen im Verlauf eines Kalenderjahrs werden von der Spitalversicherung keine Leistungen mehr erbracht. Die Dauer der in einer psychiatrischen Heilanstalt

erbrachten Leistungen (60 Tage) wird auf die vorerwähnten 90 Tage angerechnet.

6. 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 dem vom Versicherer anerkannten Heilanstalten gehört.

7. Sparmassnahmen

- Verzichtet ein Versicherter aus freiem Willen oder auf Antrag des Versicherers auf einen Aufenthalt in der privaten Abteilung zugunsten eines Aufenthalts in der allgemeinen Abteilung oder confort-Abteilung, so kann ihm der Versicherer eine Entschädigung in der Höhe von bis zu 50% der eingesparten und vom Versicherer geschätzten Kosten ausrichten, aber höchstens Fr. 1'500.– pro Spitalaufenthalt.
- Bei einer ambulanten Niederkunft oder einer Hausgeburt gelangt nur die Regel von Artikel 2.1.1 Ziff. 4 Bst. d zur Anwendung.

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 nachstehenden 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, Aurikulotherapie, Bioresonanz, Biotherapie, Chromotherapie, Colon-Hydro-Therapie, Elektroakupunktur, Geobiologie, 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-Therapie

- Jeder freiwillige Wechsel der Therapieform oder des Praktikers 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 wird in anerkannten Kuranstalten, aber höchstens während 30 Tagen pro Kalenderjahr gewährt. 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 sind 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. Haushalthilfe 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 für die Rückerstattung der Kosten 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 Mammografien

den vorgesehenen Betrag für Ultraschalluntersuchungen und Mammografien, 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 nach offiziellem UVG-Tarif vergütet (Nomenklatur und Taxpunktwert).

19. Krankheitsbedingte Zahnpflege

den vorgesehenen Betrag für die Zahnpflege, die von einem eidgenössisch diplomierten Zahnarzt durchgeführt und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen wird. Die Zahnpflegekosten werden nach offiziellem 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 Rettungsaktionen 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 (Repatriierung und Transport bei einem Schadenfall ausserhalb eines Umkreises von 20 km ab Wohnort des Versicherten)

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 das 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 ein Verbleib zuhause ermöglichen, festgelegt.

b. Revitalisierungsaufenthalte

Der Versicherer leistet einen jährlichen Beitrag an Revitalisierungsaufenthalte in Anstalten, die vom Versicherer 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 privée-Versicherung.

b. Die 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) bezeichneten Leistungen sind ausgeschlossen.

c. Die Leistungen der Global temporis entsprechen 30% der im Rahmen der Global privée gewährten Beiträge.

d. Die Leistungen der Global temporis werden im Nachgang zu den Leistungen des anderen Versicherers ausgerichtet.

e. Mit dem Beitritt zur Global temporis akzeptiert der Versicherer gleichzeitig die zukünftige Aufnahme des Versicherten ohne neue Prüfung des Gesundheitszustands in die Global privée-Versicherung mit dem auf der Beitrittserklärung festgelegten Datum. Dieser Beitritt hat spätestens innert zwei Jahren zu erfolgen.

- f. Die Beteiligung des Versicherers an den Franchisen und Selbstbehalten anderer Versicherer ist ausgeschlossen.
- g. Für die Dauer der Global temporis wird die Prämie im Verhältnis zur Prämie der Global privée gekürzt.
- h. Beim Übertritt von der Deckung Global temporis in jene der Global privée 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 zusteht, nicht anwendbar.
- i. Die im Rahmen der Global temporis ausgerichteten Leistungen, deren Grenzen an einen bestimmten Zeitraum gebunden sind, werden bei der Berechnung des Leistungsanspruchs nach dem Übertritt in die Versicherung Global privée berücksichtigt.

Art. 3 Leistungsumfang

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

Art. 4 Leistungsanspruch

1. Der Leistungsanspruch des Versicherten beginnt mit dem Inkrafttreten des Versicherungsvertrags.
2. Die Leistungen werden nach Behandlungsdatum auf die pro Kalenderjahr versicherte Leistungssumme angerechnet. Die nach der Erschöpfung des Anspruchs anfallenden Kosten können nicht auf das Folgejahr übertragen werden.
3. Im Umfang der in den vorliegenden 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 «LeClub»-Vorteile

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

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

Art. 6 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

Leistungsstufen Global privée

| Art der Leistung | Global privée |
|--|--|
| Limitiert kassenpflichtige Medikamente | 90% unbegrenzt |
| Nicht kassenpflichtige Medikamente | 90% unbegrenzt |
| Komplementärmedizin | max. Fr. 70.– pro Sitzung, bis Fr. 6'000.– pro Kalenderjahr |
| Badekuren in der Schweiz | 80% max. Fr. 750.– pro Kalenderjahr |
| Erholungskuren | Fr. 25.– pro Tag, max. 30 Tage pro Kalenderjahr |
| Erholungskuren nach Spitalaufenthalt | Fr. 50.– pro Tag, max. 30 Tage pro Kalenderjahr |
| Badekuren im Ausland | 80% max. Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr |
| Tarifzuschläge | Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr |
| Entschädigung der persönlichen Unkosten bei Spitalaufenthalt | Fr. 200.– pro Fall |
| Rooming-in | Fr. 700.– pro Kalenderjahr |
| Haushalthilfe und Unterbringungskosten | 90% max. Fr. 3'000.– pro Kalenderjahr |
| Brillen und Kontaktlinsen | Fr. 200.– alle drei Jahre |
| Hilfsmittel | 90% max. Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr |
| Geburtsvorbereitungskurse | Fr. 150.– pro Schwangerschaft |
| Einmaliges Stillgeld | Fr. 100.– pro Kind |
| Ultraschall und Mammografie | 90%, unbeschränkte Anzahl Untersuchungen |
| Impfungen | 90% max. Fr. 250.– pro Kalenderjahr |
| Elisa- oder HIV-Test | Fr. 50.– pro Kalenderjahr |
| Freiwillige Sterilisation | 80% max. Fr. 500.– |
| Unfallbedingte Zahnbehandlungskosten | 80% max. Fr. 8'000.– pro Fall Zahnbehandlungskosten |
| Krankheitsbedingte Zahnbehandlungskosten | 80% max. Fr. 200.– alle drei Jahre |
| Transportkosten | 80% max. Fr. 5'000.– pro Kalenderjahr |
| Nicht ärztliche Psychotherapeuten und selbstständige Psychologen | 80% max. Fr. 800.– pro Kalenderjahr |
| Spitalaufenthalt in der Schweiz | private Abteilung in der ganzen Schweiz |
| Spitalaufenthalt im Ausland | Fr. 1'500.– pro Tag Fr. 3'000.– pro Tag (Option Privat weltweit) |
| Groupe Mutuel Assistance | Unterstützung, Betreuung und Repatriierung bei medizinischen Notfällen auf Reisen und im Ausland |

Global junior (0-18 Jahre)

| | |
|---|----------------------------|
| Kinderbetreuung zuhause | Fr. 300.– pro Kalenderjahr |
| Mitgliederbeitrag für eine sportliche Tätigkeit | Fr. 30.– pro Kalenderjahr |

Global senior (ab 56 Jahren)

| | |
|-----------------------------|---------------------------------------|
| Palliativpflege | 90% max. Fr. 3'000.– pro Kalenderjahr |
| Revitalisierungsaufenthalte | Fr. 300.– pro Kalenderjahr |
| Diätberatungen, Diätkurse | 50% max. Fr. 250.– pro Kalenderjahr |

Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global smart

GOGA02-A8 – Ausgabe 01.06.2023

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

Art. 1 Zweck der Versicherung

1. Zweck dieser Zusatzversicherung ist es, den Versicherten spezifische Leistungen in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) zu bieten.
2. Den Personen, die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) unterstellt waren und ihre Versicherungsdeckung gemäss Artikel 7a der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) durch den Abschluss einer freiwilligen Krankenpflegeversicherung gemäss Versicherungsvertragsgesetz (VVG) beibehalten haben, werden die Leistungen der Versicherung Global smart als Ergänzung zu der genannten Versicherung ausgerichtet.
3. Die Zusatzversicherung Global smart umfasst drei Deckungsstufen (Basismodul):
 - Stufe 1
 - Stufe 2
 - Stufe 3
4. Das Basismodul kann mit der Option «Upgrade notfallmässiger Spitalaufenthalt im Ausland» ergänzt werden.

Art. 2 Gedeckte Risiken

Die Leistungen des Produkts Global smart werden bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft ausgerichtet.

Art. 3 Aufnahmebedingungen

1. Jede Person kann die Zusatzversicherung Global smart, Stufe 1 und Stufe 2, ohne Altersbegrenzung abschliessen. Bei Stufe 3 kann der Beitritt zur Versicherung Global smart mit einem Inkrafttreten bis spätestens am Tag des 70. Geburtstags des Antragstellers erfolgen.
2. Bei einer Rahmenvereinbarung sind der Kreis der versicherbaren Personen sowie die anwendbaren Aufnahmebedingungen für die verschiedenen Kategorien von Antragstellern durch einen Rahmenvertrag zwischen dem

Unternehmen, das Vertragspartner ist, und dem Versicherer geregelt.

Art. 4 Aufrechterhalten der Versicherung bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland

1. Personen, die während der Vertragslaufzeit ihren Wohnsitz ins Ausland verlegen, können die Versicherung Global smart beibehalten, wenn sie weiterhin der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG gemäss dem Personenfreizügigkeitsabkommen EU/EFTA oder anderen internationalen Sozialversicherungsabkommen unterstehen oder über eine Versicherungsdeckung nach Artikel 1 Absatz 2 dieser Versicherungsbedingungen verfügen.
2. Der im Ausland wohnhafte Versicherte muss den Versicherer schriftlich innerhalb von 30 Tagen informieren, wenn er die in Artikel 4 Absatz 1 genannten Kriterien der vorliegenden Versicherungsbedingungen nicht mehr erfüllt. Bei Nichterfüllen dieser Pflicht muss der Versicherte dem Versicherer allfällige Leistungen rückerstatten, die ab dem Datum, ab dem die vorgeschriebenen Kriterien nicht mehr erfüllt sind, ausgerichtet wurden.

Art. 5 Auflösung des Versicherungsvertrags

Nach drei Versicherungsperioden (im Sinn von Artikel 12 der AVZ) kann der Versicherungsnehmer den Vertrag unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres kündigen.

Art. 6 Versicherte Leistungen

1. In der Schweiz

| | Stufe 1 | Stufe 2 | Stufe 3 | Beschreibung |
|--|------------------------|------------------------|---|--|
| Spitalaufenthalt | allgemeine Abteilung | allgemeine Abteilung | halbprivate oder private Abteilung Die Art der Versicherung ist auf der Versicherungspolice vermerkt | <ul style="list-style-type: none"> - Freie Wahl in der Schweiz gemäss gewählter Stufe einer Spitalabteilung für allgemeine oder psychiatrische Pflege bei Akutkrankheiten - Übernahme der laut KVG anerkannten Behandlungskosten, Spitalaufenthaltskosten und Arzthonorare gemäss der Tarifvereinbarung mit dem Versicherer für die entsprechenden Spitalabteilungen - Der Versicherer übernimmt die Kosten von anerkannten Einrichtungen und Ärzten, d. h. von Einrichtungen und Ärzten, mit denen der Versicherer einen Tarifvertrag abgeschlossen hat. - Bezieht ein Versicherter Leistungen einer nicht anerkannten Einrichtung oder eines nicht anerkannten Arztes, werden ihm für deren Intervention entsprechend der Behandlungsform (Akutpflege, Rehabilitation oder Psychiatrie) und der Abteilung (halbprivat oder privat) die effektiv in Rechnung gestellten stationären Spitalleistungen ausgerichtet, höchstens aber die in Anhang A aufgeführten Beträge pro Spitalübernachtung. - Die Liste der Leistungserbringer und der Höchstbeträge steht auf der Website des Versicherers zur Verfügung oder wird auf Anfrage abgegeben. Massgebend ist die zum Zeitpunkt der Behandlung gültige Liste. - Die Liste der Leistungserbringer kann vom Versicherer jederzeit angepasst werden. Bei einer Anpassung der Liste steht dem Versicherungsnehmer kein Kündigungsrecht zu. - Der Versicherte ist verpflichtet, sich zu erkundigen, ob die für die Behandlung gewählte Spitalabteilung, Abteilung der Spitalabteilung oder Klinik vom Versicherer anerkannt ist. - Die Leistungsdauer in einer psychiatrischen Einrichtung ist auf 60 Tage begrenzt. - Nach 180 Tagen Spitalaufenthalt in der halbprivaten oder privaten Abteilung innerhalb eines Kalenderjahres werden die Leistungen für Spitalaufenthalt nicht mehr ausbezahlt. Die Dauer der Leistungen in einer psychiatrischen Einrichtung (60 Tage) wird den oben genannten 180 Tagen angerechnet. - Verzichtet ein Versicherter freiwillig oder auf Vorschlag des Versicherers auf eine Unterbringung in der halbprivaten oder privaten Abteilung zugunsten der allgemeinen Abteilung, kann der Versicherer eine Entschädigung von bis zu 50% der nach seiner Einschätzung gesparten Kosten, maximal jedoch Fr. 5000.– pro Spitalaufenthalt, entrichten. |
| Ambulante Behandlungen | 100% | 100% | 100% | <ul style="list-style-type: none"> - Freie Wahl des Behandlungsortes in der Schweiz bei einer ambulanten Behandlung gemäss KVG - Kostenübernahme der Differenz zwischen dem am Wohn- oder Arbeitsort des Versicherten anwendbaren und dem am Wohnort des Leistungserbringers gültigen Tarif |
| Limitiert kassenpflichtige und nicht kassenpflichtige Medikamente | 90% | 90% | 90% | <ul style="list-style-type: none"> - Von einem Arzt oder einem gemäss KVG anerkannten Leistungserbringer verordnete Medikamente, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen werden - Ausgenommen: Produkte auf der Liste pharmazeutischer Präparate für spezielle Verwendung (LPPV) |
| Transportkosten | 90% | 90% | 90% | <ul style="list-style-type: none"> - Bis zur nächstgelegenen Spitalabteilung oder zum nächsten Arzt, sofern diese Transporte medizinisch notwendig sind - Dieser Beitrag wird nur bei einem Transport mit der Ambulanz oder dem Helikopter gewährt. Die Kosten für öffentliche Verkehrsmittel (Bahn, Bus) sind ebenfalls gedeckt, sofern der Transport für eine ambulante Behandlung notwendig ist und dadurch ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann. |
| Komplementärmedizin | 30% | 60% | 90% | <ul style="list-style-type: none"> - Kostenübernahme der Therapien gemäss nachfolgender Liste (Liste der Therapien in Punkt 6.2), die von einem diplomierten Arzt oder einem vom Versicherer anerkannten Naturheilpraktiker erbracht werden - Vor jeder Behandlung ist der Versicherte verpflichtet, sich zu erkundigen, ob der Therapeut, von dem sich der Versicherte behandeln lassen wird, für die vorgesehene Therapie vom Versicherer anerkannt ist. |
| Brillen und Kontaktlinsen | Fr. 150.– alle 3 Jahre | Fr. 200.– alle 3 Jahre | Fr. 200.– alle 3 Jahre | <ul style="list-style-type: none"> - Kaufpreis der Brillenfassung, Gläser oder Kontaktlinsen |

| | Stufe 1 | Stufe 2 | Stufe 3 | Beschreibung |
|---|--|--|--|--|
| Zahnärztliche Behandlungen | keine Leistung | Bis 18 Jahre: 50%, max. Fr. 2'000.– pro Kalenderjahr Ab 19 Jahren: 50%, max. Fr. 500.– pro Kalenderjahr | Bis 18 Jahre: 50%, max. Fr. 2'000.– pro Kalenderjahr Ab 19 Jahren: 50%, max. Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr | <ol style="list-style-type: none"> Folgende Leistungen werden je nach gewählter Stufe übernommen: <ul style="list-style-type: none"> – zahnärztliche Behandlungen, die von einem diplomierten Zahnarzt erbracht werden – jährliche prophylaktische Zahnkontrolle – Kieferorthopädie – Laborkosten Sofortiger Leistungsanspruch für zahnärztliche Behandlungen infolge eines Unfalls, der sich nach dem Inkrafttreten der Versicherung ereignet Die Leistungen für zahnärztliche Prothetik (Zahnersatz, Einsetzen von Zahnkronen, Stiftzähnen, Brücken, Teil- oder Vollprothesen u. a.) werden bei einem Unfall nach Inkrafttreten der Versicherung sofort gewährt. In allen anderen Fällen werden diese Leistungen frühestens nach einer Karenzzeit von 12 Monaten übernommen. Die Leistungen für zahnärztliche Behandlungen werden nach einer Karenzzeit von 3 Monaten gewährt, unter Vorbehalt der oben genannten Punkte 2 und 3. Der offizielle UVG-Tarif (Nomenklatur und Taxpunktwert) ist massgebend für die Berechnung der übernommenen Leistungen; der mögliche Aufschlag darf 50% nicht überschreiten. Behandlungen im Ausland werden übernommen, wenn die Ausbildung des medizinischen Personals der Schweizerischen Ausbildung entspricht und die Kosten nicht höher sind als für die gleiche Behandlung in der Schweiz. |
| Badekuren | keine Leistung | 50%, max. 30 Tage pro Kalenderjahr | 90%, max. 30 Tage pro Kalenderjahr | <ul style="list-style-type: none"> – Behandlungs- und Unterkunftskosten bei einer Badekur in anerkannten Kureinrichtungen gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) – Die Leistungen werden gewährt, wenn sie von einem gemäss KVG anerkannten Arzt verordnet werden. Ein Bewilligungsgesuch und die ärztliche Kurverordnung müssen spätestens 20 Tage vor Kurantritt beim Versicherer eingereicht werden. Andernfalls besteht kein Anspruch auf Leistungen. |
| Erholungskuren | keine Leistung | 50%, max. 30 Tage pro Kalenderjahr | 90%, max. 30 Tage pro Kalenderjahr | <ul style="list-style-type: none"> – Kosten für die Behandlung und Unterkunft bei Erholungskuren in der Schweiz, wenn die Kur in einer vom Versicherer anerkannten Kureinrichtung und nach einem Spitalaufenthalt verordnet wurde – Ein Bewilligungsgesuch und die ärztliche Kurverordnung müssen spätestens 20 Tage vor Kurantritt beim Versicherer eingereicht werden. Andernfalls besteht kein Anspruch auf Leistungen. |
| Haushaltshilfe | 50%, max. Fr. 1'500.– pro Kalenderjahr | 50%, max. Fr. 1'500.– pro Kalenderjahr | 90%, max. Fr. 2'500.– pro Kalenderjahr | <ul style="list-style-type: none"> – Kosten für die medizinisch notwendige Anstellung einer Familienhilfe, die einer amtlichen Stelle angehört und in Vertretung des Versicherten die täglichen Hausarbeiten erledigt. Alle anderen Kosten sind davon ausgenommen (Grundreinigung u. a.). – Es wird keine Leistung erbracht, wenn der Versicherte von der Invalidenversicherung (IV) als invalid anerkannt wird, über eine Hilflosenentschädigung verfügt oder sich in einem Spital, in einer Kur- oder Erholungseinrichtung aufhält. |
| Entziehungskuren bei Alkoholabhängigkeit | Fr. 50.– pro Tag, max. 30 Tage pro Kalenderjahr | Fr. 100.– pro Tag, max. 30 Tage pro Kalenderjahr | Fr. 100.– pro Tag, max. 30 Tage pro Kalenderjahr | <ul style="list-style-type: none"> – Beitrag zu den Behandlungs- und Unterkunftskosten bei Kuren mit stationärem Aufenthalt in einer spezialisierten Einrichtung für Entziehungskuren Alkoholabhängiger – Es werden nur Therapien, die in einer von der «Schweizerischen Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich» anerkannten Einrichtung erbracht werden, übernommen. Eine Liste dieser Einrichtungen ist beim Versicherer verfügbar. |
| Impfungen | 90% | 90% | 90% | <ul style="list-style-type: none"> – Übernahme der Kosten für Impfungen, die in der Schweiz medizinisch vorgeschrieben sind (nicht in der Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV enthalten), sowie für diejenigen, die vom Bundesamt für Gesundheit vor einer Auslandsreise empfohlen werden |
| Check-up | 90%, max. ein Check-up alle 3 Jahre | 90%, max. ein Check-up alle 3 Jahre | 90%, max. ein Check-up alle 3 Jahre | <ul style="list-style-type: none"> – Es werden nur Check-ups übernommen, die von einem gemäss KVG anerkannten Arzt erbracht werden. Der Check-up beinhaltet: <ul style="list-style-type: none"> – für Personen bis 40 Jahre eine Konsultation (verlängerte Untersuchung), Glukose- und Cholesterin-Analyse – für Personen über 40 Jahre eine Konsultation (verlängerte Untersuchung), Elektrokardiogramm im Ruhezustand, hämatologische und chemische Analysen, Glukose- und Cholesterin-Analysen |
| Zweitmeinung | 90% | 90% | 90% | <ul style="list-style-type: none"> – Kostenübernahme für ein zweites ärztliches Gutachten vor einer Spitaleinweisung. Die Bezeichnung «Zweitmeinung» muss auf der Honorarrechnung vermerkt sein. |
| Gesundheitsförderung | 50%, max. Fr. 200.– pro Kalenderjahr | 50%, max. Fr. 200.– pro Kalenderjahr | 50%, max. Fr. 200.– pro Kalenderjahr | <ul style="list-style-type: none"> – Übernahme der Kosten für eine Kur in einer vom Versicherer anerkannten Einrichtung oder bei einem anerkannten Leistungserbringer in den Bereichen Rückenschule, Fitness und Leistungen für Tabakentwöhnung – Sollten in einem gleichen Kalenderjahr mehrere gesundheitsfördernde Massnahmen durchgeführt werden, beträgt die maximale Leistung Fr. 200.–. |

2. Liste der komplementärmedizinischen Therapien

| Naturheilverfahren | Manuelle Therapien | Andere |
|--------------------|--|--|
| Akupunktur | Akupressur | Auto Phoni Psychologie |
| Aromatherapie | Alexander | Biodynamik |
| Atmung | Anthroposophische Medizin | Eurythmie |
| Aurikulotherapie | Ätiopathie | Gestalt |
| Bioresonanz | Autogenes Training | Neurostrukturelle Integrati- onstechnik |
| Biotherapie | Cardio Form | Rebirthing |
| Chromotherapie | Fasciatherapie | Relaxation |
| Darmspülung | Fusspflege (funktionale Pflege) | Sophrologie |
| Elektroakupunktur | Haltungstherapie | Tomatis-Methode |
| Ernährungsberatung | Inochi Therapie | |
| Eutonie | Kinesiologie | |
| Geobiologie | Lymphdrainage | |
| Heilkräuter | Massagen | |
| Homöopathie | Mesotherapie | |
| Iridologie | Metamorphose | |
| Kneipp-Therapie | Orthobionomie | |
| Labortest | Osteopathie | |
| Lasertherapie | Polarity | |
| Magnetismus | Reflexologie | |
| Magnetotherapie | Reiki | |
| Maltherapie | Rolfing | |
| Moratherapie | Shiatsu | |
| Naturheilverfahren | Touch for Health | |
| Phytotherapie | Trager | |
| Sauerstofftherapie | Vitalpraktik | |
| Schröpfen | Wiederherstellung des energie- tischen Gleichgewichts | |
| Sympathikotherapie | | |

3. Im Ausland

1. Die nachstehenden Leistungen werden weltweit (ausgenommen Schweiz und Fürstentum Liechtenstein) bei Notfallbehandlungen, die nicht durch schweizerische oder ausländische Sozialversicherungen oder andere Privatversicherungen gedeckt sind, übernommen.
2. Die versicherten Leistungen entsprechen den in der Schweiz bei ähnlichen Gesundheitsproblemen vergüteten Leistungen.
3. Für freiwillige Behandlungen im Ausland muss der Versicherte dem Versicherer eine schriftliche Anfrage vorlegen. Die Kosten werden nur mit vorherigem Einverständnis des Versicherers erstattet.
4. Die nachfolgenden Leistungen werden nur übernommen, wenn sie von Personen oder Institutionen mit der von ausländischen sozialen Einrichtungen verlangten Ausbildung, Anerkennung und Erlaubnis durchgeführt werden.
5. Spitalaufenthalte und andere kostspielige Behandlungen, für die der Leistungserbringer eine Kostengutsprache verlangt, müssen der Groupe Mutuel Assistance mit dem Formular «Gesuch um Kostengutsprache» vorher gemeldet werden. Andernfalls kann der Versicherer die Versicherungsleistungen um den Betrag kürzen, der bezahlt worden wäre, wenn die Meldung im Voraus erfolgt wäre. Der Versicherer verzichtet darauf, seine Leistungen zu kürzen, wenn sich aus den Umständen ergibt, dass die Verletzung der Meldepflicht unverschuldet ist.

6. Zahlung der Leistungen

- Wenn mehrere Familienmitglieder gleichzeitig krank werden oder verunfallen, muss vom Arzt, Spital, Apotheker u. a. für jeden Versicherten eine separate Rechnung verlangt werden.
 - Damit die Kosten rückvergütet werden, muss der Versicherte sämtliche nötigen Belege abgeben (detaillierte Originalrechnungen, Arztzeugnisse, Verordnungen, Zahlungsbestätigungen u. a.).
 - Als Wechselkurs für ausländische Rechnungen gilt der offizielle Währungskurs des Schweizer Franken am letzten Tag der Behandlung.
 - Der Versicherer berücksichtigt die im Behandlungsland oder in der Region geltenden üblichen Tarife. Er behält sich das Recht vor, überteuerte Rechnungen herabzusetzen.
7. In Abweichung von Artikel 6.3.3 sind freiwillige Behandlungen im Ausland folgender Personen von der vorgängigen Meldepflicht an den Versicherer ausgenommen:
 - Personen, die im Ausland wohnen und weiterhin der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG unterstehen, oder
 - Personen, die die Fortdauer ihres Versicherungsschutzes gemäss Artikel 7a KVV über den Abschluss einer freiwilligen Krankenpflegeversicherung nach VVG gewählt haben.

| | Stufe 1 | Stufe 2 | Stufe 3 | Beschreibung |
|----------------------------------|--|---------|---------|---|
| Ambulante Behandlungen | Der versicherte Höchstbetrag beläuft sich auf maximal Fr. 100'000.– pro Kalenderjahr | | | Untersuchung, Analysen, Radiographien und anerkannte Medikamente |
| Spitallaufenthalt | | | | Spitallaufenthalte für anerkannte Behandlungen |
| Transportkosten | | | | Aufgrund der Behandlung nötige Transporte zur nächstgelegenen Spzialeinrichtung |
| Repatriierung, Suche und Rettung | | | | Es werden ausschliesslich folgende Kosten übernommen: – Transportkosten bei Repatriierung, einschliesslich Rückführung einer verstorbenen Person, mit vorherigem Einverständnis des Versicherers – Such- und Rettungskosten eines kranken Versicherten oder eines Versicherten, dessen körperliche Integrität bedroht ist |
| Besuch eines Familienmitglieds | | | | Bei einem Spitalaufenthalt des Versicherten von über 7 Tagen werden für den Besuch eines Familienmitglieds folgende Kosten übernommen: – nachgewiesene Kosten für die Hin- und Rückreise in der Economy-Klasse sowie die Kosten der öffentlichen Transportmittel bis zum betreffenden Spital, in dem der Versicherte hospitalisiert ist – nachgewiesene Kosten für Unterkunft und Verpflegung bis max. Fr. 250.– pro Tag, bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 2'000.– |

4. Groupe Mutuel Assistance

Die in den Allgemeinen Bedingungen der Groupe Mutuel Assistance vorgesehenen Leistungen (Repatriierung und Transport bei einem Schadenfall ausserhalb eines Umkreises von 20 Kilometern ab Wohnort des Versicherten in der Schweiz und im Ausland)

5. Option «Upgrade notfallmässiger Spitalaufenthalt im Ausland»

Versicherte mit Global smart Stufe 3 können diese Option gegen einen Prämienzuschlag abschliessen. Die Option deckt die Behandlungs- und Spitalaufenthaltskosten bei Spitalaufenthalt im Ausland bis zu Fr. 3'000.– pro Tag während maximal 60 Tagen pro Kalenderjahr. Diese Leistungen werden in Ergänzung zu den in Punkt 6.3 erwähnten Leistungen ausgerichtet.

Art. 7 Leistungsanspruch

Die Leistungen werden nach den Behandlungsdaten angerechnet. Die nach Anspruchsende anfallenden Kosten (bei zeitlich oder betragsmässig begrenzten Leistungen) können nicht auf das Folgejahr übertragen werden.

Die in der Schweiz und die im Ausland versicherten Leistungen sind nicht kumulierbar.

Im Umfang der in den vorliegenden Versicherungsbedingungen vorgesehenen Beiträge vergütet der Versicherer die von der OKP nicht gedeckten Kosten, wenn die Leistungen von einem Arzt mit von der Schweizer Gesetzgebung anerkanntem Diplom oder von einer ordnungsgemäss zugelassenen und vom Versicherer anerkannten Person erbracht werden. Die durch die vorliegenden Bedingungen geregelte Versicherung darf in keinem Fall zur Deckung der gesetzlich vorgegebenen Selbstbehalte und Franchisen in der OKP und in den Zusatzversicherungen dienen.

Die Versicherung deckt jedoch ausländische gesetzliche Kostenbeteiligungen für eine Behandlung ausserhalb der Schweiz oder Liechtensteins, unter Anwendung des Personenfreizügigkeitsabkommens EU/EFTA oder anderen internationalen Sozialversicherungsabkommen.

1. Umfang und Dauer der Leistungen bei Spitalaufenthalt

Die Spitalleistungen werden nur in der akuten Phase der Erkrankung erbracht. Der Leistungsanspruch erlischt, sobald die kranke Person nicht mehr als Akutpatient betrachtet wird, insbesondere bei der Behandlung von stabilisierten oder chronischen Leiden oder wenn der Spitalaufenthalt nicht zur Verbesserung des Gesundheitszustands des Versicherten beiträgt.

2. Versicherungsschutz bei Mutterschaft

- Die Leistungen für stationäre Behandlungen bei Schwangerschaft und Niederkunft werden erst 12 Monate nach Inkrafttreten der Versicherung ausgerichtet.
- Wenn die Versicherte zum Zeitpunkt des Beitritts nachweist, dass sie in den letzten 12 Monaten vor Inkrafttreten des Versicherungsvertrags bei der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG oder einem anderen Versicherer mit dem gleichen Spitalversicherungsschutz (allgemeine, halbprivate oder private Abteilung) und inklusive Mutterschaftsrisiko gedeckt war, wird die Karenzfrist von 12 Monaten für Mutterschaftsleistungen gemäss Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a dieser Besonderen Bedingungen nicht angewendet.
- Bei einem Schwangerschaftsabbruch nach KVG und für jede weitere Mutterschaftsleistung gilt die Karenzzeit gemäss Absatz a.
- Wenn sich eine Versicherte in der Spitalabteilung aufhält, die ihrem Versicherungsschutz entspricht, übernimmt der Versicherer ebenfalls die Aufenthaltskosten für das Neugeborene während des Spitalaufenthalts der Mutter, wenn das Kind innert 30 Tagen nach seiner Geburt beim gleichen Versicherer für eine Krankenpflegeversicherung versichert wird. Die persönlichen Kosten sind nicht gedeckt. Absatz a. dieses Punkts bleibt vorbehalten.

3. Organtransplantation

Bei Organtransplantationen, für die der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) in Solothurn Fallpauschalen vereinbart hat, übernimmt die Versicherung Global smart keine Leistungen. Die entsprechenden Kosten werden von der OKP übernommen. Diese Regel gilt auch für Spitäler, für die keine Fallpauschale vereinbart worden ist.

4. Option «Upgrade notfallmässiger Spitalaufenthalt im Ausland»

Die in Artikel 6.5 dieser Besonderen Bedingungen aufgeführten Leistungen (Option «Upgrade notfallmässiger Spitalaufenthalt im Ausland») sind gedeckt, sofern dies explizit in der Versicherungspolice erwähnt ist.

Art. 8 Prämien

Erreicht ein Versicherter im Jahresverlauf das Höchstalter seiner Altersklasse, wird er zu Beginn des folgenden Kalenderjahres automatisch in die nächsthöhere Altersklasse umgeteilt. Es gelten folgende Altersklassen:

- 0 bis 18 Jahre
- 19 bis 25 Jahre
- ab dem 26. bis zum 71. Altersjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren

Die Prämien unterliegen den oben erwähnten Altersklassen.

Art. 9 Franchisen

1. Die Versicherten haben folgende Wahlmöglichkeiten:
 - ohne Jahresfranchise
 - Jahresfranchise Fr. 500.–
2. Versicherte mit Stufe 3 können ausserdem eine Jahresfranchise von Fr. 1'000.– wählen.
3. Auf die Leistungen der Groupe Mutuel Assistance wird keine Franchise erhoben.

Art. 10 Austritt aus dem Kreis der Versicherten einer Rahmenvereinbarung und Auflösung der Rahmenvereinbarung

1. Bei Austritt aus dem Kreis der Versicherten einer Rahmenvereinbarung werden die Prämien auf Basis der geltenden Einzeltarife angepasst.
2. Dieselbe Regel gilt für die Familienmitglieder eines verstorbenen Mitarbeitenden, die über eine Rahmenvereinbarung versichert sind.
3. Die vor Austritt aus dem Kreis der Versicherten einer Rahmenvereinbarung vorhandenen Vorbehalte werden übernommen.
4. Für die Berechnung der Karenzfristen gilt das Datum des Inkrafttretens des vor Austritt aus dem Kreis der Versicherten einer Rahmenvereinbarung abgeschlossenen Vertrags.
5. Die vor Austritt aus dem Kreis der Versicherten einer Rahmenvereinbarung in Anspruch genommenen Leistungen werden bei der Berechnung der Leistungshöchstbeträge berücksichtigt.
6. Bei einer Auflösung der Rahmenvereinbarung zwischen dem versicherten Unternehmen und dem Versicherer gelten die gleichen Bestimmungen.
7. Der Versicherte oder der Versicherungsnehmer muss den Versicherer innerhalb von 30 Tagen schriftlich über seinen Austritt aus dem Kreis der Versicherten einer Rahmenvereinbarung informieren. Bei Verletzung dieser Meldepflicht muss der Versicherungsnehmer dem Versicherer die eventuelle Differenz zu den in Ziffer 1 vorgesehenen Prämienanpassungen zurückerzahlen.
8. Bei Auflösung einer Rahmenvereinbarung, in der das versicherte Unternehmen die ganze oder einen Teil der Prämie bezahlt, werden die Prämien für den Versicherungszeitraum nach Ende der Rahmenvereinbarung direkt dem Versicherungsnehmer, der Prämienschuldner wird, verrechnet.
9. Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt seiner neuen Police kündigen.

Anhang A

Höchstbeträge, die für Spitalleistungen erstattet werden, die von Einrichtungen oder Ärzten erbracht werden, die nicht vom Versicherer anerkannt sind (Artikel 6 Absatz 1 der vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen, Rubrik Spitalaufenthalt in der Schweiz).

| | Betrag pro Spitalübernachtung | | | |
|---|---|---|---|---------------------------------------|
| | Akutpflege | | Rehabilitationspflege und psychiatrische Pflege | |
| | Halbprivat | Privat | Halbprivat | Privat |
| Nicht anerkannter Arzt: Rückerstattung der Arztkosten | Fr. 500.– | Fr. 500.– | Fr. 0.– | Fr. 0.– |
| Nicht anerkanntes Spital: Rückerstattung der Spitalkosten | Fr. 300.– | Fr. 500.– | Fr. 100.– | Fr. 150.– |
| Spital und Arzt nicht anerkannt: Gesamtrückerstattung - Arztkosten - Spitalkosten | Fr. 800.– - Fr. 500.– - Fr. 300.– | Fr. 1'000.– - Fr. 500.– - Fr. 500.– | Fr. 100.– - Fr. 0.– - Fr. 100.– | Fr. 150.– - Fr. 0.– - Fr. 150.– |

Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global confort

GCGA01-A7 – Ausgabe 01.07.2000

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 confort können Personen bis zum vollendeten 55. Altersjahr 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 1. Januar des Jahrs nach Vollendung seines 55. Altersjahrs 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 confort-Versicherung vergleichbare Deckung verfügt und momentan bei diesem anderen Versicherer nicht kündigen kann, hat sie die Möglichkeit, der Global confort-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 confort

Folgende Leistungen werden in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht:

1. Spitalaufenthalt

1. Versicherungsklasse

a. Allgemeine Abteilung

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

b. Klasse confort in der allgemeinen Abteilung

gemäss gewählter Variante, Zusatz für Unterkunftskosten und Verpflegungskosten für Zwei- oder Einbettzimmer in einem durch den Versicherer anerkannten Spital

ärztliche Behandlung auf der allgemeinen Abteilung ohne freie Arztwahl

Die Verfügbarkeit in den Spitälern bleibt vorbehalten.

2. Leistungen

a. Allgemeines

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

b. Spitalaufenthalt im Ausland

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

Ohne vorgängige Bewilligung des Versicherers 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 Unterkunftskosten

und Verpflegungskosten und die Arzthonorare gemäss Vertrag oder kantonaler Tarifordnung oder gemäss einem anderen mit dem Versicherer abgeschlossenen Vertrag.

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

- c. Die Wahl des Spitals in der Klasse confort beschränkt sich auf die vom Versicherer anerkannten Einrichtungen.

- d. 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.

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

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

- g. Nach einem Spitalaufenthalt von 90 Tagen im Verlauf eines Kalenderjahrs werden die Versicherungsleistungen nicht mehr erbracht. Die Dauer der im Ausland oder in einer psychiatrischen Heilanstalt erbrachten Leistungen (60 Tage) werden auf die vorerwähnten 90 Tage angerechnet.

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 will, zu den vom Versicherer anerkannten Heilanstalten 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, jedoch mit Ausnahme der Medikamente der Liste der pharmazeutischen Präparate zulasten der Versicherten (LPPV)

2. Nicht kassenpflichtige Arzneimittel

den vorgesehenen Kostenanteil an Arzneimitteln, die in keiner amtlichen Liste (SL-ALT) enthalten sind und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden, jedoch mit Ausnahme der Medikamente der 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, be-

stimmte Naturheilpraktiker auszuschliessen. Der Versicherer stellt den Versicherten eine Liste der Praktiker, deren Leistungen vom Versicherer vergütet werden, 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, Aurikulotherapie, Bioresonanz, Biotherapie, Chromotherapie, Colon-Hydro-Therapie, Elektroakupunktur, Ernährungsberatung, Geobiologie, 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 Lymph-drainage, Massagen, Mesotherapie, Metamorphose, Orthobionomie, Osteopathie, Polarity, Reflexologie, Reiki, Rolfing, Shiatsu, Trager, Wiederherstellung des energetischen Gleichgewichts

Psychotherapie

Biodynamik, Rebirthing, Sophrologie, Tomatis-Therapie

- Jeder freiwillige Wechsel der Therapieform oder des Praktikers 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
Beitrag an die Behandlungskosten bei Badekuren sowie ein Kostenbeitrag an Erholungskuren wird in anerkannten Kuranstalten, aber höchstens während 30 Tagen pro Kalenderjahr gewährt. 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 sind 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 in gemeinsamem 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 für die Rückerstattung der Kosten 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 Mammografien
den vorgesehenen Betrag für Ultraschalluntersuchungen und Mammografien, 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 nach offiziellem UVG-Tarif vergütet (Nomenklatur und Taxpunktwert).

19. Krankheitsbedingte Zahnpflege

den vorgesehenen Betrag für die Zahnpflege, die von einem eidgenössisch diplomierten Zahnarzt durchgeführt und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen wird. Die Zahnpflegekosten werden nach offiziellem 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 Rettungsaktionen 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 (Repatriierung 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 vollendete 3. Altersjahr und höchstens das vollendete 55. Altersjahr erreicht hat.

Dem Versicherer ist der Todesschein oder jedes andere als notwendig erachtete Dokument 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 Aktivmitgliederbeitrag 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 das 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 ein Verbleib zuhause ermöglichen, festgelegt.

b. Revitalisierungsaufenthalte

Der Versicherer leistet einen jährlichen Beitrag an Revitalisierungsaufenthalte in Anstalten, die vom Versicherer anerkannt sind und ein ausführliches Programm in diesem Bereich anbieten.

c. Ernährungsberatungen und -kurse

Der Versicherer leistet einen jährlichen Beitrag an Ernährungsberatungen und -kursen, 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 confort-Versicherung.

b. Die 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 der Global temporis entsprechen 30% der im Rahmen der Global confort gewährten Beiträge.

d. Die Leistungen der Global temporis werden im Nachgang zu den Leistungen des anderen Versicherers ausgerichtet.

e. Mit dem Beitritt zur Global temporis akzeptiert der Versicherer gleichzeitig die zukünftige Aufnahme des Versicherten ohne neue Prüfung des Gesundheitszustands in die Global confort-Versicherung auf das auf der Beitrittserklärung festgelegte Datum. Dieser Beitritt hat spätestens innert drei Jahren zu erfolgen.

f. Die Beteiligung des Versicherers an den Franchisen und Selbsthalten anderer Versicherer ist ausgeschlossen.

g. Während der Dauer der Global temporis wird die Prämie gegenüber jener der Global confort gekürzt.

h. Beim Übertritt von der Deckung Global temporis in jene der Global confort 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 der 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 confort berücksichtigt.

Art. 3 Leistungsumfang

Die in Artikel 2 aufgeführten Leistungen werden im Umfang und bis zu den Höchstbeträgen gemäss Tabelle «Leistungsstufen Global confort» 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 der Global temporis erfolgte Dauer zählt nicht als Versicherungsdauer.

3. Die Leistungen werden nach Behandlungsdatum 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 den vorliegenden 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 der Global temporis wird nur die Versicherung ohne Franchise abgeschlossen.

Leistungsstufen Global confort

Art der Leistung

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

Art. 6 «LeClub»-Vorteile

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

1. Rabatte in Hotels

In den Hotels, die in einer vom Versicherer geführten Liste enthalten sind, werden Rabatte gewährt.

2. Rabatte in Drogerien, Apotheken oder anderen Geschäften

In den Drogerien, Apotheken oder anderen Geschäften, die in einer vom Versicherer geführten Liste enthalten sind, 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

| Global 2 | Global 3 | Global 4 |
|--|---|---|
| 90% max. Fr. 800.–/Kalenderjahr | 90%, unbegrenzte Verordnungen | 90%, unbegrenzte Verordnungen |
| 90% max. Fr. 800.–/Kalenderjahr | 90%, unbegrenzte Verordnungen | 90%, unbegrenzte Verordnungen |
| 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 |
| 60% max. Fr. 300.–/Kalenderjahr | 80% max. Fr. 500.–/Kalenderjahr | 80% max. Fr. 750.–/Kalenderjahr |
| Fr. 20.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr | Fr. 25.– pro Tag, max. 30 Tage pro Kalenderjahr | Fr. 25.–/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 |
| keine Leistungen | 50% max. Fr. 500.–/Kalenderjahr | 80% max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr |
| Fr. 600.–/Kalenderjahr | Fr. 800.–/Kalenderjahr | Fr. 1'000.–/Kalenderjahr |
| Fr. 100.–/Fall | Fr. 200.–/Fall | Fr. 200.–/Fall |
| Fr. 500.–/Kalenderjahr | Fr. 600.–/Kalenderjahr | Fr. 700.–/Kalenderjahr |
| 90% max. Fr. 1'500.–/Kalenderjahr | 90% max. Fr. 2'500.–/Kalenderjahr | 90% max. Fr. 3'000.–/Kalenderjahr |
| Fr. 100.– alle drei Jahre | Fr. 150.– alle drei Jahre | Fr. 200.– alle drei Jahre |
| 90% max. Fr. 300.–/Kalenderjahr | 90% max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr | 90% max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr |
| Fr. 150.–/Schwangerschaft | Fr. 150.–/Schwangerschaft | Fr. 150.–/Schwangerschaft |
| Fr. 100.–/Kind | Fr. 100.–/Kind | Fr. 100./Kind |
| 90%, unbeschränkte Anzahl Untersuchungen | 90%, unbeschränkte Anzahl Untersuchungen | 90%, unbeschränkte Anzahl Untersuchungen |
| 90% max. Fr. 150.–/Kalenderjahr | 90% max. Fr. 200.–/Kalenderjahr | 90% max. Fr. 250.–/Kalenderjahr |
| Fr. 50.–/Kalenderjahr | Fr. 50.–/Kalenderjahr | Fr. 50.–/Kalenderjahr |
| 80% max. Fr. 300.– | 80% max. Fr. 400.– | 80% max. Fr. 500.– |
| 80% max. Fr. 4'000.–/Fall | 80% max. Fr. 6'000.–/Fall | 80% max. Fr. 8'000.–/Fall |
| 80% max. Fr. 100.– alle 3 Jahre | 80% max. Fr. 150.– alle 3 Jahre | 80% max. Fr. 200.– alle 3 Jahre |
| 80% max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr | 80% max. Fr. 2'500.–/Kalenderjahr | 80% max. Fr. 5'000.–/Kalenderjahr |
| 70% max. Fr. 600.–/Kalenderjahr | 80% max. Fr. 700.–/Kalenderjahr | 80% max. Fr. 800.–/Kalenderjahr |
| allgemeine Abteilung ganze Schweiz | allgemeine Abteilung ganze Schweiz | allgemeine Abteilung ganze Schweiz |
| Fr. 500.–/Tag | Fr. 500.–/Tag | Fr. 500.–/Tag |
| 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 |
| Unterstützung, Betreuung und Repatriierung bei medizinischen Notfällen auf Reisen und im Ausland | | |
| Fr. 250.–/Kalenderjahr | Fr. 300.–/Kalenderjahr | Fr. 300.–/Kalenderjahr |
| Fr. 30.–/Kalenderjahr | Fr. 30.–/Kalenderjahr | Fr. 30.–/Kalenderjahr |
| 90% max. Fr. 2'500.–/Kalenderjahr | 90% max. Fr. 3'000.–/Kalenderjahr | 90% max. Fr. 3'000.–/Kalenderjahr |
| Fr. 300.–/Kalenderjahr | Fr. 300.–/Kalenderjahr | Fr. 300.–/Kalenderjahr |
| 50% max. Fr. 200.–/Kalenderjahr | 50% max. Fr. 250.–/Kalenderjahr | 50% max. Fr. 250.–/Kalenderjahr |

Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global flex

GXGA01-A7 – Ausgabe 01.04.2005

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

Art. 1 Zweck der Versicherung

Die Versicherung Global flex kombiniert das Basismodul «Hospiflex», durch das der Versicherte bei einem Spitaleintritt zwischen der allgemeinen, halbprivaten oder privaten Abteilung wählen kann, mit dem nicht obligatorischen Modul «Careflex», das zusätzliche Leistungen deckt.

Alle Leistungen das zusätzlich zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG (nachstehend OKP) gewährt.

Art. 2 Aufnahmebedingung

Der Zusatzpflegeversicherung Global flex können alle Personen bis zum Tag ihres 55. Geburtstags beitreten.

Art. 3 Gedeckte Risiken

Die Leistungen des Produkts Global flex werden bei Krankheit und Unfall gewährt (Mutterschaft ausgeschlossen).

Art. 4 Basismodul «Hospiflex»

1. Wahl der Abteilung und Kostenbeteiligung

Bei einem stationären Aufenthalt (über 24 Stunden) bei

- einem Spitalaufenthalt,
- einem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik oder
- in einer Klinik für Rehabilitation

hat der Versicherte Anspruch auf die freie Wahl der Abteilung mit den folgenden Kostenbeteiligungen:

| Gewählte Abteilung | Kostenbeteiligung des Versicherten |
|-----------------------|--|
| Allgemeine Abteilung | Fr. 0.– |
| Halbprivate Abteilung | Fr. 400.– pro Tag, max. Fr. 4'000.– pro Kalenderjahr |
| Private Abteilung | Fr. 600.– pro Tag, max. Fr. 5'000.– pro Kalenderjahr |

Bei der Berechnung der Anzahl Tage des Spitalaufenthalts, die der Kostenbeteiligung unterstehen, werden der Tag des Eintritts und des Austritts als ganze Tage gezählt, wenn sie von der Spitaleinrichtung verrechnet werden.

Wenn während eines Kalenderjahrs bei Spitalaufenthalten die Abteilungen halbprivat und privat vom Versicherten gewählt werden, wird der jährliche Höchstbetrag der Kostenbeteiligung der privaten Abteilung angerechnet.

2. Spitaleinrichtungen

Um in den Genuss der Leistungen von Global flex zu kommen, müssen die Spitaleinrichtungen im Sinn des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung KVG anerkannt sein (Spitäler mit kantonalen Leistungsaufträgen), oder einen Tarifvertrag mit der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG für die entsprechenden Abteilungen abgeschlossen haben.

3. Umfang und Dauer der Leistungen bei Spitalaufenthalt

Die Leistungen werden unter Vorbehalt der folgenden Bestimmungen gewährt:

- Der Versicherer übernimmt die vom KVG anerkannten Behandlungskosten, die Spitalaufenthaltskosten und die Arzthonorare gemäss dem Abkommen mit dem Versicherer oder der kantonalen Tarifrichtlinien.
- Die Spitalleistungen werden ausgerichtet, solange der Patient als Akutpatient gilt.

Sobald keine Akutspitalbedürftigkeit mehr besteht, insbesondere bei der Behandlung von chronischen Leiden, oder wenn durch den Spitalaufenthalt der Gesundheitszustand des Versicherten nicht verbessert werden kann, erlischt der Anspruch auf Leistungen.

4. Bei Aufenthalten für psychiatrische Behandlungen

Der Leistungsanspruch ist auf 90 Tage pro Kalenderjahr beschränkt.

5. Bei Aufenthalten für Rehabilitation

Der Leistungsanspruch ist auf 90 Tage pro Kalenderjahr beschränkt.

6. Spitalaufenthalt im Ausland

a. Bei einem Notfall oder bei medizinischer Notwendigkeit:

Wenn der Versicherte im Ausland krank wird oder einen Unfall erleidet und ins Spital eingewiesen wird, gewährt ihm der Versicherer während maximal 60 Tagen pro Kalenderjahr eine maximale Leistung von Fr. 500.– pro Tag. Die Kostenbeteiligungen des Versicherten gemäss Artikel 4.1 sind nicht anwendbar.

b. Freiwillige Behandlungen im Ausland:

Die Kostenübernahme erfolgt nur mit der vorherigen Einwilligung des Versicherers.

7. Organtransplantationen

Im Rahmen der vorliegenden Versicherung besteht bei Organtransplantationen, für die der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer in Solothurn (SVK) eine Fallpreispauschale abgeschlossen hat, keine Versicherungsdeckung (diese Kosten werden von der OKP gedeckt). Diese Regel gilt auch für Kliniken, mit denen keine Fallpreispauschale vereinbart wurde.

8. Rechte und Pflichten des Versicherten bei Spitalaufenthalt

- Der Versicherte ist verpflichtet, sich zu erkundigen, ob die Institution, die Abteilung der Institution oder die Klinik, in der er sich behandeln lassen wird, vom Versicherer anerkannt ist.
- Die Wahl der Abteilung (allgemein, halbprivat oder privat) muss vor dem Spitalertritt angegeben werden.
- Im Notfall, wenn der Versicherte nicht in der Lage ist, bei seinem Spitalertritt die Abteilung zu wählen, übernimmt der Versicherer die Leistungen in der allgemeinen Abteilung.

Art. 5 Optionsmodul «Careflex»

Zusätzlich zum im Artikel 4 der vorliegenden Bedingungen erwähnten Basismodul «Hospiflex» kann der Versicherte mit einer Zusatzprämie den Umfang seiner Versicherungsdeckung folgendermassen erweitern:

1. Leistungen, die der Jahresfranchise von Fr. 150.– unterliegen

| | Kostenübernahme | Beschreibung |
|--|--|--|
| Komplementärmedizin | 90% unbegrenzt | <ul style="list-style-type: none"> – Kostenübernahme der Therapien gemäss der nachfolgenden Liste* – Der Versicherer behält sich das Recht vor, gewisse Naturheilpraktiker auszuschliessen. – Vor jeder Behandlung muss sich der Versicherte erkundigen, ob der Therapeut, bei dem er sich behandeln lassen will, vom Versicherer anerkannt wird. |
| Limitierte kassenpflichtige und nicht kassenpflichtige Medikamente | 90% unbegrenzt | <ul style="list-style-type: none"> – Medikamente, die nicht von der OKP übernommen werden – ausgenommen: Liste pharmazeutischer Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV) – www.lppv.ch |
| Unterbringungs- und Begleitkosten | 90% unbegrenzt | <ul style="list-style-type: none"> – auf vorgängiges Gesuch an den Versicherer den Kostenanteil 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 muss bei einer offiziellen Institution erfolgen. – Bei einem Spitalaufenthalt des Versicherten übernimmt der Versicherer die Kosten der Belegung eines Spitalbetts durch einen Familienangehörigen, sofern diese Massnahme medizinisch begründet ist. |
| Hilfsmittel | 90% unbegrenzt | <ul style="list-style-type: none"> – Miete und Kauf von ärztlich verordneten orthopädischen Geräten und Hilfsmitteln (Zahnprothesen ausgenommen), die für die alltäglichen Verrichtungen nötig sind, gemäss Mittel- und Gegenständeliste des Versicherers |
| Transportkosten | 90% unbegrenzt | <ul style="list-style-type: none"> – bis zur nächstgelegenen Heilanstalt oder zum nächsten Arzt, sofern der Transport medizinisch notwendig ist – übernommene Transportkosten: Ambulanz, Helikopter oder Rettungsaktion – Die Kosten öffentlicher Verkehrsmittel (Bahn, Bus) sind ebenfalls gedeckt, sofern der Transport aufgrund einer ambulanten Behandlung notwendig ist und dadurch ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann. |
| Freie Arztwahl in der Schweiz | 90% unbegrenzt | <ul style="list-style-type: none"> – freie Wahl des Behandlungsorts in der Schweiz bei einer ambulanten Behandlung gemäss KVG – Kostenübernahme der Differenz zwischen dem am Wohn- oder Arbeitsort des Versicherten anwendbaren Tarif und dem am Sitz des Leistungserbringers gültigen Tarif |
| Badekuren in der Schweiz | 90% unbegrenzt (max. 30 Tage pro Jahr) | <ul style="list-style-type: none"> – Kosten für die Behandlung und die Pension im Fall einer Badekur in den vom Versicherer anerkannten Institutionen, gemäss der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) – Die Leistungen werden gewährt, wenn sie von einem Arzt verordnet werden. – Ein Gesuch um Zustimmung und die ärztliche Kurverordnung muss dem Versicherer spätestens 20 Tage vor Kurantritt eingereicht werden. |
| Rekonvaleszenzkuren in der Schweiz | 90% unbegrenzt (max. 30 Tage pro Jahr) | <ul style="list-style-type: none"> – Kosten für die Behandlung und Pension im Fall von Rekonvaleszenzkuren in der Schweiz in vom Versicherer anerkannten Kuranstalten, wenn die Kur nach einem Spitalaufenthalt verordnet wurde – Ein Gesuch um Zustimmung und die ärztliche Kurverordnung müssen beim Versicherer spätestens 20 Tage vor Kurantritt eingereicht werden. |
| Haushaltshilfe | 90% (max. Fr. 2'500.– pro Jahr) | <ul style="list-style-type: none"> – Kosten für die medizinisch notwendige Anstellung einer Familienhilfe, die einer offiziellen Organisation angehört und in Vertretung des Versicherten die täglichen Haushaltsarbeiten erledigt. Alle anderen Kosten sind davon ausgenommen (Grossreinemachen, usw.). – Die Leistungen werden nach einem Spitalaufenthalt und auf vorgängiges Gesuch des Versicherten gewährt. – Es wird keine Leistung gewährt, wenn der Versicherte von der Invalidenversicherung (IV) als invalid anerkannt wird, wenn der Versicherte über eine Invalidenrente verfügt oder sich in einem Spital, in einer Kur- oder Erholungsanstalt aufhält. |
| Brillen und Kontaktlinsen | Fr. 150.– alle drei Jahre | <ul style="list-style-type: none"> – Kaufpreis in der Schweiz oder im Ausland |
| Mahlzeitenlieferung nach einem Spitalaufenthalt | Fr. 20.– pro Tag (30 Tage pro Jahr) | <ul style="list-style-type: none"> – Kosten für die von einer vom Versicherer anerkannten Institution und auf ärztliche Verordnung nach Hause gelieferten Mahlzeiten nach einem Spitalaufenthalt |
| Medikamentenversand nach Hause | Versandkosten | <ul style="list-style-type: none"> – verordnete Medikamente, die über einen vom Versicherer anerkannten Partner bezogen werden |

2. Leistungen, die der Franchise nicht unterliegen

| | Kostenübernahme | Beschreibung |
|-----------------------------|--|---|
| Zweitmeinung | 90% unbegrenzt | –Kosten für ein zweites ärztliches Gutachten vor einem Spitaleintritt . Die Bezeichnung «Zweitmeinung» muss auf der Honorarrechnung ersichtlich sein. |
| Mammografien | 90% unbegrenzt | |
| Impfungen | 90% unbegrenzt | –Impfungen, die in der Schweiz notwendig sind und diejenigen Impfungen, die vom Bundesamt für Gesundheit bei einer Reise ins Ausland empfohlen werden |
| Präventivtests (HIV, Elisa) | 90% unbegrenzt | –durchgeführt von anerkannten Leistungserbringern |
| Check-up | 90% unbegrenzt max. ein Check-up alle drei Jahre | – von einem vom Versicherer anerkannten Arzt durchgeführt, jedoch höchstens ein Check-up alle drei Jahre |
| Psychotherapie | zwei Sitzungen pro Jahr, max. Fr. 140.– | – ärztlich verordnete Behandlungen, die von nicht ärztlichen Psychotherapeuten oder unabhängigen Psychologen durchgeführt werden |
| Zahnkontrolle | max. Fr. 75.– pro Jahr | –jährliche Vorsorgeuntersuchung , die von einem diplomierten Zahnarzt durchgeführt wird |
| Ernährungsberatungen | Fr. 50.– pro Sitzung max. drei Beratungen während drei Jahren | –Ernährungsberatungen durchgeführt von vom Versicherer anerkannten Beratern , jedoch höchstens drei Beratungen in einem Zeitraum von drei Jahren |
| Gesundheitsförderung | 50%, max. Fr. 200.– pro Jahr | –Leistungen in den Bereichen Rückenschule und Fitness, sowie Leistungen im Hinblick auf Tabak- und Alkoholentzug in einer anerkannten Institution , oder von einem anerkannten Leistungserbringer –Sollten im gleichen Kalenderjahr mehrere gesundheitsfördernde Massnahmen durchgeführt werden, beträgt die maximale Leistung Fr. 200.–. |
| Groupe Mutuel Assistance | bei Notfällen in der Schweiz und im Ausland | –die in den Versicherungsbedingungen der Groupe Mutuel Assistance vorgesehenen Leistungen (Rücktransport und Transport bei einem Schadenfall ausserhalb eines Umkreises von 20 Kilometern ab Wohnort des Versicherten in der Schweiz und im Ausland) |

*Liste der Therapien der Komplementärmedizin

Naturheilverfahren

Akupunktur, Aromatherapie, Aurikulothérapie, Bioresonanz, Biotherapie, Chromotherapie, Elektroakupunktur, Geobiologie, Heilkräuter, Homöopathie, Iridologie, Darmspülung, Lasertherapie, Magnetismus, Magnetotherapie, Mora-Therapie, Sauerstofftherapie, Phytotherapie, Sympathikotherapie, Schröpfen

Manuelle Therapien

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

Andere

Biodynamik, Rebirthing, Sophrologie, Tomatis-Methode

sicherer anerkannter Person erbracht werden. Die durch die vorliegenden Bedingungen geregelte Versicherung darf in keinem Fall zur Deckung der gesetzlichen Selbstbehalte und Franchisen in der OKP und in den anderen Zusatzversicherungen dienen.

Art. 7 Prämien

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

- 0 bis 18 Jahre
- 19 bis 25 Jahre
- ab dem 26. Altersjahr bis zum 71. Altersjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren

Bei den Prämien werden die obgenannten Altersklassen berücksichtigt.

Art. 6 Leistungsanspruch

1. Die in Artikel 5 der vorliegenden besonderen Bedingungen erwähnten Leistungen (Modul «Careflex») sind gedeckt, wenn dies in der Versicherungspolice ausdrücklich vermerkt ist.
2. Die Leistungen werden nach den Behandlungsdaten angerechnet. Die nach der Ausschöpfung des Leistungsanspruchs anfallenden Kosten (bei zeitlich oder betragsmässig begrenzten Leistungen) können nicht auf das Folgejahr übertragen werden.
3. Im Umfang der in den vorliegenden 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 Ver-

Besondere Bedingungen der Heilungskosten-Zusatzversicherung

SC

SCGA01-A7 – Ausgabe 01.07.2000

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

Art. 1 Aufnahmebedingungen

Alle Personen können der Heilungskosten-Zusatzversicherung ohne Altersbegrenzung beitreten.

Art. 2 Versicherbare jährliche Beträge

Der Versicherer gewährleistet die in den vorliegenden Versicherungsbedingungen vorgesehenen Leistungen bis zu den folgenden jährlichen Beträgen:

- Deckung pro Kalenderjahr: Fr. 8'000.– SC1
- Deckung pro Kalenderjahr: Fr. 10'000.– SC2
- Deckung pro Kalenderjahr: Fr. 15'000.– SC3
- Deckung pro Kalenderjahr: Fr. 20'000.– SC4

Art. 3 Leistungsanspruch

- Der Leistungsanspruch des Versicherten beginnt mit dem Inkrafttreten des Versicherungsvertrags.
- Die Versicherungsleistungen werden ergänzend zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht.
- Die Leistungen werden auf den pro Kalenderjahr versicherten Betrag angerechnet. Die Ansprüche des Versicherten, der sein Kapital ausgeschöpft hat, erneuern sich am 1. Januar des Folgejahrs. Die nach der Erschöpfung des Anspruchs anfallenden Kosten können nicht auf das Folgejahr übertragen werden.
- Treffen die von der Versicherung Vitalis (SP), der Zahnpflegeversicherung (DP) und der Zahnpflegeversicherung (TD) erbrachten Leistungen mit denjenigen der Heilungskosten-Zusatzversicherungen SC und SB zusammen, so werden die Leistungen dieser Versicherung erst nach denjenigen der Zusatzversicherungen SP, DP und TD erbracht.

Art. 4 Überhöhte Honorarforderungen und Rechnungen

Der Versicherer behält sich das Recht vor, offensichtlich überhöhte Honorarforderungen und weitere Rechnungen zu beanstanden und seine Leistungen zu beschränken. Als überhöht gelten Leistungen, die aus einer unwirksamen, unzweckmässigen und unwirtschaftlichen Behandlung hervorgehen.

Art. 5 Pflegeleistungen

- Im Rahmen der vorliegenden Versicherungsbedingungen vergütet der Versicherer jene Kosten, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden, sofern die erbrachten Leistungen durch einen Arzt oder eine ordnungsgemäss zugelassene und vom Versicherer anerkannte Person vorgenommen werden. Die durch die vorliegenden Bestimmungen geregelte Versicherung darf in keinem Fall der Deckung der gesetzlich vorgeschriebenen Selbstbehalte und Franchisen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und den Zusatzversicherungen dienen.
- Der Versicherer erbringt die folgenden Leistungen im

Umfang von Artikel 6 (vgl. Tabelle):

- Limitierte Arzneimittel (SC1, SC2, SC3 und SC4)
Den vorgesehenen Kostenanteil an Arzneimitteln, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden, mit Ausnahme der pharmazeutischen Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV)
- Nicht kassenpflichtige Arzneimittel (SC1, SC2, SC3 und SC4)
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)
- Komplementärmedizin (SC2, SC3 und SC4)
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, gewisse Naturheilpraktiker auszuschliessen. Der Versicherer stellt den Versicherten ein Verzeichnis der Praktiker, deren Leistungen vom Versicherer vergütet werden, zur Verfügung.
Der Versicherte muss sich vor jeder Behandlung informieren, ob der Therapeut, bei dem er sich behandeln lassen wird, zu den anerkannten Praktikern gehört.
Verzeichnis der Therapien der Komplementärmedizin Naturheilverfahren
Akupunktur, Aromatherapie, Aurikulotherapie, Bioresonanz, Biotherapie, Chromotherapie, Colon-Hydrotherapie, Ernährungsberatung, Elektroakupunktur, Geobiologie, Heilkräuter, Homöopathie, Iridologie, Lasertherapie, Magnetismus, Magnettherapie, Moratherapie, 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, Rolting, Shiatsu, Trager, Wiederherstellung des energetischen Gleichgewichts
Psychotherapie
Biodynamik, Rebirthing, Sophrologie, Tomatis-Methode
– Jeder freiwillige Wechsel der Therapieform oder des Therapeuten während der Behandlung bedarf der vorgängigen Bewilligung des Versicherers.
– Die Leistungen im Bereich der Sophrologie werden vergütet, sofern die Behandlungen von einem Arzt, von einem ärztlichen, SSV-diplomierten Sophrologen oder von einem nicht ärztlichen, aber SSV-diplomierten Sophrologen durchgeführt werden.
- Osteopathie (SC1, SC2, SC3 und SC4)
Den vorgesehenen Kostenanteil für Behandlungen, die von einem vom Versicherer anerkannten Therapeuten durchgeführt werden
- Akupunktur, Homöopathie, Elektroakupunktur, Sophrologie (SC1, SC2, SC3 und SC4)

- Den vorgesehenen Kostenanteil für Behandlungen, die von einem vom Versicherer anerkannten Therapeuten durchgeführt und im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden
6. Badekuren in der Schweiz (SC1, SC2, SC3 und SC4)
Einen Beitrag an die Behandlungskosten bei Badekuren sowie einen 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.
 7. Badekuren im Ausland (SC3 und SC4)
Beteiligung an den Kosten von Badekuren im Ausland, die medizinisch notwendig sind und vom Versicherer im Voraus bewilligt worden sind. Das Bewilligungsgesuch mit der ärztlichen Kurverordnung muss dem Versicherer spätestens 20 Tage vor Kurantritt eingereicht werden.
 8. Tarifzuschläge (SC1, SC2, SC3 und SC4)
Bei ambulanten Behandlungen in der Schweiz wird die Differenz zwischen dem am Wohn- oder Arbeitsort des Versicherten anwendbaren Tarif und dem am Wohnort des Leistungserbringers geltenden Tarif gedeckt.
 9. Entschädigung für persönliche Unkosten bei einem Spitalaufenthalt (SC1, SC2, SC3 und SC4)
Eine einmalige Pauschalentschädigung pro Spitalaufenthalt von mehr als acht Tagen bei Einreichung eines Rechnungsbelegs
 10. Rooming-in (SC1, SC2, SC3 und SC4)
Bei einem Spitalaufenthalt des Versicherten übernimmt der Versicherer die Kosten der Belegung eines Spitalbetts durch einen Familienangehörigen, sofern diese Massnahme medizinisch begründet ist.
 11. Haushaltshilfe und Unterbringungskosten (SC1, SC2, SC3 und SC4)
Auf vorgängiges Gesuch an den Versicherer werden die folgenden Kosten zurückerstattet:
 - Die Kosten für die medizinisch notwendige Anstellung einer Familienhilfe, die für eine amtliche Stelle in Vertretung des Versicherten die täglichen Hausarbeiten erledigt. Alle anderen Kosten werden nicht vergütet (Grossreinemachen usw.).
 - Die Kosten für eine vorübergehende Unterbringung von Familienangehörigen, die mit dem Versicherten in gemeinsamem Haushalt leben, wenn Letzterer aus medizinischen Gründen in ein Spital eingewiesen werden muss. Die vorübergehende Unterbringung der Familienangehörigen muss bei einer offiziellen Institution erfolgen.
 12. Brillen und Kontaktlinsen (SC2, SC3 und SC4)
Den vorgesehenen Betrag der Kosten für den Kauf von medizinischen Brillen oder Kontaktlinsen in der Schweiz oder im Ausland, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden
 13. Hilfsmittel (SC1, SC2, SC3 und SC4)
Die Kosten für die Miete und den Kauf von ärztlich angeordneten orthopädischen Apparaten und Hilfsmitteln (Zahnprothesen ausgenommen) werden gemäss der vom Versicherer erstellten Liste übernommen.
 14. Geburtsvorbereitung in Kursen (SC1, SC2, SC3 und SC4)
Den vorgesehenen Beitrag an die Kurskosten für Schwangerschaftsgymnastik oder Geburtsvorbereitung, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden
 15. Einmaliges Stillgeld (SC1, SC2, SC3 und SC4)
Ein Stillgeld, sofern die Wöchnerin ihr Kind während mindestens 30 Tagen stillt und die Stilldauer vom Arzt oder von der Hebamme bestätigt wird. Bei Mehrlingsgeburten wird das Stillgeld für jedes Kind ausgerichtet.
 16. Ultraschallkontrollen und Mammographien (SC1, SC2, SC3 und SC4)
Den vorgesehenen Betrag für Ultraschallkontrollen und Mammographien, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden
 17. Impfungen (SC1, SC2, SC3 und SC4)
Die Kosten der Impfungen, die in der KrankenpflegeLeistungsverordnung nicht enthalten und in der Schweiz notwendig sind, sowie die Kosten der bei einer Wegreise ins Ausland angeordneten Schutzimpfungen
 18. Elisa- oder HIV-Test (SC1, SC2, SC3 und SC4)
Der Versicherer gewährt einen jährlichen Kostenbeitrag an Vorsorgetests, sofern diese auf ärztliche Verordnung hin von anerkannten Leistungserbringern durchgeführt werden.
 19. Freiwillige Sterilisation (SC1, SC2, SC3 und SC4)
Den vorgesehenen Kostenanteil für den Eingriff
 20. Unfallbedingte Zahnbehandlungen (SC1, SC2, SC3 und SC4)
Den vorgesehenen Betrag für die Zahnbehandlungen, die durch einen eidgenössisch diplomierten Zahnarzt durchgeführt und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden. Die zahnärztlichen Behandlungskosten werden nach dem offiziellen UVG-Tarif vergütet (Nomenklatur und Taxpunktwert).
 21. Krankheitsbedingte Zahnpflege (SC2, SC3 und SC4)
Den vorgesehenen Betrag für die Zahnpflege, die durch einen eidgenössisch diplomierten Zahnarzt durchgeführt und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen wird. Die Zahnpflegekosten werden nach dem offiziellen UVG-Tarif vergütet (Nomenklatur und Taxpunktwert).
 22. Transportkosten (SC1, SC2, SC3 und SC4)
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 Rettungsaktionen 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.
 23. Nicht ärztliche Psychotherapeuten und selbstständige Psychologen (SC1, SC2, SC3 und SC4)
Der Versicherer übernimmt die Kosten für ärztlich verordnete medizinische Behandlungen, die von nicht ärztlichen Psychotherapeuten und selbstständigen Psychologen durchgeführt werden. Diese Leistungen sind hinfällig, sobald sie von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden.
 24. Groupe Mutuel Assistance (SC1, SC2, SC3 und SC4)
Die im Groupe Mutuel-Service-Programm vorgesehenen Leistungen (Repatriierung und Transport, sofern sich der Schadenfall ausserhalb eines Umkreises von 20 km ab Wohnort des Versicherten ereignet)

Art. 6 Umfang der Leistungen

Die in Artikel 5 aufgeführten Leistungen werden im Umfang

und bis zu den auf der beigelegten Tabelle angegebenen Beträgen ausgerichtet.

Art. 7 Prämien

1. Der Versicherte, der im Jahresverlauf die maximale Altersgrenze für seine Altersklasse erreicht, wird automatisch am Anfang des darauffolgenden Kalenderjahrs in die höhere Altersklasse transferiert. Die massgebenden Altersklassen sind:
 - Kinder: 0–18 Jahre
 - Erwachsene: 19–25 Jahre
 - ab dem 26. Altersjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren
2. Der Prämientarif berücksichtigt ebenfalls das Eintrittsalter in die Versicherung.

Art. 8 Franchise

1. Die Versicherten haben die Möglichkeit, folgende Varianten zu wählen:
 - ohne Jahresfranchise
 - Jahresfranchise von Fr. 50.–
2. Auf den Leistungen der Groupe Mutuel Assistance wird keine Franchise erhoben.

Umfang der Leistungen

| Art der Leistung | 1 |
|--|--|
| Limitiert kassenpflichtige Medikamente | 90% max. Fr. 600.-/Kalenderjahr |
| Nicht kassenpflichtige Medikamente | 90% max. Fr. 600.-/Kalenderjahr |
| Komplementärmedizin | keine Leistung |
| Osteopathie, Sophrologie, Akupunktur, Homöopathie, Elektroakupunktur | Fr. 70.- max./Sitzung bis Fr. 500.-/Kalenderjahr |
| Badekuren in der Schweiz | 50% max. Fr. 250.-/Kalenderjahr |
| Erholungskuren | Fr. 15.-/Tag, max. 30 Tage/ Kalenderjahr |
| Erholungskuren nach Spitalaufenthalt | Fr. 30.-/Tag, max. 30 Tage/ Kalenderjahr |
| Badekuren im Ausland | keine Leistung |
| Tarifzuschläge | Fr. 500.-/Kalenderjahr |
| Entschädigung der persönlichen Unkosten bei Spitalaufenthalt | Fr. 100.-/Fall |
| Rooming-in | Fr. 400.-/Kalenderjahr |
| Hauspflege und Unterbringungskosten | Fr. 1'000.-/Kalenderjahr |
| Brillen und Kontaktlinsen | keine Leistung |
| Hilfsmittel | 90%, max. Fr. 200.-/Kalenderjahr |
| Geburtsvorbereitungskurse | Fr. 150.-/Schwangerschaft |
| Einmaliges Stillgeld | Fr. 100.-/Kind |
| Ultraschall und Mammographie | 90% der Kosten |
| Impfungen | 90%, max. Fr. 100.-/Kalenderjahr |
| Elisa- oder HIV-Test | Fr. 50.-/Kalenderjahr |
| Freiwillige Sterilisation | 80%, max. Fr. 200.-/Kalenderjahr |
| Unfallbedingte Zahnbehandlungskosten | 80%, max. Fr. 3'000.-/Fall |
| Krankheitsbedingte Zahnbehandlungskosten | keine Leistung |
| Transportkosten | 50% max. Fr. 500.-/Kalenderjahr |
| Nicht ärztliche Psychotherapeuten und selbstständige Psychologen | Fr. 500.-/Kalenderjahr |
| Kapital / Kalenderjahr | Fr. 8'000.- |
| Groupe Mutuel Assistance | Unterstützung, Betreuung und Repatriierung bei medizinischen Notfällen auf Reisen und im Ausland |

| 2 | 3 | 4 |
|--|--|--|
| 90%, max. Fr. 800.–/Kalenderjahr | 90% der Kosten | 90% der Kosten |
| 90%, max. Fr. 800.–/Kalenderjahr | 90% der Kosten | 90% der Kosten |
| Fr. 70.– max./Sitzung bis Fr. 2'000.–/Kalenderjahr | Fr. 70.– max./Sitzung bis Fr. 3'000.–/Kalenderjahr | Fr. 70.– max./Sitzung bis Fr. 4'000.–/Kalenderjahr |
| 60%, max. Fr. 300.–/Kalenderjahr | 80% max. Fr. 500.–/Kalenderjahr | 80% max. Fr. 750.–/Kalenderjahr |
| Fr. 20.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr | Fr. 25.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr | Fr. 25.–/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 |
| keine Leistung | 50% max. Fr. 500.–/Kalenderjahr | 80% max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr |
| Fr. 600.–/Kalenderjahr | Fr. 800.–/Kalenderjahr | Fr. 1'000.–/Kalenderjahr |
| Fr. 100.–/Fall | Fr. 200.–/Fall | Fr. 200.–/Fall |
| Fr. 500.–/Kalenderjahr | Fr. 600.–/Kalenderjahr | Fr. 700.–/Kalenderjahr |
| Fr. 1'500.–/Kalenderjahr | Fr. 2'500.–/Kalenderjahr | Fr. 3'000.–/Kalenderjahr |
| Fr. 100.– alle 3 Jahre | Fr. 150.– alle 3 Jahre | Fr. 200.– alle 3 Jahre |
| 90% max. Fr. 300.–/Kalenderjahr | 90% max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr | 90% max. Fr. 1'500.–/Kalenderjahr |
| Fr. 150.–/Schwangerschaft | Fr. 150.–/Schwangerschaft | Fr. 150.–/Schwangerschaft |
| Fr. 100.–/Kind | Fr. 100.–/Kind | Fr. 100.–/Kind |
| 90% der Kosten | 90% der Kosten | 90% der Kosten |
| 90% max. Fr. 150.–/Kalenderjahr | 90% max. Fr. 200.–/Kalenderjahr | 90% max. Fr. 250.–/Kalenderjahr |
| Fr. 50.–/Kalenderjahr | Fr. 50.–/Kalenderjahr | Fr. 50.–/Kalenderjahr |
| 80% max. Fr. 300.–/Kalenderjahr | 80% max. Fr. 400.–/Kalenderjahr | 80% max. Fr. 500.–/Kalenderjahr |
| 80% max. Fr. 4'000.–/Fall | 80% max. Fr. 6'000.–/Fall | 80% max. Fr. 8'000.–/Fall |
| 80% max. Fr. 100.– alle 3 Jahre | 80% max. Fr. 150.– alle 3 Jahre | 80% max. Fr. 200.– alle 3 Jahre |
| 80% max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr | 80% max. Fr. 2'500.–/Kalenderjahr | 80% max. Fr. 5'000.–/Kalenderjahr |
| Fr. 600.–/Kalenderjahr | Fr. 700.–/Kalenderjahr | Fr. 800.–/Kalenderjahr |
| Fr. 10'000.– | Fr. 15'000.– | Fr. 20'000.– |
| Unterstützung, Betreuung und Repatriierung bei medizinischen Notfällen auf Reisen und im Ausland | Unterstützung, Betreuung und Repatriierung bei medizinischen Notfällen auf Reisen und im Ausland | Unterstützung, Betreuung und Repatriierung bei medizinischen Notfällen auf Reisen und im Ausland |

Besondere Bedingungen der Krankenpflege-Zusatzversicherung mit Bonus

SBGA01-A10 – Ausgabe 01.04.2003

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

Art. 1 Zweck der Versicherung

Diese Zusatzversicherung gewährt den Versicherten zusätzlich zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung spezifische Leistungen.

Durch die Gewährung eines Bonus, der an die Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen gebunden ist, wird die versicherte Person in die Verantwortung miteinbezogen und es wird ihr ermöglicht, den Betrag ihrer Prämie zu reduzieren (Art. 8).

Art. 2 Aufnahmebedingung

Der Krankenpflege-Zusatzversicherung mit Bonus können alle Personen bis zum Tag ihres 60. Geburtstags beitreten.

Art. 3 Versicherte Leistungen

Der Versicherer richtet die nachstehenden Leistungen in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung aus (vgl. Tabelle A, die integraler Bestandteil dieser Besonderen Bedingungen ist):

1. Leistungen, welche die Berechnung des Bonus und der Franchise beeinflussen

1. Komplementärmedizin

Der Versicherer übernimmt die nachfolgenden Therapien, sofern sie von einem Arzt, dessen Diplom durch die schweizerische Gesetzgebung anerkannt wird, oder von einem vom Versicherer anerkannten Naturheilpraktiker durchgeführt werden.

Der Versicherer behält sich das Recht vor, bestimmte Naturheilpraktiker auszuschliessen.

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

Verzeichnis der Therapien der Komplementärmedizin Naturheilverfahren

Akupunktur, Aromatherapie, Aurikulothérapie, Bioresonanz, Biotherapie, Chromotherapie, Colon-Hydrotherapie, Elektroakupunktur, Geobiologie, Heilkräuter, Homöopathie, Iridologie, Lasertherapie, Magnetismus, Magnetotherapie, Mora-Therapie, Sauerstofftherapie, Phytotherapie, 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

Andere

Biodynamik, Rebirthing, Sophrologie, Tomatis-Methode
Der Versicherer muss vorgängig jedem Behandlungs- oder Therapiewechsel während der Behandlung zustimmen.

2. Limitierte Arzneimittel

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

3. Nicht kassenpflichtige Arzneimittel

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

4. Unterbringungs- und Begleitkosten

Auf vorgängiges Gesuch an den Versicherer, den Kostenanteil für eine vorübergehende Unterbringung von Familienangehörigen, die mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt leben, wenn Letzterer aus medizinischen Gründen in ein Spital eingewiesen werden muss. Die vorübergehende Unterbringung der Familienangehörigen muss in einer offiziellen Institution erfolgen.

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

5. Hilfsmittel

Den vorgesehenen Kostenanteil für die Miete und den Kauf von ärztlich angeordneten orthopädischen Geräten und Hilfsmitteln (Zahnprothesen ausgenommen) gemäss der vom Versicherer erstellten Liste

6. Transportkosten

Den vorgesehenen Kostenanteil für Transporte als Folge einer Krankheit oder eines gedeckten Unfalls bis zur nächstgelegenen Heilanstalt oder zum nächsten Arzt, sofern diese medizinisch notwendig sind und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden.

Dieser Betrag wird nur für Transporte mit Ambulanz, Helikopter oder bei Rettungsaktionen erbracht.

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

7. Ambulante Behandlung

Freie Wahl des Behandlungsorts in der Schweiz bei einer ambulanten Behandlung gemäss KVG, sofern der Leistungserbringer vom Versicherer anerkannt wird.

Den vorgesehenen Prozentanteil der Differenz zwischen dem am Wohn- oder Arbeitsort des Versicherten anwendbaren Tarif und dem am Wohnort des Leistungserbringers gültigen Tarif

8. Badekuren in der Schweiz

Den vorgesehenen Kostenanteil für die Behandlung und die Pension im Fall einer Badekur in den vom Versicherer anerkannten Anstalten, gemäss Liste der Heilbäder in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)
Die Leistungen werden anerkannt, wenn sie medizinisch erforderlich sind und von einem Arzt verordnet werden. Ein Gesuch um Zustimmung und die ärztliche Kurverordnung muss dem Versicherer spätestens 20 Tage vor Kurantritt eingereicht werden.

9. Rekonvaleszenzkuren in der Schweiz

Den vorgesehenen Kostenanteil für die Behandlung und die Pension im Fall von Rekonvaleszenzkuren in der Schweiz in anerkannten Kuranstalten, und zwar wenn die Kur nach einem Spitalaufenthalt verordnet

wurde. Ein Gesuch um Zustimmung und die ärztliche Kurverordnung muss dem Versicherer spätestens 20 Tage vor Kurantritt eingereicht werden.

10. Haushaltshilfe

Nach einem Spitalaufenthalt wegen Krankheit oder Unfall (Mutterschaft ausgeschlossen) und auf vorgängiges Gesuch des Versicherten hin, ein Betrag für die Kosten für die medizinisch notwendige Anstellung einer Familienhilfe, die einer offiziellen Organisation angehört und in Vertretung des Versicherten die täglichen Haushaltsarbeiten erledigt. Alle anderen Kosten sind davon ausgenommen (Grossreinemachen usw.).

Es wird keine Leistung erbracht, wenn der Versicherte von der Invalidenversicherung (IV) als invalid anerkannt wird, wenn der Versicherte über eine Invalidenrente verfügt oder sich in einem Spital, in einer Kur- oder Erholungsanstalt aufhält.

11. 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

12. Mahlzeitenlieferung nach einem Spitalaufenthalt

Nach einem Spitalaufenthalt die vorgesehenen Kosten für die von einer vom Versicherer anerkannten Institution und auf ärztliche Verordnung gelieferten Mahlzeiten

13. Medikamentenversand nach Hause

Die Übernahme der Versandkosten der verordneten Medikamente, die über einen vom Versicherer anerkannten Partner bezogen werden

2. Leistungen, welche die Berechnung des Bonus und der Franchise nicht beeinflussen

1. Groupe Mutuel Assistance

Die in den Versicherungsbedingungen der Groupe Mutuel Assistance (Kategorie ASS) vorgesehenen Leistungen (Rücktransport und Transport bei einem Schadenfall ausserhalb eines Umkreises von 20 Kilometer ab Wohnort des Versicherten in der Schweiz und im Ausland)

2. Prävention

1. Zweitmeinung (vor einer Spitaleinweisung)

Den vorgesehenen Kostenbeitrag für ein zweites ärztliches Gutachten vor einer Spitaleinweisung durch einen vom Versicherer anerkannten Arzt. Die Bezeichnung «Zweitmeinung» muss auf der Honorarrechnung ersichtlich sein.

2. Mammographien

Den vorgesehenen Prozentanteil an Mammographiekosten, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden

3. Impfungen

Die Kosten für Impfungen, die in der KLV nicht vorgesehen, aber in der Schweiz notwendig sind, sowie diejenigen, die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) bei einer Reise ins Ausland empfohlen werden

4. Präventivtests (Elisa oder HIV)

Den vorgesehenen Kostenanteil an Präventivtests, die von anerkannten Leistungserbringern verordnet und durchgeführt werden

5. Check-up

Den vorgesehenen Kostenanteil an Check-ups, die von einem vom Versicherer anerkannten Arzt durchgeführt werden, jedoch höchstens ein Check-up alle drei Jahre

6. Psychotherapie

Den vorgesehenen Kostenanteil nach ärztlich verordneten Behandlungen, die von nicht ärztlichen

Psychotherapeuten oder unabhängigen Psychologen durchgeführt werden, jedoch höchstens zwei jährliche Sitzungen. Diese Leistungen werden zusätzlich zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht.

7. Jährliche Zahnkontrolle

Den vorgesehenen Kostenanteil für eine jährliche Präventivkontrolle durch einen diplomierten Zahnarzt, der nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt ist

8. Ernährungsberatungen

Den vorgesehenen Kostenanteil für Ernährungsberatungen, die von Beratern durchgeführt werden, die vom Versicherer anerkannt sind, jedoch höchstens drei Beratungen über einen Zeitraum von drei Jahren

9. Gesundheitsförderung

Für Massnahmen, die der Förderung der Gesundheit in den Bereichen Rückenschule und Fitness dienen, sowie für Leistungen in Hinblick auf Tabak- oder Alkoholverbrauch in Form einer Kur in einer anerkannten Anstalt, übernimmt die Versicherung den Kostenanteil, der von Leistungserbringern in Rechnung gestellt wird, die vom Versicherer anerkannt sind, jedoch höchstens den in Anhang A genannten Betrag. Sollten in einem gleichen Kalenderjahr mehrere gesundheitsfördernde Massnahmen durchgeführt werden, beträgt die maximale Leistung Fr. 200.–.

Art. 4 Leistungsanspruch

1. Der Leistungsanspruch des Versicherten beginnt mit dem Inkrafttreten des Versicherungsvertrags.
2. Die Leistungen werden nach den Behandlungsdaten angerechnet. Die nach der Erschöpfung des Anspruchs anfallenden Kosten (bei zeitlich oder betragsmässig begrenzten Leistungen) können nicht auf das Folgejahr übertragen werden.
3. 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 diese Bedingungen geregelte Versicherung darf in keinem Fall zur Deckung der gesetzlichen Selbstbehalte und Franchisen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und in den anderen Zusatzversicherungen dienen.

Art. 5 Franchise

1. Die Leistungen gemäss Artikel 3, Absatz 1 unterliegen einer jährlichen Franchise von Fr. 150.–.
2. Die Leistungen gemäss Artikel 3, Absatz 2 unterliegen keiner Franchise.

Art. 6 Prämien

1. Der Versicherte, der im Jahresverlauf das Höchstalter seiner Altersklasse erreicht, wird zu Beginn des folgenden Kalenderjahrs automatisch in die nächsthöhere Altersklasse umgeteilt. Es gelten folgende Altersklassen:
 - 0 bis 18 Jahre
 - 19 bis 25 Jahre
 - ab dem 26. Altersjahr bis zum 71. Altersjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren
2. Die Prämien berücksichtigen die obgenannten Altersklassen sowie die nachstehenden Prämienstufen. Eine Änderung der Prämienstufe (gemäss Art. 8) wird nicht als eine Anpassung der Prämie im Sinn von Artikel 29 der Allge-

meinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVZ) betrachtet. Das Kündigungsrecht im Fall einer Prämienanpassung gilt demnach in diesen Fällen nicht.

Art. 7 Prämienstufen

1. Für das Beitrittsjahr sowie das Folgejahr gilt die dritte Prämienstufe.
2. Folgende Prämienstufen sind möglich:

| % der Prämie | Prämienstufe |
|--------------|--------------|
| 100 | 5 |
| 90 | 4 |
| 80 | 3 |
| 70 | 2 |
| 60 | 1 |
| 50 | 0 |

Art. 8 Veränderung der Prämienstufe

1. Falls der Versicherte während einer Referenzperiode keine Leistungen gemäss Artikel 3, Ziffer 1 bezogen hat (vom Versicherer gedeckte und der Franchise unterliegende Beträge), wird die Prämie des folgenden Kalenderjahrs nach der nächsttieferen Prämienstufe berechnet, insofern er die unterste Stufe noch nicht erreicht hat.
2. Der Zeitraum zwischen dem 1. Juli und 30. Juni wird als Referenzperiode für die Feststellung angesehen, ob der Versicherte Leistungen der Krankenpflege-Zusatzversicherung mit Bonus bezogen hat. Das Zahlungsdatum der Leistungen durch den Versicherer ist massgebend für die Zuteilung zur Referenzperiode.
3. Falls ein Versicherter während der Referenzperiode Leistungen gemäss Artikel 3, Ziffer 1 (vom Versicherer gedeckte Beträge) bezieht, und das über einen Betrag der höher ist als die in Artikel 5 vorgesehene Franchise, wird die Prämie des nächsten Kalenderjahrs um eine Stufe erhöht. Die Erhöhung geht maximal bis zur fünften Prämienstufe, was 100% der ordentlichen Prämie entspricht.

Art. 9 Rechte und Pflichten des Versicherten

1. Falls der Versicherer die Rechnung mehr als sechs Monate nach dem Ausstelldatum erhält und der Versicherte von einer ungerechtfertigten Prämienreduktion profitiert, ist der Versicherer ermächtigt, seine Leistungen im Umfang der ungerechtfertigten Prämieinsparung zu kürzen.
2. Falls das System des «Tiers payant» für die Rückzahlung der Leistungen angewandt wird, hat der Versicherte die Möglichkeit, dem Versicherer die ausbezahlten Leistungen innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Abrechnung zurückzubezahlen. So behält die versicherte Person ihr Anrecht auf den Bonus.

Tabelle A

| Leistungstypen | Übernahme |
|---|---|
| Leistungen, welche die Berechnung des Bonus und der Franchise von Fr. 150.– beeinflussen | |
| Komplementärmedizin | 90% unbegrenzt |
| Limitiert kassenpflichtige Medikamente | 90% unbegrenzt |
| Nicht kassenpflichtige Medikamente | 90% unbegrenzt |
| Unterbringungs- und Begleitkosten | 90% unbegrenzt |
| Hilfsmittel | 90% unbegrenzt |
| Transport- und Rettungskosten | 90% unbegrenzt |
| Freie Arztwahl für ambulante Leistungen in der Schweiz | 90% unbegrenzt |
| Badekuren in der Schweiz | 90% unbegrenzt (max. 30 Tage pro Jahr) |
| Rekonvaleszenzkuren in der Schweiz | 90% unbegrenzt (max. 30 Tage pro Jahr) |
| Haushaltshilfe | 90% (max. Fr. 2'500.– pro Jahr) |
| Brillen und Kontaktlinsen | Fr. 150.– alle 3 Jahre |
| Mahlzeitenlieferung nach einem Spitalaufenthalt | Fr. 20.– pro Tag (max. 30 Tage pro Jahr) |
| Medikamentenversand nach Hause | Übernahme der Versandkosten |
| Leistungen, welche die Berechnung des Bonus und der Franchise von Fr. 150.– nicht beeinflussen | |
| Groupe Mutuel Assistance | bei Notfällen in der Schweiz und im Ausland |
| Prävention | |
| Zweitmeinung (vor einer Spitaleinweisung) | 90% unbegrenzt |
| Mammographien | 90% unbegrenzt |
| Impfungen | 90% unbegrenzt |
| Präventivtests (HIV, Elisa) | 90%, unbegrenzt |
| Check-up (alle 3 Jahre) | 90% unbegrenzt |
| Psychotherapie | 2 Sitzungen pro Jahr, max. Fr. 140.– |
| Jährliche Zahnkontrolle | max. Fr. 75.– pro Jahr |
| Ernährungsberatungen (max. 3 Beratungen über 3 Jahre) | Fr. 50.– pro Sitzung |
| Gesundheitsförderung: Rückenschule, Fitness, Leistungen für Tabak- und Alkoholentzug | 50%, max. Fr. 200.– pro Kalenderjahr |

Besondere Bedingungen der Krankenpflege-Zusatzversicherung Premium

SDGA01-A1 – Ausgabe 01.08.2022

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

Art. 1 Zweck der Versicherung

Die Versicherung Premium bietet den Versicherten spezifische Leistungen in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (nachfolgend OKP) gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG).

Art. 2 Gedeckte Risiken

Die Leistungen werden bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft ausgerichtet.

Art. 3 Aufnahmebedingungen

Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz kann den Beitritt zur Versicherung Premium beantragen, wobei der Versicherungsschutz spätestens an dem Tag beginnt, an dem sie 70 Jahre alt wird.

Art. 4 Leistungsanspruch und Einschränkungen

1. Die Leistungen werden nach den Behandlungsdaten angerechnet. Die nach Anspruchsende anfallenden Kosten (bei zeitlich oder betragsmässig begrenzten Leistungen) können nicht auf das Folgejahr übertragen werden.
2. Wenn eine ärztliche Behandlung oder eine alternativmedizinische Therapie nicht mehr medizinisch indiziert ist oder keine therapeutische Verbesserung bewirkt, informiert der Versicherer den Versicherten über die Reduktion oder das Ende der Auszahlung von Leistungen.
3. Im Umfang der in diesen besonderen Versicherungsbedingungen vorgesehenen Beiträge vergütet der Versicherer die von der OKP nicht gedeckten Kosten, wenn die Leistungen von einem Arzt mit von der Schweizer Gesetzgebung anerkanntem Diplom oder von einer ordnungsgemäss zugelassenen und vom Versicherer anerkannten Person erbracht werden.
4. Bei Leistungen für «Erholungs- und Badekuren» und «Haushaltshilfe und Unterbringungskosten» muss die versicherte Person vorgängig einen Antrag auf Kostenübernahme beim Versicherer einreichen.
5. Die durch die vorliegenden Bedingungen geregelte Versicherung darf in keinem Fall zur Deckung der Franchisen und Selbstbehalte in der OKP dienen.
6. Der Versicherungsschutz umfasst jedoch ausländische gesetzliche Kostenbeteiligungen für eine Behandlung ausserhalb der Schweiz, unter Anwendung des Personenfreizügigkeitsabkommens mit der EU und der EFTA oder von anderen internationalen Sozialversicherungsabkommen, sofern das Recht des betreffenden Landes dies nicht verbietet.

Art. 5 Versicherte Leistungen

| | Kostenübernahme | Beschreibung |
|---|---|---|
| Limitiert kassenpflichtige und nicht kassenpflichtige Medikamente | 90% | <ul style="list-style-type: none"> Von einem Arzt, einem nach KVG anerkannten Leistungserbringer oder einem vom Versicherer anerkannten alternativmedizinischen Therapeuten verordnete Medikamente, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen werden. Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Therapeuten der Alternativmedizin. Ausschlüsse: Produkte, die auf der Liste pharmazeutischer Präparate für spezielle Verwendung (LPPV) aufgeführt sind. |
| Beratungskosten für Medikamente aus der Spezialitätenliste, die vom Apotheker ohne Verschreibung abgegeben werden | 90% | <ul style="list-style-type: none"> Kosten für die Beratung durch vom Versicherer anerkannte Apotheker im Zusammenhang mit Medikamenten der Listen B+ oder B- (Swissmedic-Einstufung), die gemäss Art. 45 der Arzneimittelverordnung (VAM) ohne Verschreibung abgegeben werden. Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Apotheken. |
| Alternativmedizin | 90%, max. CHF 5000.– pro Kalenderjahr, davon max. CHF 1000.– für Massagen | <ul style="list-style-type: none"> Vom Versicherer anerkannte Therapien, die von einem diplomierten Arzt oder einem vom Versicherer anerkannten Naturheilpraktiker durchgeführt werden. Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Therapien und Therapeuten. |
| Erholungs- und Badekuren | 90%, max. 30 Tage pro Kalenderjahr | <ul style="list-style-type: none"> Kosten für die Behandlung und Unterkunft bei Erholungskuren in der Schweiz, wenn die Kur in einer vom Versicherer anerkannten Kureinrichtung und nach einem Spitalaufenthalt verordnet wurde. Behandlungs- und Unterkunftskosten bei einer Badekur in anerkannten Kureinrichtungen gemäss KLV (Krankenpflege-Leistungsverordnung). Die Leistungen werden gewährt, wenn sie von einem nach KVG anerkannten Arzt verordnet werden. Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Einrichtungen. Vor Kurantritt muss ein Antrag auf Kostenübernahme und die ärztliche Kurverordnung beim Versicherer eingereicht werden. Andernfalls könnte die versicherte Person den Leistungsanspruch verlieren. |
| Brillen, Kontaktlinsen oder refraktive Chirurgie | <p>Brillen und Kontaktlinsen</p> <ul style="list-style-type: none"> Kinder bis 18 Jahre, CHF 150.– pro Jahr Erwachsene ab 19 Jahren, CHF 500.– alle 3 Jahre <p>Refraktive Chirurgie</p> <ul style="list-style-type: none"> Beteiligung von 90%, max. CHF 800.– für die gesamte Vertragsdauer | <ul style="list-style-type: none"> Der vorgesehene Betrag gilt für die Kosten von Brillen und Kontaktlinsen, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden. Die Beteiligung an den Kosten für refraktive Chirurgie wird zusätzlich zu den Kosten für Brillen oder Kontaktlinsen übernommen. |
| Hilfsmittel | 90% | <ul style="list-style-type: none"> Kosten für die Miete und den Kauf von medizinisch verordneten orthopädischen Geräten und Hilfsmitteln (ausgenommen Zahnprothesen) gemäss der Liste des Versicherers. |
| Mammographien | 90% | <ul style="list-style-type: none"> Mammographien, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden. |
| Impfungen | 90% | <ul style="list-style-type: none"> Kosten für Impfungen, die nicht von der OKP gedeckt sind, sowie für Impfungen, die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) bei Reisen im Ausland empfohlen werden und von Swissmedic anerkannt sind. |
| HIV-Vorsorgetest | 90% | <ul style="list-style-type: none"> Kosten für HIV-Vorsorgetests, wenn sie von Leistungserbringern verschrieben und durchgeführt werden, die gemäss KVG anerkannt sind. |
| Gesundheitscheck | 90%, max. CHF 1800.– alle 3 Jahre | <ul style="list-style-type: none"> Kosten für Gesundheitschecks, die von einem Arzt durchgeführt werden. Der Gesundheitscheck umfasst: <ul style="list-style-type: none"> eine Konsultation mit einer längeren Untersuchung (Grösse, Gewicht, Blutdruck, Gesundheitsberatung und -förderung) ein Ruhe- und Belastungs-Elektrokardiogramm eine Röntgenaufnahme des Brustkorbs einen Urinstatus hämatologische und chemische Analysen sowie Glukose- und Cholesterin-Analysen eine Hautuntersuchung |
| Transport-, Such- und Rettungskosten | 90% (Transporte) 90%, max. CHF 100 000.– pro Kalenderjahr (Suche und Rettung) | <ul style="list-style-type: none"> Bis zur nächstgelegenen Spzialeinrichtung oder zum nächsten Arzt, sofern diese Transporte medizinisch notwendig sind. Dieser Betrag wird nur bei einem Transport mit der Ambulanz oder dem Helikopter oder bei einer Such- und Rettungsaktion gewährt. Die für eine ambulante Behandlung notwendigen Transportkosten (öffentlich oder privat) werden bis zur Höhe der Kosten für öffentliche Verkehrsmittel übernommen, wenn sie im Hinblick auf die Nebenwirkungen der Behandlung gerechtfertigt sind oder dadurch ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann. |

| | Kostenübernahme | Beschreibung |
|--|--|--|
| Psychotherapie | 90%, max. CHF 1000.– pro Kalenderjahr | <ul style="list-style-type: none"> – Kosten für nicht von der OKP übernommene Behandlungen, die von nichtärztlichen Psychotherapeuten und unabhängigen Psychologen durchgeführt werden, welche vom Versicherer anerkannt sind. – Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Vereine. |
| Betreuung von kranken Kindern zuhause | 90%, max. CHF 300.– pro Kalenderjahr | <ul style="list-style-type: none"> – Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr: Kosten für die Betreuung durch das Rote Kreuz oder eine offizielle Institution mit demselben Zweck, wenn die Eltern einer beruflichen Tätigkeit ausserhalb des Wohnorts nachgehen. |
| Haushaltshilfe und Unterbringungskosten | 90%, max. CHF 2500.– pro Kalenderjahr | <ul style="list-style-type: none"> – Kosten, die durch die medizinisch notwendige Anstellung einer Haushaltshilfe entstehen, die diese Tätigkeit beruflich auf eigene Rechnung oder auf Rechnung eines Unternehmens oder einer Organisation ausübt und in Vertretung des Versicherten die täglichen Hausarbeiten erledigt, dies nach einem Spitalaufenthalt infolge einer Krankheit oder eines Unfalls (Mutterschaft ausgeschlossen). Alle anderen Kosten sind davon ausgenommen (Grundreinigung etc.). – Kosten für die vorübergehende Unterbringung von Familienmitgliedern, die im gleichen Haushalt wohnen wie der Versicherte und aus Alters- oder Gesundheitsgründen von ihm abhängig sind, wenn dieser aus medizinischen Gründen hospitalisiert wird. Die vorübergehende Unterbringung von Familienmitgliedern muss bei einer amtlichen Stelle erfolgen (temporäre Betreuungsstelle, Kinderkrippe, Kindertagesstätte oder Tages- und/oder Nachtstätte). – Der Versicherte ist verpflichtet, vorab die Zustimmung des Versicherers einzuholen. |
| Verpflegung zuhause nach einem Spitalaufenthalt | CHF 20.– pro Tag, max. 30 Tage pro Kalenderjahr | <ul style="list-style-type: none"> – Übernahme der Kosten für Mahlzeiten zuhause, die auf beruflicher Basis von einer Einrichtung, einem Unternehmen oder einer Institution geliefert werden und ärztlich verordnet sind. |
| Empfängnisverhütung und freiwillige Sterilisation | 90%, max. CHF 500.– pro Kalenderjahr | <ul style="list-style-type: none"> – Übernahme der Kosten für Verhütungsmassnahmen, die den Eingriff eines Arztes erfordern (Verhütungsimplantat, Spirale, Gestagene zur Verschiebung der Menstruation) oder die ursprünglich Gegenstand einer medizinischen Verordnung sind (Antibabypille, Vaginalring, Verhütungspflaster). – Übernahme der Kosten für einen Eingriff bei Sterilisation. |
| Zahnärztliche Behandlungen | <p>Zahnpflege 75%, max. CHF 500.– pro Kalenderjahr</p> <p>Kieferorthopädie für Versicherte bis 18 Jahre: 75%, max. CHF 3000.– pro Kalenderjahr</p> | <ul style="list-style-type: none"> – Folgende Kosten werden übernommen: <ul style="list-style-type: none"> – Zahnärztliche Behandlungen, die von einem diplomierten Zahnarzt erbracht werden – Jährliche prophylaktische Zahnkontrolle – Kronen, Brücken und Prothesen – Laborkosten – Für Versicherte bis zum vollendeten 18. Lebensjahr umfasst der Versicherungsschutz auch kieferorthopädische Behandlungen. – Für zahnärztliche Behandlungen infolge eines Unfalls, der sich nach dem Inkrafttreten der Versicherung ereignet, besteht sofortiger Leistungsanspruch. – Die Leistungen für zahnärztliche Prothetik (Zahnersatz, Einsetzen von Zahnkronen, Stützähnen, Brücken, Teil- oder Vollprothesen usw.) werden bei einem Unfall nach Inkrafttreten der Versicherung sofort gewährt. In allen anderen Fällen werden diese Leistungen frühestens nach einer Karenzzeit von 12 Monaten übernommen. – Für alle anderen Zahnbehandlungen (inkl. Kieferorthopädie) werden die Versicherungsleistungen frühestens nach drei Monaten Mitgliedschaft ausgerichtet. – Der offizielle UVG-Tarif (Nomenklatur und Taxpunktwert) ist massgebend für die Berechnung der übernommenen Leistungen; der mögliche Aufschlag darf 50% nicht überschreiten. |
| Prävention und Sport | <p>50%, max. CHF 500.– pro Kalenderjahr</p> <p>90%, max. CHF 200.– pro Kalenderjahr</p> | <p>Prävention</p> <ul style="list-style-type: none"> – Übernahme der Kosten für folgende Massnahmen: <ul style="list-style-type: none"> – Rückenschule – Fitness – Trainingseinheiten zu Rehabilitationszwecken unter der Leitung eines speziell ausgebildeten Sportlehrers – Ernährungsberatung (CHF 50.– pro Sitzung, max. drei Sitzungen auf drei Jahre) – Tabak- oder Alkoholentzug – Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Einrichtungen/Leistungserbringer. <p>Sportliche Betätigung und jährliche Sportabonnemente</p> <ul style="list-style-type: none"> – Übernahme der Kosten für Beiträge an einen Sportverein oder für Jahresabonnemente für Schwimmbad und Ski. – Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Sportarten. |
| Groupe Mutuel Assistance | Gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Groupe Mutuel Assistance | <ul style="list-style-type: none"> – Übernahme der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Groupe Mutuel Assistance vorgesehenen Leistungen (Repatriierung und Transport bei einem Schadenfall ausserhalb eines Umkreises von 20 Kilometern ab Wohnort des Versicherten). |

Art. 6 Listen der Leistungserbringer

1. Die Listen der anerkannten Leistungserbringer stehen auf der Website des Versicherers zur Verfügung oder werden auf Anfrage der versicherten Person abgegeben.
2. Es sind die Listen massgebend, die zum Zeitpunkt der Behandlung oder der Inanspruchnahme einer Leistung gültig sind.
3. Die Listen können gemäss Art. 23 der AVZ jederzeit vom Versicherer geändert werden.

Art. 7 Franchise

Die Versicherten haben folgende Wahlmöglichkeiten:

- a. Ohne Jahresfranchise
- b. Jahresfranchise von CHF 200.–.

Art. 8 Prämien

1. Die Prämien sind für Männer und Frauen einheitlich.
2. Erreicht ein Versicherter im Jahresverlauf das Höchstalter seiner Altersklasse, wird er zu Beginn des folgenden Kalenderjahres automatisch in die nächsthöhere Altersklasse umgeteilt. Es gelten folgende Altersklassen:
 - 0 bis 15 Jahre
 - 16 bis 18 Jahre
 - 19 bis 25 Jahre
 - ab dem 26. und bis zum 85. Lebensjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren.
3. Eine Änderung der Altersklasse führt grundsätzlich zu einer automatischen Anpassung der Prämie.

Art. 9 Familienrabatt

1. Auf die Prämie für Kinder bis 18 Jahre kann ein Familienrabatt gewährt werden, wenn mindestens ein Elternteil und das Kind selbst die Versicherung Premium abgeschlossen haben.
2. Der Familienrabatt entfällt, sobald die in Abs. 1 genannten Anspruchsbedingungen nicht mehr erfüllt sind.
3. Gemäss Art. 26a Abs. 2 Bst. d der AVZ kann der Versicherer den Familienrabatt jederzeit mit Wirkung spätestens zum Ende des laufenden Kalenderjahres ändern oder aufheben.

Besondere Bedingungen der Krankenpflege-Zusatzversicherung Optimum

SOGA01-A1 – Ausgabe 01.09.2023

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

Art. 1 Zweck der Versicherung

Die Versicherung Optimum bietet den Versicherten spezifische Leistungen in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (nachfolgend OKP) gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG).

Art. 2 Gedeckte Risiken

Die Leistungen werden bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft ausgerichtet.

Art. 3 Aufnahmebedingungen

Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz kann den Beitritt zur Versicherung Optimum beantragen, ohne Altersbegrenzung.

Art. 4 Leistungsanspruch und Einschränkungen

1. Die Leistungen werden nach den Behandlungsdaten angerechnet. Die nach Anspruchsende anfallenden Kosten (bei zeitlich oder betragsmässig begrenzten Leistungen) können nicht auf das Folgejahr übertragen werden.
2. Wenn eine ärztliche Behandlung oder eine alternativmedizinische Therapie nicht mehr medizinisch indiziert ist oder keine therapeutische Verbesserung bewirkt, informiert der Versicherer den Versicherten über die Kürzung oder das Ende der Auszahlung von Leistungen.
3. Im Umfang der in diesen Besonderen Versicherungsbedingungen vorgesehenen Beiträge vergütet der Versicherer die von der OKP nicht gedeckten Kosten, wenn die Leistungen von einem Arzt mit von der Schweizer Gesetzgebung anerkanntem Diplom oder von einer ordnungsgemäss zugelassenen und vom Versicherer anerkannten Person erbracht werden.

4. Bei Leistungen für «Erholungs- und Badekuren», «Haushaltshilfe» und «Unterbringungskosten» muss die versicherte Person vorgängig einen Antrag auf Kostenübernahme beim Versicherer einreichen.
5. Die durch die vorliegenden Bedingungen geregelte Versicherung darf in keinem Fall zur Deckung der gesetzlich vorgegebenen Franchisen und Selbstbehalte in der OKP dienen.
6. Die Versicherung deckt jedoch ausländische gesetzliche Kostenbeteiligungen für eine Behandlung ausserhalb der Schweiz, unter Anwendung des Personenfreizügigkeitsabkommens EU und EFTA oder anderen internationalen Sozialversicherungsabkommen, wenn die Gesetzgebung des betreffenden Landes dies nicht verbietet.

Art. 5 Versicherte Leistungen

| | Kostenübernahme | Beschreibung |
|--|--|---|
| Limitiert kassenpflichtige und nicht kassenpflichtige Medikamente | 90% | <ul style="list-style-type: none"> Von einem Arzt, einem nach KVG anerkannten Leistungserbringer oder einem vom Versicherer anerkannten alternativmedizinischen Therapeuten verordnete Medikamente, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen werden. Ausschlüsse: Produkte, die auf der Liste pharmazeutischer Präparate für spezielle Verwendung (LPPV) aufgeführt sind. Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten alternativmedizinischen Therapeuten. |
| Medikamentenlieferung nach Hause | Übernahme der Lieferkosten | <ul style="list-style-type: none"> Übernahme der Lieferkosten für ärztlich verordnete Medikamente. |
| Alternativmedizin | 75%, max. CHF 3000.– pro Kalenderjahr, davon max. CHF 500.– pro Kalenderjahr für Massagen | <ul style="list-style-type: none"> Vom Versicherer anerkannte Therapien, die von einem diplomierten Arzt oder einem vom Versicherer anerkannten Naturheilpraktiker durchgeführt werden. Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Therapien und Therapeuten und behält sich das Recht vor, jederzeit bestimmte Therapeuten auszuschliessen. |
| Erholungs- und Badekuren | 90%, max. 30 Tage pro Kalenderjahr | <ul style="list-style-type: none"> Kosten für die Behandlung und Unterkunft bei Erholungskuren in der Schweiz, wenn die Kur in einer vom Versicherer anerkannten Kureinrichtung und nach einem Spitalaufenthalt verordnet wurde. Behandlungs- und Unterkunftskosten bei einer Badekur in anerkannten Kureinrichtungen gemäss KLV (Krankenpflege-Leistungsverordnung). Die Leistungen werden gewährt, wenn sie von einem nach KVG anerkannten Arzt verordnet werden. Spätestens 20 Tage vor Kurantritt müssen ein Antrag auf Kostenübernahme und die ärztliche Kurverordnung beim Versicherer eingereicht werden. Andernfalls besteht kein Anspruch auf Leistungen. Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Einrichtungen. |
| Brillen oder Kontaktlinsen | Brillen und Kontaktlinsen <ul style="list-style-type: none"> Kinder bis 18 Jahre, CHF 100.– pro Kalenderjahr Erwachsene ab 19 Jahren CHF 250.– alle 3 Jahre | <ul style="list-style-type: none"> Der vorgesehene Betrag gilt für die Kosten von Brillen und Kontaktlinsen, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden. |
| Hilfsmittel | 90%, max. CHF 2000.– pro Kalenderjahr | <ul style="list-style-type: none"> Kosten für die Miete und den Kauf von medizinisch verordneten orthopädischen Geräten und Hilfsmitteln (ausgenommen Zahnprothesen) gemäss der Liste des Versicherers. |
| Mammografien und Ultraschalluntersuchungen | 90% | <ul style="list-style-type: none"> Mammografien und Ultraschalluntersuchungen, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden. |
| Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen | 90% | <ul style="list-style-type: none"> Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden. |
| Impfungen | 90% | <ul style="list-style-type: none"> Kosten für Impfungen, die nicht von der OKP gedeckt sind. Kosten für Impfungen, die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) bei Reisen im Ausland empfohlen werden und von Swissmedic anerkannt sind. |
| HIV-Vorsorgetest | 90% | <ul style="list-style-type: none"> Kosten für HIV-Vorsorgetests, wenn sie von nach KVG anerkannten Leistungserbringern verschrieben und durchgeführt werden. |
| Gesundheitscheck | 90%, max. CHF 1200.– alle 3 Jahre | <ul style="list-style-type: none"> Kosten für Gesundheitschecks, die von einem Arzt durchgeführt werden. Der Gesundheitscheck umfasst: <ul style="list-style-type: none"> eine Konsultation mit einer längeren Untersuchung (Grösse, Gewicht, Blutdruck, Gesundheitsberatung und -förderung) ein Ruhe- und Belastungs-Elektrokardiogramm eine Röntgenaufnahme des Brustkorbs einen Urinstatus hämatologische und chemische Analysen sowie Glukose- und Cholesterin-Analysen eine Hautuntersuchung |
| Transport-, Such- und Rettungskosten | 90% (Transporte) 90%, max. CHF 75 000.– pro Kalenderjahr (Suche und Rettung) | <ul style="list-style-type: none"> Bis zur nächstgelegenen Spitalanlage oder zum nächsten Arzt, sofern diese Transporte medizinisch notwendig sind. Dieser Betrag wird nur bei einem Transport mit der Ambulanz oder dem Helikopter oder bei einer Such- und Rettungsaktion gewährt. Die für eine ambulante Behandlung notwendigen Transportkosten (öffentlich oder privat) werden bis zur Höhe der Kosten für öffentliche Verkehrsmittel übernommen, wenn sie im Hinblick auf die Nebenwirkungen der Behandlung gerechtfertigt sind oder dadurch ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann. |
| Psychotherapie | 90%, max. CHF 500.– pro Kalenderjahr | <ul style="list-style-type: none"> Kosten für nicht von der OKP übernommene Behandlungen, die von nicht ärztlichen Psychotherapeuten und unabhängigen Psychologen durchgeführt werden, welche vom Versicherer anerkannt sind. Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Verbände. |
| Korrektur von Narben und abstehenden Ohren | 80%, max. CHF 3000.– pro Kalenderjahr | <ul style="list-style-type: none"> Kostenübernahme für die Narbenkorrektur. Für Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, Kostenübernahme für die Korrektur abstehender Ohren. Dieser Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf die Folgen von Krankheiten und Unfällen, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bereits bestanden. |

| | Kostenübernahme | Beschreibung |
|--|---|--|
| Haushaltshilfe, Unterbringungskosten, Begleitkosten und Betreuung von kranken Kindern zuhause | 90%, max. CHF 2500.– pro Kalenderjahr, davon max. CHF 250.– pro Kalenderjahr für die Betreuung kranker Kinder zuhause | <ul style="list-style-type: none"> – Kosten, die durch die medizinisch notwendige Anstellung einer Haushaltshilfe entstehen, die diese Tätigkeit beruflich auf eigene Rechnung oder auf Rechnung eines Unternehmens oder einer Organisation ausübt und in Vertretung des Versicherten die täglichen Hausarbeiten erledigt, dies nach einem Spitalaufenthalt infolge einer Krankheit oder eines Unfalls (Mutterschaft ausgeschlossen). Alle anderen Kosten sind davon ausgenommen (Grundreinigung etc.). – Kosten für die vorübergehende Unterbringung von Familienmitgliedern, die im gleichen Haushalt wohnen wie der Versicherte und aus Alters- oder Gesundheitsgründen von ihm abhängig sind, während dieser aus medizinischen Gründen hospitalisiert wird oder sich einem ambulanten chirurgischen Eingriff unterziehen muss. Die vorübergehende Unterbringung von Familienmitgliedern muss bei einer amtlichen Stelle erfolgen (temporäre Betreuungsstelle, Kinderkrippe, Kindertagesstätte oder Tages- und/oder Nachtstätte). – Bei Spitalaufenthalt des Versicherten übernimmt der Versicherer die Kosten eines zusätzlichen Spitalbetts für ein Familienmitglied, wenn diese Massnahme medizinisch begründet ist. – Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr: Kosten für die Betreuung durch das Rote Kreuz oder eine offizielle Institution mit demselben Zweck, wenn das versicherte Kind krank ist und die Eltern einer beruflichen Tätigkeit ausserhalb des Wohnorts nachgehen. <p>Der Versicherte ist verpflichtet, vorab die Zustimmung des Versicherers einzuholen.</p> |
| Zweitmeinung | 90% | <ul style="list-style-type: none"> – Kosten einer von einem Arzt erbrachten medizinischen Zweitmeinung vor einem Spitalaufenthalt. Der Begriff «Zweitmeinung» muss auf der Honorarrechnung erwähnt sein. |
| Verpflegung zuhause nach einem Spitalaufenthalt oder einem ambulanten chirurgischen Eingriff | CHF 20.– pro Tag, max. 30 Tage pro Kalenderjahr | <ul style="list-style-type: none"> – Übernahme der Kosten für Mahlzeiten zuhause, die auf beruflicher Basis von einer Einrichtung, einem Unternehmen oder einer Institution erbracht und ärztlich verschrieben wurden. |
| Upgrade für mehr Komfort, Kosten für die Unterbringung, Transportkosten oder Parkgebühren bei ambulanten chirurgischen Eingriffen | CHF 150.– pro Kalenderjahr | <ul style="list-style-type: none"> – Wenn der Versicherte sich einem ambulanten chirurgischen Eingriff unterzieht, übernimmt der Versicherer folgende Kosten: <ul style="list-style-type: none"> – Upgrade für mehr Komfort, das von der Einrichtung in Rechnung gestellt wird, in der der ambulante chirurgische Eingriff stattfindet – Unterbringung des Versicherten und seiner Begleitpersonen in einer Spzialeinrichtung oder einem Hotel für die Nacht direkt vor und/oder nach der Behandlung – Transport des Versicherten zwischen seinem Wohnort und dem betreffenden Leistungserbringer (Hin- und Rückweg in öffentlichen Verkehrsmitteln oder dem Taxi) – Parkgebühren |
| Zahnärztliche Behandlungen | 75%, max. CHF 150.– pro Kalenderjahr | <ul style="list-style-type: none"> – Folgende Kosten werden übernommen: <ul style="list-style-type: none"> – zahnärztliche Behandlungen, die von einem diplomierten Zahnarzt erbracht werden – jährliche prophylaktische Zahnkontrolle – Kronen, Brücken und Prothesen – Laborkosten – Es werden keine Leistungen für Kieferorthopädie gedeckt. – Der offizielle UVG-Tarif (Nomenklatur und Taxpunktwert) ist massgebend für die Berechnung der übernommenen Leistungen. Der mögliche Aufschlag darf 50 Prozent nicht überschreiten. |
| Prävention und Sportaktivitäten | 50%, max. CHF 200.– pro Kalenderjahr | <p>Massnahmen für körperliches Training</p> <ul style="list-style-type: none"> – Übernahme der Kosten für folgende Massnahmen: <ul style="list-style-type: none"> – Fitness – Rückenschule – Trainingseinheiten zu Rehabilitationszwecken unter der Leitung eines speziell ausgebildeten Sportlehrers – Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Einrichtungen/Leistungserbringer. <p>Sportliche Aktivitäten</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kostenübernahme von Aktivmitgliedsbeiträgen für einen Sportverein. – Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Sportarten. <p>Weitere Präventionsmassnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Der Versicherer führt eine Liste weiterer anerkannter Präventionsmassnahmen. |
| Groupe Mutuel Assistance | Gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Groupe Mutuel Assistance | <ul style="list-style-type: none"> – Übernahme der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Groupe Mutuel Assistance vorgesehenen Leistungen (Repatriierung und Transport bei einem Schadenfall ausserhalb eines Umkreises von 20 Kilometern ab Wohnort des Versicherten). |

Art. 6 Listen der Leistungserbringer, Therapien und Aktivitäten

1. Die Listen der anerkannten Leistungserbringer, Therapien, sportlichen Aktivitäten und anderen Präventionsmassnahmen stehen auf der Website des Versicherers zur Verfügung oder werden auf Anfrage der versicherten Person abgegeben.
2. Es sind die Listen massgebend, die zum Zeitpunkt der Behandlung oder der Inanspruchnahme einer Leistung gültig sind.
3. Die Listen können gemäss Art. 23 der AVZ jederzeit vom Versicherer geändert werden. Bei einer Anpassung der Liste steht dem Versicherungsnehmer kein Kündigungsrecht zu.

Art. 7 Franchise

Die Versicherten haben folgende Wahlmöglichkeiten:

- a. Ohne Jahresfranchise
- b. Jahresfranchise CHF 150.–

Art. 8 Prämien

1. Erreicht ein Versicherter im Jahresverlauf das Höchstalter seiner Altersklasse, wird er zu Beginn des folgenden Kalenderjahres automatisch in die nächsthöhere Altersklasse umgeteilt. Es gelten folgende Altersklassen:
 - 0 bis 15 Jahre
 - 16 bis 18 Jahre
 - 19 bis 25 Jahre
 - ab dem 26. bis zum 85. Altersjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren
2. Eine Änderung der Altersklasse führt grundsätzlich zu einer automatischen Anpassung der Prämie.

Art. 9 Familienrabatt

1. Auf die Prämie für Kinder bis 18 Jahre kann ein Familienrabatt gewährt werden, wenn mindestens ein Elternteil und das Kind selbst die Versicherung Optimum abgeschlossen haben.
2. Der Familienrabatt entfällt, sobald die in Abs. 1 genannten Anspruchsbedingungen nicht mehr erfüllt sind.
3. In Anwendung von Art. 26a Abs. 2 Bst. d der AVZ kann der Versicherer den Familienrabatt jederzeit mit Wirkung spätestens zum Ende des laufenden Kalenderjahres ändern oder aufheben.

SPGA01-A8 – Ausgabe 01.07.2000

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

Art. 1 Aufnahmebedingungen

Alle Personen können der Versicherung Vitalis bis zu ihrem 60. Geburtstag beitreten.

Art. 2 Leistungsanspruch

Die aus dieser Versicherung gewährten Leistungen werden in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausgerichtet. Vitalis erbringt Leistungen im Umfang der in diesen Besonderen Bedingungen festgelegten Maximalbeträge für:

- a. Bade- und Erholungskuren
- b. Haushaltshilfen
- c. Transport- und Rettungskosten
- d. Hilfsmittel
- e. vorsorgliche Massnahmen
- f. Palliativpflege

Art. 3 Bade- und Erholungskuren

1. Badekuren und Kuren, die der vollständigen Heilung einer Krankheit oder der Erholung nach einer schweren Krankheit dienen, werden den Versicherten zu Fr. 50.– pro Tag bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 1'500.– pro Kalenderjahr zurückerstattet, sofern die Kuren medizinisch notwendig sind.
2. Die Bade- und Erholungskuren müssen in der Schweiz in Heilbädern sowie in Kuranstalten oder Erholungsheimen durchgeführt werden, die unter ärztlicher Leitung stehen und vom Versicherer und von santésuisse anerkannt sind.
3. Ein Bewilligungsgesuch mit der ärztlichen Kurverordnung muss dem Versicherer spätestens 20 Tage vor Kurantritt eingereicht werden.

Art. 4 Haushaltshilfe

1. Ist infolge einer Krankheit oder eines versicherten Unfalls die Betreuung oder Anstellung einer Haushaltshilfe medizinisch notwendig, so werden 50% der nachweislich angefallenen Kosten bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 500.– pro Kalenderjahr übernommen.
2. Als Haushaltshilfe im Sinn dieser Besonderen Bedingungen gilt jede Person, die für eine offizielle Organisation (z. B. Spitex-Organisation) tätig ist und in Vertretung des Versicherten den Haushalt führt.

Art. 5 Transport- und Rettungskosten

1. Bei medizinisch notwendigen Notfalltransporten zum nächsten Arzt oder ins nächstgelegene Spital werden 80% der Kosten bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 2'500.– pro Kalenderjahr übernommen.
2. Bei Rettungskosten werden 80% der Kosten bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 2'500.– pro Kalenderjahr übernommen.
3. Bei medizinisch notwendigen Transporten zwecks Behandlung in einer Spitaleinrichtung werden 80% der Kosten bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 2'500.– pro Kalenderjahr übernommen.
4. Die vorgenannten Transporte müssen durch eine nach kantonalem Recht zugelassene und vom Versicherer anerkannte Organisation durchgeführt werden.

Art. 6 Hilfsmittel

1. Medizinisch notwendige Hilfsmittel werden bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 300.– pro Kalenderjahr übernommen.
2. Die vom Versicherer erstellte Hilfsmittelliste ist für die Rückerstattung massgebend.

Art. 7 Vorsorgliche Massnahmen

Der Versicherer übernimmt:

- a. die effektiven Kosten für die im Hinblick auf einen Auslandsaufenthalt notwendigen Schutzimpfungen
- b. die Kosten einer ein Mal pro Kalenderjahr von einem anerkannten Arzt durchgeführten Vorsorgeuntersuchung (Check-up)
- c. Rückenschule in Kursen, durchgeführt von Zentren und Verbänden, die von der Versicherung oder vom Kanton anerkannt sind, bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 200.– pro Kalenderjahr

Art. 8 Palliativpflege

1. Der Versicherer gewährt einen Beitrag an die Kosten der Palliativpflege, d. h. alle medizinischen und pflegerischen Massnahmen, die von qualifiziertem Fachpersonal einer vom Versicherer anerkannten Institution für Personen, die vor dem Tod stehen, zuhause erbracht werden.
2. In allen Fällen ist ein vorgängiges Gesuch an den Versicherer zu richten, der im Einzelfall den Umfang des Beitrags bestimmt. Dieser Beitrag wird unter Berücksichtigung der gesamten Behandlungskosten festgelegt, die für die Pflege zuhause anfallen. Er kann bis 90% der Spalkosten für Chronischkranke oder Akutpatienten in der allgemeinen Abteilung des Bezugsspitals im Wohnkanton des Versicherten betragen.

Art. 9 Kostenbeteiligung

Auf den Kosten für Hilfsmittel, Bade- und Erholungskuren sowie für vorsorgliche Massnahmen wird ein Selbstbehalt von 10% erhoben.

Auf allen anderen Leistungen wird kein Selbstbehalt erhoben.

Art. 10 Wirtschaftlichkeit der Behandlung

Unwirtschaftlich sind Behandlungen, ärztliche Verrichtungen und andere Massnahmen, die das im Interesse des Versicherten und für den Behandlungszweck erforderliche Mass übersteigen. Der Versicherer behält sich das Recht vor, die Leistungen in gerechtfertigten Fällen zu kürzen.

Art. 11 Prämie

Für alle Versicherten wird eine einheitliche Prämie festgelegt.

Art. 12 Zusammentreffen von Versicherungen

Treffen Leistungen der Heilungskosten-Zusatzversicherung (SC), wie Bade- und Erholungskuren, Haushaltshilfe, Transport- und Rettungskosten, Hilfsmittel und vorsorgliche Massnahmen (Impfungen und Elisa- oder HIV-Test), mit Leistungen von Vitalis (SP) zusammen, so gehen die Leistungen der Versicherung Vitalis vor.

Besondere Bedingungen der Krankenpflege-Zusatzversicherung Alterna

SA

SAGA01-A8 – Ausgabe 01.02.2022

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

Art. 1 Zweck der Versicherung

Diese Zusatzversicherung gewährt den Versicherten zusätzlich zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG) spezifische Leistungen.

Art. 2 Aufnahmebedingung

Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz kann die Versicherung Alterna ohne Altersbegrenzung abschliessen. Die Versicherung wird gemäss Artikel 12 der Allgemeinen Bedingungen für mindestens eine Versicherungsperiode abgeschlossen. Danach verlängert sie sich stillschweigend um ein weiteres Kalenderjahr.

Art. 3 Auflösung des Versicherungsvertrags

Nach einer Versicherungsperiode kann der Versicherungsnehmer den Vertrag unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres kündigen.

Art. 4 Gedeckte Risiken

Die Leistungen werden erbracht bei Krankheit, Unfall und Schwangerschaft.

Art. 5 Versicherte Leistungen

Der Versicherer übernimmt die nachfolgenden Therapien, sofern sie von einem Arzt, der nach KVG anerkannt ist, erbracht werden.

Vor jeder Behandlung muss sich der Versicherte erkundigen, ob der Arzt, bei dem er sich behandeln lassen will, vom Versicherer anerkannt wird.

1. Liste der anerkannten Therapien

Naturheilverfahren:

Akupunktur, Aurikulotherapie, Bioresonanz, Chinesische Medizin, Elektroakupunktur, Homöopathie, Magnettherapie, Phytotherapie, Neuraltherapie

Manuelle Therapien:

Anthroposophische Medizin, Ätiopathie, Mesotherapie, Orthobionomie, Osteopathie, autogenes Training

Psychotherapie:

Biodynamik, Medizinische Hypnose, Rebirthing, Sophrologie, EMDR (Therapie durch Augenbewegungen)

Der Versicherer vergütet 80% der vorgenannten Behandlungskosten.

2. Limitierte Arzneimittel und nicht kassenpflichtige Medikamente

Limitierte Arzneimittel und nicht kassenpflichtige Medikamente, die im Rahmen der zwanzig vorgenannten Behandlungen verschrieben wurden, werden zu 80% bis zu einem Jahreshöchstbetrag von Fr. 2000.– vergütet.

Als limitierte Arzneimittel oder nicht kassenpflichtige Medikamente gelten die von Swissmedic anerkannten Medikamente, die weder in der LPPV (Liste der pharmazeutischen Präparate mit spezieller Verwendung), noch in der SL (Spezialitätenliste) erwähnt sind oder die zwar in der SL aufgelistet sind, jedoch für eine Indikation verschrie-

ben wurden, die nicht von einer Limite betroffen ist. Medikamente, die in der LPPV aufgelistet sind, sind ausgeschlossen.

Art. 6 Leistungsanspruch

1. Der Leistungsanspruch des Versicherten beginnt mit dem Inkrafttreten des Versicherungsvertrags.
2. Die Leistungen werden nach den Behandlungsdaten angerechnet. Die nach der Erschöpfung des Anspruchs anfallenden Kosten (bei zeitlich oder betragsmässig begrenzten Leistungen) können nicht auf das Folgejahr übertragen werden.

Art. 7 Prämie

Erreicht ein Versicherter im Jahresverlauf das Höchstalter seiner Altersklasse, wird er zu Beginn des folgenden Kalenderjahres automatisch in die nächsthöhere Altersklasse umgeteilt. Es gelten folgende Altersklassen:

- 0 bis 18 Jahre
- 19 bis 25 Jahre
- ab dem 26. und bis zum 71. Altersjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren

Art. 8 Kombinationsrabatt

1. Wenn bestimmte Leistungen auch durch andere beim Versicherer abgeschlossene Zusatzversicherungen gedeckt sind, kann ein Kombinationsrabatt auf die Prämie der Versicherung Alterna gewährt werden.
2. Die Zusatzversicherungen, die einen Anspruch auf einen Kombinationsrabatt begründen, sind in den Dokumenten zu vorvertraglichen Informationen aufgeführt, die dem Antragsteller gemäss Artikel 3 VVG ausgehändigt werden.
3. Der Kombinationsrabatt entfällt, sobald die in Absatz 1 definierten Anspruchsbedingungen nicht mehr erfüllt sind.
4. Der Versicherer kann diese Rabatte gemäss Artikel 29 der AVZ ändern oder aufheben.

HCGA01-A9 – Ausgabe 01.01.2014

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

Art. 1 Zweck der Versicherung

Diese Versicherung deckt die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Unfall und Mutterschaft.

Art. 2 Versicherungsklassen

Die Spitalzusatzversicherung umfasst vier Versicherungsklassen:

Klasse 1

allgemeine Abteilung eines Allgemeinspitals oder einer psychiatrischen Klinik in der Schweiz für Akutkranke

Klasse 2

halbprivate Abteilung (Zweibettzimmer) eines Allgemeinspitals oder einer psychiatrischen Klinik in der Schweiz für Akutkranke

Klasse 3

private Abteilung (Einbettzimmer) eines Allgemeinspitals oder einer psychiatrischen Klinik in der Schweiz für Akutkranke

Klasse 4

private Abteilung (Einbettzimmer) eines Allgemeinspitals oder einer psychiatrischen Klinik weltweit für Akutkranke

Art. 3 Franchisen

Die Versicherten der Versicherungsklassen 2, 3 und 4 können folgende Franchisen wählen:

- Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr
- Fr. 3'000.– pro Kalenderjahr

Art. 4 Aufnahmebedingungen

Alle Personen können der Spitalzusatzversicherung bis zu dem Tag ihres 60. Geburtstags beitreten.

Art. 5 Beginn des Leistungsanspruchs

- Der Anspruch auf die Leistungen Spitalzusatzversicherung beginnt am in der Versicherungspolice aufgeführten Datum des Inkrafttretens.
- Bei den Mutterschaftsleistungen besteht eine Karenzzeit gemäss Art. 7 der vorliegenden Versicherungsbedingungen.

Art. 6 Versicherte Leistungen

1. Allgemeines

Bei einem Spitalaufenthalt übernimmt der Versicherer die Behandlungs- und die Unterkunfts-/Verpflegungskosten entsprechend der gewählten Versicherungsklasse. Die Leistungen dieser Versicherung werden ergänzend zu denjenigen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht.

2. Spitalaufenthalt in einer anderen Abteilung

Hält sich ein Versicherter der Klasse 1 oder 2 in einer höheren als der seiner Versicherungsklasse entsprechenden Abteilung auf, werden ihm die folgenden Maximalleistungen ausgerichtet:

Klasse 1: Fr. 100.– pro Tag für die Unterkunfts- und Verpflegungskosten und Fr. 5'000.– pro Kalenderjahr für die Behandlungskosten;

Klasse 2: 80% der Unterkunfts-/Verpflegungskosten und der Behandlungskosten.

3. Spitalaufenthalt im Ausland

Erkrankt oder verunfallt ein Versicherter im Ausland und muss er stationär behandelt werden, so gewährt ihm der Versicherer während höchstens 60 Tagen pro Kalenderjahr die folgenden Leistungen im Rahmen der gewählten Leistungsklasse:

- Klasse 1: höchstens Fr. 500.– pro Tag
- Klasse 2: höchstens Fr. 1'000.– pro Tag
- Klasse 3: höchstens Fr. 1'500.– pro Tag
- Klasse 4: höchstens Fr. 3'000.– pro Tag

Ohne vorgängige Zustimmung des Versicherers werden vom Versicherten freiwillig gewünschte Auslandbehandlungen nicht übernommen.

Art. 7 Versicherungsdeckung bei Mutterschaft

- Die Leistungen der Spitalzusatzversicherung werden bei Schwangerschaft und Niederkunft erst nach einer Dauer des Versicherungsschutzes von 12 Monaten ausgerichtet.
- Bei einem Schwangerschaftsabbruch im Sinn des Gesetzes und für jede weitere Mutterschaftsleistung gilt die Karenzzeit gemäss Absatz 1.
- Erfolgt die Entbindung in einem Spital und dauert der Aufenthalt in der halbprivaten oder privaten Abteilung weniger als sechs Tage, gewährt der Versicherer den Versicherten der Klassen 2, 3 und 4 eine Vergütung von Fr. 200.– pro eingesparten Spitaltag. Spitalaufenthalte, die in Form eines pauschalen Gesamtbetrags in Rechnung gestellt werden, geben keinen Anspruch auf diese Vergütung. Absatz 1 bleibt vorbehalten.
- Bei einer ambulanten Niederkunft oder einer Entbindung zuhause erhält die Versicherte der Klasse 2 eine Vergütung von Fr. 800.– und jene der Klassen 3 und 4 eine Vergütung von Fr. 1'200.–. Absatz 1 bleibt vorbehalten.
- Hält sich eine Versicherte in der Spitalabteilung auf, die ihrer Versicherungsdeckung entspricht, so übernimmt der Versicherer auch die Aufenthaltskosten für das Neugeborene während des Spitalaufenthalts der Mutter, sofern das Kind ebenfalls beim Versicherer versichert ist. Die persönlichen Kosten sind nicht gedeckt. Absatz 1 bleibt vorbehalten.

Art. 8 Umfang und Dauer der Leistungen

Die Leistungen der Spitalzusatzversicherung werden unter Vorbehalt folgender Bestimmungen übernommen:

- Der Versicherer übernimmt die vom KVG anerkannten Behandlungskosten, die Unterkunfts-/Verpflegungskosten im Spital und die Arzthonorare gemäss Vertrag oder kantonaler Tarifordnung oder anderen vom Versicherer abgeschlossenen Verträgen.
- Erfolgt die Hospitalisation eines Versicherten in einem Spital, mit dem der Versicherer in Bezug auf die Unterkunfts- und Verpflegungskosten sowie die Behandlungskosten (inkl. Arzthonorare) kein Tarifabkommen abgeschlossen hat, werden dem Versicherten die nachstehenden Höchstleistungen innerhalb der gewählten Leistungsgruppe erbracht:
 - Klasse 1: Fr. 200.– pro Tag

- Klasse 2: Fr. 400.– pro Tag
 - Klasse 3 und 4: Fr. 600.– pro Tag
- Artikel 6 Absatz 2 ist nicht anwendbar.
- c. Für bestimmte Einrichtungen, Spital- oder Klinikabteilungen, welche die unter Abs. a dieses Artikels vorgesehenen Normen nicht einhalten, kann der Versicherer die Ausrichtung der Leistungen aus der Spitalzusatzversicherung beschränken oder ausschliessen. Eine Liste wird den Versicherten zur Verfügung gestellt.
 - d. Im Rahmen der vorliegenden Versicherung gibt es keine Versicherungsdeckung bei Transplantationen, für die der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) in Solothurn Fallpauschalen vereinbart hat. Diese Regel gilt auch für die Spitäler, für die keine Fallpauschale vereinbart worden ist.
 - e. Der Leistungsanspruch erlischt in den vier Klassen, sobald der Kranke nicht mehr als Akutpatient gilt.
 - f. Nach einem Spitalaufenthalt von 60 Tagen im Verlauf eines Kalenderjahrs in einer psychiatrischen Anstalt werden die Leistungen der Spitalzusatzversicherung nicht mehr ausgerichtet.
 - g. In den Klassen 2, 3 und 4 werden die Leistungen aus der Spitalzusatzversicherung nach einem Spitalaufenthalt von 90 Tagen im Verlauf eines Kalenderjahrs nicht mehr ausgerichtet.
Die Dauer der im Ausland oder in einer psychiatrischen Klinik ausgerichteten Leistungen (60 Tage) wird an die vorerwähnten 90 Tage angerechnet.

Art. 9 Ausrichtung der Leistungen

1. Die Leistungen aus der Spitalzusatzversicherung werden unter Beibringung der Rechnung der Heilanstalt und der Honorarforderung des Arztes ausgerichtet. Der Versicherte ermächtigt den Vertrauensarzt des Versicherers, beim behandelnden Arzt die Diagnose und alle zur Festsetzung des Leistungsanspruchs erforderlichen Auskünfte einzuholen.
2. Die Auszahlung erfolgt an den Versicherten, sofern der Versicherer die Leistungen aufgrund einer Vereinbarung nicht direkt der Heilanstalt zu bezahlen hat.

Art. 10 Pflichten des Versicherten

Vor jedem Spitalaufenthalt hat sich der Versicherte zu erkundigen, ob die Anstalt, Spitalabteilung oder Klinik, in der er sich behandeln lassen wird, zu den vom Versicherer anerkannten Anstalten gehört.

Art. 11 Prämien

1. Der Versicherte, der im Jahresverlauf das Höchstalter seiner Altersklasse erreicht, wird auf Beginn des nächsten Kalenderjahrs automatisch in die nächsthöhere Altersklasse umgeteilt. Folgende Altersklassen sind massgebend:
 - Kinder: 0-18 Jahre
 - Erwachsene: 19-25 Jahre
 - ab dem 26. Altersjahr: Altersklassen in Abschnitt von jeweils fünf Jahren
2. Der Prämientarif berücksichtigt ebenfalls das Eintrittsalter in die Versicherung.

Art. 12 Sparmassnahmen

1. Verzichtet ein Versicherter aus freiem Willen oder auf Antrag des Versicherers auf einen Aufenthalt in der halbpri- vaten oder privaten Abteilung zugunsten der allgemeinen Abteilung oder confort-Abteilung, so kann ihm der Versicherer eine Entschädigung in der Höhe von bis zu 50% der eingesparten und von diesem geschätzten Kosten ausrichten, aber höchstens Fr. 5'000.– pro Spitalaufenthalt.
2. Bei einer ambulanten Niederkunft oder einer Niederkunft zuhause gelangt nur die Bestimmung von Art. 7 Abs. 4 zur Anwendung.

Besondere Bedingungen der Spitalzusatzversicherung H-Bonus

HBGA01-A4 – Ausgabe 01.01.2014

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

Art. 1 Zweck der Versicherung

1. Die Versicherung H-Bonus übernimmt bei einem stationären Spitalaufenthalt die Behandlungs- und Pensionskosten sowie die Arzthonorare in der allgemeinen, halbprivaten und privaten Abteilung.
2. Die versicherte Person wählt spätestens bei Spitaleintritt die Abteilung, in der sie betreut werden möchte.
3. Die Leistungen werden in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (nachfolgend OKP) nach Bundesgesetz über die Krankenversicherung (nachfolgend KVG) ausgerichtet.
4. Dank dem Bonussystem kann der Versicherte seinen Prämienbetrag reduzieren, wenn er weder in der privaten noch in der halbprivaten Spitalabteilung Versicherungsleistungen beansprucht hat.

Art. 2 Aufnahmebedingungen

Der Zusatzversicherung H-Bonus können alle Personen bis zum Tag ihres 60. Geburtstags beitreten.

Art. 3 Gedeckte Risiken

Die Leistungen des Produkts H-Bonus werden bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft ausgerichtet.

Art. 4 Versicherte Leistungen

1. Wahl der Abteilung und Kostenbeteiligung des Versicherten
Der Versicherte kann die Abteilung bei einem stationären Spitalaufenthalt (mehr als 24 Stunden) in einer der folgenden Einrichtungen frei wählen:
 - Spitaleinrichtung für Akutpflege
 - psychiatrische Klinik
 - Reha-KlinikEr beteiligt sich wie folgt an den Kosten:

| Gewählte Abteilung | Kostenbeteiligung des Versicherten |
|-----------------------|---|
| Allgemeine Abteilung | Fr. 0.– |
| Halbprivate Abteilung | Fr. 100.– pro Tag, maximal 30 Tage pro Kalenderjahr |
| Private Abteilung | Fr. 200.– pro Tag, maximal 20 Tage pro Kalenderjahr |

Stellt die Spitaleinrichtung den Ein- und Austrittstag in Rechnung, gelten diese bei der Berechnung der Tage, für die sich der Versicherte an den Spitalkosten beteiligt, als ganze Tage.

Wenn der Versicherte während eines Kalenderjahres die halbprivate und private Abteilung wählt, muss er sich höchstens bis zum Maximalbetrag für die private Abteilung, d. h. bis zu Fr. 4'000.–, an den Spitalkosten beteiligen.

2. Versicherungsschutz bei Mutterschaft
 - a. Die Leistungen der Versicherung H-Bonus bei Schwangerschaft und Niederkunft werden erst 12 Monate nach Inkrafttreten der Versicherung ausgerichtet.
 - b. Bei einem Schwangerschaftsabbruch nach KVG und für jede weitere Mutterschaftsleistung gilt die Karenz-

zeit gemäss Absatz a.

- c. Besteht ein Versicherungsschutz für die Niederkunft, übernimmt der Versicherer während des Spitalaufenthalts der Mutter auch die Aufenthaltskosten für das gesunde und beim Versicherer versicherte Neugeborene.

Art. 5 Umfang der Leistungen

1. Die Versicherung H-Bonus übernimmt Leistungen einer Spitaleinrichtung, wenn Letztere gemäss KVG anerkannt ist (Listenspitäler) oder mit der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG eine Tarifvereinbarung abgeschlossen hat.
2. Der Versicherer übernimmt ausschliesslich die vom KVG anerkannten Behandlungskosten, Spitalaufenthaltskosten und Arzthonorare gemäss der Tarifvereinbarung mit dem Versicherer oder der kantonalen Tarifordnung.
3. Bei Organtransplantationen, für die der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) in Solothurn Fallpauschalen vereinbart hat, übernimmt die Versicherung H-Bonus keine Leistungen. Die entsprechenden Kosten werden von der OKP übernommen. Diese Regel gilt auch für Spitäler, für die keine Fallpauschale vereinbart worden ist.
4. Bei Notfällen und solange der Versicherte nicht in der Lage ist, die Abteilung selbst zu wählen, garantiert der Versicherer ausschliesslich die Leistungen in der allgemeinen Abteilung.

Art. 6 Dauer der Leistungen

1. Die Spitalleistungen werden nur in der akuten Phase der Erkrankung erbracht. Der Leistungsanspruch erlischt, sobald der Kranke nicht mehr als Akutpatient betrachtet wird, insbesondere bei der Behandlung von stabilisierten oder chronischen Leiden oder wenn der Spitalaufenthalt nicht zur Verbesserung des Gesundheitszustands des Versicherten beiträgt.
2. Bei einem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik ist der Leistungsanspruch auf 90 Tage pro Kalenderjahr begrenzt.
3. Bei einem Aufenthalt in einer Reha-Klinik ist der Leistungsanspruch auf 90 Tage pro Kalenderjahr begrenzt.

Art. 7 Spitalaufenthalt im Ausland

1. Erkrankt oder verunfallt ein Versicherter im Ausland und muss notfallmässig stationär behandelt werden, gewährt ihm der Versicherer während höchstens 60 Tagen pro Kalenderjahr maximal Fr. 500.– pro Tag. Die in Art. 4 Abs. 1 aufgeführten Kostenbeteiligungen sind nicht anwendbar.
2. Ohne vorgängige Zustimmung des Versicherers werden vom Versicherten freiwillig gewünschte Auslandbehandlungen nicht übernommen.

Art. 8 Pflicht des Versicherten bei einem Spitalaufenthalt

Der Versicherte ist verpflichtet, sich zu erkundigen, ob die für die Behandlung gewählte Spitaleinrichtung, Abteilung der

Spitaleinrichtung oder Klinik vom Versicherer anerkannt ist. Andernfalls verliert er den Anspruch auf Leistungen.

Art. 9 Leistungsanspruch

1. Der Leistungsanspruch des Versicherten beginnt mit dem Inkrafttreten des Versicherungsvertrags. Art. 4 Abs. 2 Bst. a und b bleiben vorbehalten.
2. Die Leistungen werden nach Behandlungsdatum auf den Höchstbetrag und die Maximaldauer pro Kalenderjahr angerechnet. Die nach der Erschöpfung des Anspruchs anfallenden Kosten können nicht auf das Folgejahr übertragen werden.
3. Die durch diese Bedingungen geregelte Versicherung darf in keinem Fall zur Deckung der gesetzlichen Selbstbehalte und Franchisen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und den Zusatzversicherungen dienen.

Art. 10 Ausrichtung der Leistungen

1. Für die Ausrichtung der Leistungen der Versicherung H-Bonus sind die Rechnung der Spitaleinrichtung und die Honorarforderung des Arztes massgebend. Der Versicherte ermächtigt den Vertrauensarzt des Versicherers, beim behandelnden Arzt die Diagnose und alle zur Festsetzung des Leistungsanspruchs erforderlichen Auskünfte einzuholen.
2. Die Auszahlung erfolgt an den Versicherten, sofern der Versicherer die Leistungen aufgrund einer Vereinbarung nicht direkt der Spitaleinrichtung zu bezahlen hat.

Art. 11 Prämienstufe (Bonussystem)

1. Im Kalenderjahr des Beitritts gilt die Prämienstufe 0.
2. Folgende Prämienstufen sind möglich:

| % der Prämie | Prämienstufe |
|--------------|--------------|
| 100 | 1 |
| 80 | 0 |

Art. 12 Änderung der Prämienstufe

1. Falls der Versicherte während einer Referenzperiode Leistungen gemäss Art. 4 Abs. 1 bezieht, die im Zusammenhang mit einem Spitalaufenthalt in der halbprivaten oder privaten Abteilung stehen, wird die Prämie für das Kalenderjahr nach der Referenzperiode gemäss Prämienstufe 1 festgelegt (100% der Prämie). Diese Prämie gilt während drei Jahren. Trifft die Rechnung der Spitaleinrichtung verspätet beim Versicherer ein, wird die Prämienstufe zu einem späteren Zeitpunkt angepasst.
2. Werden während dieser drei Jahre keine Versicherungsleistungen für andere Spitalaufenthalte in der halbprivaten oder privaten Abteilung ausgerichtet, wird die Prämie für das Kalenderjahr nach der 3-Jahres-Frist gemäss Prämienstufe 0 festgelegt (80% der Prämie).
3. Besteht bei einem späteren Spitalaufenthalt in der halbprivaten oder privaten Abteilung Anspruch auf Versicherungsleistungen, beginnt die 3-Jahres-Frist am Anfang des Kalenderjahres nach der Referenzperiode von neuem.
4. Die ursprüngliche, für die Änderung der Prämienstufe massgebende Referenzperiode beginnt mit dem in der Versicherungspolice festgehaltenen Datum des Inkrafttretens und endet am folgenden 30. Juni.
5. Die nachfolgenden Referenzperioden erstrecken sich auf 12 Monate, jeweils vom 1. Juli bis 30. Juni.
6. Für die Bestimmung der Referenzperiode ist der erste Tag des Spitalaufenthalts entscheidend.
7. Werden für einen Spitalaufenthalt mehrere Rechnungen

ausgestellt, ist das Datum des ersten Tages des Spitalaufenthalts massgebend.

Art. 13 Prämien

1. Erreicht ein Versicherter im Jahresverlauf das Höchstalter seiner Altersklasse, wird er zu Beginn des folgenden Kalenderjahres automatisch in die nächsthöhere Altersklasse umgeteilt. Es gelten folgende Altersklassen:
 - 0 bis 18 Jahre
 - 19 bis 25 Jahre
 - ab dem 26. bis zum 80. Altersjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren
2. Die Prämien hängen von den oben erwähnten Altersklassen sowie von den Prämienstufen ab.
3. Eine Änderung der Prämienstufe (gemäss Art. 12) gilt nicht als Anpassung der Prämie im Sinn von Art. 29 der Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVZ). Demnach ist das Kündigungsrecht bei Prämienanpassung in diesen Fällen nicht anwendbar.

Besondere Bedingungen der Versicherung Hôpital senior

HSGA01-A7 – Ausgabe 01.11.2022

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

Art. 1 Zweck der Versicherung

1. Diese Versicherung deckt die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und Unfall (Mutterschaft ausgeschlossen).
2. Die Versicherung übernimmt Leistungen bei einem stationären Spitalaufenthalt in der Akutpflege, Psychiatrie oder Rehabilitation.

Art. 2 Versicherungsklassen

Die Versicherung Hôpital senior umfasst vier Versicherungsklassen:

Klasse 1

Allgemeine Abteilung mit Hotellerie-Zuschlag für ein Zweibettzimmer in einer Spitaleinrichtung in der Schweiz, die vom Versicherer für diese Leistung anerkannt ist. Die Bestimmungen der Spitäler bleiben vorbehalten.

Medizinische Pflege in der allgemeinen Abteilung ohne freie Arztwahl

Klasse 2

Allgemeine Abteilung mit Hotellerie-Zuschlag für ein Einbettzimmer in einer Spitaleinrichtung in der Schweiz, die vom Versicherer für diese Leistung anerkannt ist. Die Bestimmungen der Spitäler bleiben vorbehalten.

Medizinische Pflege in der allgemeinen Abteilung ohne freie Arztwahl.

Klasse 3

Halbprivate Abteilung einer Spitaleinrichtung in der Schweiz, die vom Versicherer anerkannt ist (Zweibettzimmer).

Klasse 4

Private Abteilung einer Spitaleinrichtung in der Schweiz, die vom Versicherer anerkannt ist (Einbettzimmer).

Art. 3 Franchisen

Die Versicherten der Versicherungsklassen 3 und 4 haben die Möglichkeit, folgende Franchisen zu wählen:

- a. ohne Franchise
- b. CHF 2000.– pro Kalenderjahr gegen eine Prämienreduktion von 10%
- c. CHF 5000.– pro Kalenderjahr gegen eine Prämienreduktion von 25%

Art. 4 Aufnahmebedingungen

Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz kann den Beitritt zur Versicherung Hôpital senior beantragen, ohne Altersbegrenzung.

Art. 5 Versicherte Leistungen

1. Spitalaufenthalt

1. Allgemeines

Bei einem Spitalaufenthalt übernimmt Hôpital senior die Behandlungskosten (einschliesslich Arzthonorare) und die Hotelleriekosten (Zimmer und Verpflegung) entsprechend der gewählten Versicherungsklasse.

Die von der Versicherung Hôpital senior erbrachten Leistungen werden in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung gewährt.

2. Spitalaufenthalt im Ausland

Wenn ein Versicherter im Ausland erkrankt bzw. verunfallt und hospitalisiert werden muss, erbringt der Versicherer während maximal 60 Tagen pro Kalenderjahr gemäss der gewählten Versicherungsklasse folgende Leistungen:

- a. Klasse 1: maximal CHF 500.– pro Tag
- b. Klasse 2: maximal CHF 500.– pro Tag
- c. Klasse 3: maximal CHF 1000.– pro Tag
- d. Klasse 4: maximal CHF 1500.– pro Tag

Ohne vorgängige Zustimmung des Versicherers werden Kosten für freiwillige Spitalaufenthalte im Ausland nicht übernommen.

3. Spitalaufenthalt in einer anderen Abteilung

Wird ein Versicherter der Klasse 3 in der durch die Klasse 4 gedeckten Abteilung hospitalisiert, wird ihm folgende maximale Leistung vergütet: 80% der Hotellerie- und Behandlungskosten

2. Groupe Mutuel Assistance

Der Versicherer übernimmt die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Groupe Mutuel Assistance vorgesehenen Leistungen (Repatriierung und Transport bei einem Schadenfall ausserhalb eines Umkreises von 20 Kilometern ab Wohnort des Versicherten).

Art. 6 Umfang, Dauer und Anspruch der Leistungen

Die Leistungen der Versicherung Hôpital senior werden unter Vorbehalt der nachstehenden Bestimmungen erbracht:

- a. Der Versicherer übernimmt die vom KVG anerkannten Behandlungskosten, die Hotelleriekosten im Spital und die Arzthonorare entsprechend der kantonalen Tarifordnung für die allgemeine Abteilung oder der mit dem Versicherer abgeschlossenen Vereinbarung.
- b. Die Liste der anerkannten Einrichtungen steht auf der Website des Versicherers zur Verfügung oder wird auf Anfrage der versicherten Person abgegeben. Massgebend ist die zum Zeitpunkt der Behandlung gültige Liste. Der Versicherer kann die Liste jederzeit anpassen.
- c. Wird ein Versicherter in einer Einrichtung hospitalisiert, mit welcher der Versicherer kein Tarifabkommen für Hotellerie- und Behandlungskosten abgeschlossen hat, werden dem Versicherten im Rahmen der gewählten Leistungsgruppe die effektiv in Rechnung gestellten stationären Spitalleistungen im Sinn von Art. 5, Abs. 1, Ziff. 1 dieser Besonderen Bedingungen vergütet, jedoch höchstens folgende Beträge:

| | |
|------------------|---------------------------------------|
| Klassen 1 und 2: | CHF 200.– pro Übernachtung im Spital |
| Klasse 3: | CHF 800.– pro Übernachtung im Spital |
| Klasse 4: | CHF 1000.– pro Übernachtung im Spital |

 Der Artikel 5 Absatz 1 Ziffer 3 ist nicht anwendbar.
- d. Im Rahmen der vorliegenden Versicherung besteht kein Versicherungsschutz bei Organtransplantationen, für die der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer in Solothurn (SVK) Fallpauschalen abgeschlossen hat. Dies gilt auch für Spitaleinrichtungen, für die keine Fallpauschalen vereinbart wurden.

- e. Der Leistungsanspruch erlischt, sobald die kranke Person nicht mehr als Akutpatient gilt.
- f. Nach 60 Tagen Spitalaufenthalt innerhalb eines Kalenderjahrs in einer Einrichtung für psychiatrische Behandlungen werden die Leistungen der Versicherung Hôpital senior nicht mehr erbracht.
- g. Nach 90 Tagen Spitalaufenthalt innerhalb eines Kalenderjahrs werden die Leistungen der Versicherung Hôpital senior nicht mehr erbracht. Die Dauer der Leistungen, die im Ausland oder in einer psychiatrischen Einrichtung erbracht werden (60 Tage), wird auf die zuvor genannten 90 Tage angerechnet.
- h. Die Leistungen werden entsprechend den Behandlungsdaten pro Kalenderjahr angerechnet. Die nach Erschöpfung des Anspruchs anfallenden Kosten können nicht auf das folgende Jahr übertragen werden.

Art. 7 Ausrichtung der Leistungen

1. Für die Auszahlung der Versicherungsleistungen sind die Rechnung der Spitaleinrichtung und die Honorarforderung des Arztes massgebend. Der Versicherte ermächtigt den Vertrauensarzt des Versicherers, beim behandelnden Arzt die Diagnose und alle zur Festsetzung des Leistungsanspruchs erforderlichen Auskünfte einzuholen.
2. Die Auszahlung erfolgt an den Versicherten, sofern der Versicherer die Leistungen aufgrund einer Vereinbarung nicht direkt der Spitaleinrichtung zu bezahlen hat.

Art. 8 Pflicht des Versicherten

Der Versicherte ist verpflichtet, sich vor jedem Spitalaufenthalt zu erkundigen, ob die für die Behandlung gewählte Spitaleinrichtung, Abteilung der Spitaleinrichtung oder Klinik vom Versicherer anerkannt ist.

Art. 9 Prämie

1. Die Prämie wird nach einem progressiven Index, der aufgrund des Alters des Versicherten variiert, festgesetzt. Der Index reicht von 100 bis und mit 55 Jahren und steigt pro Lebensjahr um 7 Punkte. Ausschlaggebend ist das im Verlauf des Kalenderjahrs erreichte Alter.
2. Es gilt die gleiche Prämie für Männer und Frauen.

Art. 10 Wirtschaftliche Massnahmen

Verzichtet ein Versicherter der Klassen 3 oder 4 freiwillig oder auf Vorschlag des Versicherers auf eine Unterbringung in der halbprivaten oder privaten Abteilung zugunsten der allgemeinen Abteilung (Klasse 1 oder 2), kann der Versicherer eine Entschädigung von bis zu 50% der nach seiner Einschätzung eingesparten Kosten, maximal jedoch CHF 5000.– pro Spitalaufenthalt, ausrichten.

Besondere Bedingungen der Versicherung H-Capital

KHGA02-A6 – Ausgabe 01.02.2022

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

Art. 1 Zweck der Versicherung

Diese Versicherung deckt die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und Unfall mit Ausnahme von Mutterschaft.

Art. 2 Aufnahmebedingungen

1. Der Versicherung H-Capital können alle Personen ohne Altersgrenze beitreten.
2. Die Versicherung tritt am Anfang eines Monats in Kraft, frühestens jedoch drei Monate nach der Geburt der versicherten Person.

Art. 3 Leistungsanspruch

1. Das Kapital bei Spitalaufenthalt wird bei einem akuten stationären Spitalaufenthalt von mehr als 24 Stunden ausgezahlt oder bei einem Aufenthalt von weniger als 24 Stunden, wenn während einer Nacht ein Bett belegt wird.
2. Das Kapital wird in folgenden Fällen ausgerichtet:
 - Spitalaufenthalt in einem anerkannten Schweizer Allgemeinspital oder in einer psychiatrischen Heilanstalt für Akutranke
 - Spitalaufenthalt im Ausland
 - Aufenthalt in einer Badekur- oder Rehabilitationsanstalt, die vom Versicherer im Sinn des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) anerkannt wird
3. Das versicherte Kapital wird nur einmal pro Kalenderjahr und Spitalaufenthalt ausgerichtet.
4. Wenn sich der Spitalaufenthalt über zwei Kalenderjahre erstreckt, wird die Leistung nur einmal ausgezahlt und auf das Jahr des Datums des Spitaleintritts angerechnet, ausser wenn in diesem Zeitraum bereits eine Versicherungsleistung ausgezahlt wurde.
In diesem Fall wird das Kapital auf das Jahr des Datums des Spitalaustritts angerechnet.
5. In folgenden Fällen werden keine Leistungen erbracht:
 - Mutterschaft
 - ambulante Behandlungen
 - Spitalaufenthalt bei Behandlungen, die vom Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) nicht anerkannt werden
 - teilstationärer Spitalaufenthalt
 - Aufenthalte, die ausschliesslich dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG), dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) oder dem Bundesgesetz über die Militärversicherung (MVG) unterstehen.

Art. 4 Versichertes Jahreskapital

Es können folgende Jahreskapitale versichert werden:

Fr. 300.-; Fr. 500.-; Fr. 600.-; Fr. 900.-; Fr. 1000.-; Fr. 1500.-; Fr. 2000.-; Fr. 2500.-; Fr. 3000.-; Fr. 3500.-.

Art. 5 Versicherte Leistungen

1. Bei einem akuten stationären Spitalaufenthalt gemäss Art. 3 erbringt die Versicherung H-Capital das versicherte Kapital (Art. 4). Art. 3 Abs. 3 bleibt vorbehalten.
2. Die Leistungen der Versicherung H-Capital werden nach den Grundlagen der Summenversicherung bestimmt.

Art. 6 Ausrichtung der Leistungen

1. Die Ausrichtung der Versicherungsleistungen erfolgt gegen Vorweisen der Spitalrechnung. Der Versicherte ermächtigt den Vertrauensarzt des Versicherers, vom behandelnden Arzt die Diagnose oder jede andere Auskunft, die zur Festlegung des Leistungsanspruchs nützlich ist, zu verlangen.
2. Das Kapital wird dem Versicherten ausbezahlt.
Im Todesfall fällt das Kapital den Begünstigten in folgender Rangfolge zu: dem Ehepartner, bei dessen Fehlen den Kindern, bei deren Fehlen dem Vater und der Mutter, bei deren Fehlen den anderen erbberechtigten Personen. Der Versicherte hat die Möglichkeit, die Rangfolge der Begünstigten mit einem Antrag an seinen Krankenversicherer zu ändern.

Art. 7 Prämie

1. Die Prämien sind nach Geschlecht und Altersklasse abgestuft.
2. Erreicht ein Versicherter im Jahresverlauf das Höchstalter seiner Altersklasse, wird er zu Beginn des folgenden Kalenderjahres automatisch in die nächsthöhere Altersklasse umgeteilt. Die geltenden Altersklassen sind:
 - 0 bis 18 Jahre
 - 19 bis 25 Jahre
 - ab dem 26. Altersjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren

Besondere Bedingungen der Taggeldversicherung bei Spitalaufenthalt

BHGA01-A8 – Ausgabe 01.02.2022

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

Art. 1 Aufnahmebedingungen

Bis zum vollendeten 60. Altersjahr kann sich jede Person für ein Taggeld versichern, das während der Dauer eines Spitalaufenthalts ausgerichtet wird.

Art. 2 Versicherte Leistungen

1. Die Taggeldversicherung bei Spitalaufenthalt umfasst Leistungen bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 200.– pro Tag.
2. Die Leistungen werden nach den Grundlagen der Summenversicherung bestimmt.
3. Das Taggeld bei Spitalaufenthalt wird höchstens während 90 Tagen pro Kalenderjahr ausgerichtet.
4. Der Leistungsanspruch erlischt, wenn der Versicherte 360 Taggelder innerhalb von vier Kalenderjahren ausgerichtet hat. Die Versicherungsdeckung endet mit der Erschöpfung des Leistungsanspruchs.

Art. 3 Leistungsanspruch und Karenzfrist

1. Der Anspruch auf Versicherungsleistungen beginnt nach einer Karenzzeit von sechs Monaten.
2. Bei Mutterschaft wird das Taggeld erst nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten ausgerichtet.
3. Die Versicherungsleistungen enden bei der Auflösung des Versicherungsvertrags. Der Leistungsanspruch für einen laufenden Schadenfall bleibt vorbehalten.

Art. 4 Prämie

1. Der Versicherte, der im Jahresverlauf das Höchstalter seiner Altersklasse erreicht, wird zu Beginn des folgenden Kalenderjahrs automatisch in die nächsthöhere Altersklasse umgeteilt. Es gelten folgende Altersklassen:
 - 0 bis 18 Jahre
 - 19 bis 25 Jahre
 - Ab dem 26. bis zum 71. Altersjahr werden die Altersklassen jeweils nach fünf Jahren unterteilt.Bei den Prämien werden die obgenannten Altersklassen berücksichtigt.
2. Der Prämientarif berücksichtigt ebenfalls das Eintrittsalter des Versicherten in diese Versicherung.

MUGA01-A7 – Ausgabe 01.02.2022

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

Art. 1 Abschluss der Versicherung

1. Die Versicherung kann von jeder Person mit Wohnsitz in der Schweiz – ohne Altersbegrenzung – abgeschlossen werden.
2. Die Versicherung wird gemäss Artikel 12 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für mindestens eine Versicherungsperiode abgeschlossen. Danach verlängert sie sich stillschweigend um ein weiteres Kalenderjahr.

Art. 2 Geltungsbereich

1. Die Versicherungsdeckung Mundo ist mit Ausnahme der Schweiz auf der ganzen Welt gültig.
2. In Abweichung von Absatz 1 gilt die Versicherung Mundo in der Schweiz für die freiwillige Leistung der Impfung.
3. Nach der Rückkehr des Versicherten an seinen Wohnsitz ist die Weiterführung einer in den Ferien oder auf der Reise begonnenen Behandlung nicht mehr im Rahmen dieser Versicherung gedeckt.

Art. 3 Beginn der Versicherungsdeckung

Der Versicherungsvertrag tritt am Datum, das auf der Versicherungspolice angegeben ist, in Kraft.

Art. 4 Auflösung des Versicherungsvertrags

Nach einer Versicherungsperiode kann der Versicherungsnehmer den Vertrag unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres kündigen.

Art. 5 Versicherte Summe

Die versicherte Summe beläuft sich maximal auf Fr. 100'000.– pro Kalenderjahr.

Art. 6 Versicherte Leistungen

Bei Krankheit oder Unfall dient die versicherte Summe der Rückerstattung der hiernach aufgeführten Kosten:

1. nach Krankenversicherungsgesetz (KVG) anerkannte ambulante Behandlungen
2. Hospitalisierung für nach KVG anerkannte Behandlungen
3. Ausländische gesetzliche Kostenbeteiligungen zulasten des Versicherten unter Anwendung des Personenfreizügigkeitsabkommens zwischen der Schweiz und der EU/EFTA oder anderer internationaler Sozialversicherungsabkommen
4. Kosten für notwendige und im Fall einer Reise ins Ausland vom Bundesamt für Gesundheit empfohlene Impfungen, die in der Krankenpflege-Leistungsverordnung nicht enthalten sind
5. Transporte, die für die Behandlung notwendig sind, in das nächstgelegene Spitalzentrum
6. Transporte im Fall einer Heimreise in die Schweiz, inklusive Transport einer verstorbenen Person, mit vorhergehender Zustimmung des Versicherers
7. Suche und Rettung des kranken Versicherten oder des Versicherten, dessen körperliche Integrität bedroht ist

8. Besuch durch ein Familienmitglied des Versicherten, wenn Letzterer seit mehr als sieben Tagen hospitalisiert ist, und zwar:
 - die nachgewiesenen Kosten für die Hin- und Rückreise in der Economy-Klasse sowie die Kosten der öffentlichen Transportmittel bis zum Spital, in dem der Versicherte hospitalisiert ist
 - die nachgewiesenen Kosten für Unterkunft und Verpflegung, jedoch maximal Fr. 250.– pro Tag bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 2000.–
9. Beim Tod im Ausland aufgrund von Krankheit oder Unfall wird ein Kapital von Fr. 5000.– ausbezahlt. Anspruchsberechtigt sind:
 - a. der Ehegatte oder eingetragene Partner des Versicherten, bei dessen Fehlen
 - b. die Kinder des Versicherten zu gleichen Teilen, bei deren Fehlen
 - c. die Eltern des Versicherten (direkte Vorfahren) zu gleichen Teilen, bei deren Fehlen
 - d. die Grosseltern des Versicherten zu gleichen Teilen, bei deren Fehlen
 - e. die Geschwister des Versicherten zu gleichen Teilen, bei deren Fehlen
 - f. die gesetzlichen Erben des Versicherten unter Ausschluss des Gemeinwesens
10. Der Versicherungsnehmer kann jederzeit durch eine schriftliche Mitteilung an den Versicherer Begünstigte bestimmen oder ausschliessen (Artikel 37 Allgemeine Versicherungsbedingungen). Falls der/die genannte/-n begünstigte/-n Person/-en vorverstorben ist/sind, gelten die Bestimmungen in Absatz 9.
11. Die in obenerwähnten Absätzen 1 bis 8 bezeichneten Kosten werden nach den Grundlagen der Schadenversicherung bestimmt. Das Todesfallkapital wird nach den Grundlagen der Summenversicherung bestimmt.

Art. 7 Ausgeschlossene Leistungen

Die versicherte Summe kann in den nachstehenden Fällen nicht beansprucht werden:

1. wenn der Versicherte beschliesst, sich freiwillig im Ausland behandeln zu lassen
2. Für bereits behandelte Krankheiten, die sich zum Zeitpunkt der Abreise noch nicht stabilisiert haben
3. Für persönliche Auslagen wie Getränke, Telefongespräche, Miete eines Fernsehgeräts etc.

Art. 8 Nachweis des Anspruchs auf die Entschädigung bei Todesfall im Ausland

Der Todesschein oder jedes andere Dokument, das als notwendig erachtet wird, ist dem Versicherer vorzulegen.

Der Versicherer hat das Recht, die Beträge, die ihm unter Umständen vom Verstorbenen geschuldet werden, von der an die Hinterbliebenen auszurichtende Todesfall-Entschädigung abzuziehen.

Der Anspruch auf die Todesfall-Entschädigung erlischt ohne weitere Meldung nach einer Frist von zwei Jahren ab dem

Todestag an gerechnet, falls der Todesschein dem Versicherer nicht vorgelegt wird.

Art. 9 Krankheits- oder Unfallmeldung

Der Versicherte oder seine Angehörigen haben dem Versicherer jede Krankheit und jeden Unfall innert kürzester Frist zu melden und gleichzeitig anzugeben, ob es sich um einen Mundo-Versicherungsfall handelt.

Art. 10 Ausrichtung der Leistungen

1. Werden mehrere Familienmitglieder gleichzeitig krank oder erleiden sie gleichzeitig einen Unfall, so muss vom Arzt, Spital, Apotheker usw. eine separate Rechnung für jeden Versicherten verlangt werden.
2. Um die Rückerstattung der Kosten zu erhalten, muss der Versicherte alle notwendigen Belege einreichen (detaillierte Originalrechnungen, ärztliche Zeugnisse, Rezepte, Zahlungsbestätigungen etc.).
3. Als Wechselkurs für Rechnungen aus dem Ausland gilt der offizielle Devisenkurs des Schweizer Frankens am letzten Tag der Behandlung.
4. Der Versicherer anerkennt die üblichen Tarife, die im Land oder der Region, wo die Behandlung durchgeführt wurde, gültig sind. Er behält sich das Recht vor, übertrieben hohe Rechnungen zu reduzieren.

Art. 11 Prämie

Erreicht ein Versicherter im Jahresverlauf das Höchstalter seiner Altersklasse, wird er zu Beginn des folgenden Kalender-

jahres 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. 12 Kombinationsrabatt

1. Wenn bestimmte Leistungen auch durch andere beim Versicherer abgeschlossene Zusatzversicherungen gedeckt sind, kann ein Kombinationsrabatt auf die Prämie der Versicherung Mundo gewährt werden.
2. Die Zusatzversicherungen, die einen Anspruch auf einen Kombinationsrabatt begründen, sind in den Dokumenten zu vorvertraglichen Informationen aufgeführt, die dem Antragsteller gemäss Artikel 3 VVG ausgehändigt werden.
3. Der Kombinationsrabatt entfällt, sobald die in Absatz 1 definierten Anspruchsbedingungen nicht mehr erfüllt sind.
4. Der Versicherer kann diese Rabatte gemäss Artikel 29 der AVZ ändern oder aufheben.

Art. 13 Gerichtsstand

1. Die Verpflichtungen aus diesem Vertrag sind in der Schweiz und in Schweizer Franken zu erfüllen.
2. Bei Streitigkeiten kann der Versicherungsnehmer oder der Anspruchsberechtigte entweder die Gerichte an seinem Schweizer Wohnort oder diejenigen am Sitz des Versicherers wählen.

Besondere Bedingungen Zahnpflegeversicherung Dentaire plus

DP

DPGA02-A7 – Ausgabe 01.08.2006

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

Art. 1 Zweck der Versicherung

1. Aus der Kategorie DP (Zahnpflegeversicherung Dentaire plus) werden gegen Bezahlung der entsprechenden Prämien Leistungen für zahnärztliche Behandlungen gemäss den Bestimmungen der vorliegenden Besonderen Bedingungen ausgerichtet.
2. Die aus dieser Versicherung gewährten Leistungen werden ergänzend zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht.

Art. 2 Aufnahmebedingungen

1. Alle Personen können der Zahnpflegeversicherung Dentaire plus in den Klassen 1, 2 und 3 bis zum vollendeten 60. Altersjahr beitreten. Der Klasse 0 können nur Personen im Alter von 0 bis 18 Jahren beitreten.
2. Die Aufnahme erfolgt auf der Grundlage eines vom Versicherer abgegebenen Formulars, das der Antragsteller oder sein gesetzlicher Vertreter zu unterschreiben hat und dem ein zahnärztliches Zeugnis beizulegen ist. Das Zeugnis muss von einem Zahnarzt ausgestellt sein, der über ein eidgenössisches oder ein gleichwertiges, in der Schweiz anerkanntes Diplom verfügt.

3. Der Versicherer übernimmt das Honorar des Zahnarztes, der das Zeugnis ausgestellt hat, bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 75.–.

Art. 3 Leistungen

1. Die Zahnpflegeversicherung Dentaire plus deckt:
 - a. kieferorthopädische Behandlungen
 - b. Zahnbehandlungen, die von einem eidgenössisch diplomierten Zahnarzt durchgeführt werden
 - c. Laborkostenbis zu folgenden Jahreshöchstbeträgen:
 - Klasse 0: 75% des tarifmässig in Rechnung gestellten Betrags, maximal jedoch Fr. 15'000.– pro Kalenderjahr für die in Abs. 1. a. beschriebenen Leistungen und bis zum vollendeten 18. Altersjahr
 - Klasse 1: 75% des tarifmässig in Rechnung gestellten Betrags, maximal jedoch Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr für die in den Abs. 1. a., b., und c. beschriebenen Leistungen
 - Klasse 2: 75% des tarifmässig in Rechnung gestellten Betrags, maximal jedoch Fr. 3'000.– pro Kalenderjahr für die in den Abs. 1. a., b. und c. beschriebenen Leistungen

Klasse 3: 75% des tarifmässig in Rechnung gestellten Betrags, maximal jedoch Fr. 15'000.– pro Kalenderjahr für die in den Abs. 1. a., b. und c. beschriebenen Leistungen

2. Es werden nur Behandlungen übernommen, die von einem nach KVG anerkannten Leistungserbringer durchgeführt werden.
3. Die Leistungen werden bei Behandlungen als Folge einer Krankheit oder eines Unfalls bis zum versicherten Betrag gewährt.

Art. 4 Leistungsanspruch

1. Für zahnärztliche Behandlungen als Folge eines Unfalls, der sich nach Inkrafttreten der Versicherung ereignet hat, beginnt der Leistungsanspruch sofort.
2. Für alle zahnärztlichen Behandlungen erbringt der Versicherer die Leistungen nach einer Wartefrist von drei Monaten unter Vorbehalt von Art. 4 Abs. 1 und 3.
3. Für die Klassen 1 bis 3 werden die Leistungen für prothetische Behandlungen (Zahnersatz, Anbringen von Kronen, Stiftzähnen, Brücken, Teil- oder Totalprothesen usw.) bei einem Unfall sofort nach Inkrafttreten der Versicherung gewährt; in allen anderen Fällen werden sie frühestens nach einer Mitgliedschaftsdauer von 12 Monaten in der Zahnpflegeversicherung Dentaire plus gewährt.
4. Mit dem Austritt aus der Versicherung DP verliert der Versicherte jeglichen Anspruch auf Leistungen dieser Versicherung, einschliesslich der gesamten Nachbehandlungen.
5. Sollten sich Zahnpflegeleistungen aus den Heilungskosten-Zusatzversicherungen SC, SB, GL, GM und GP mit den Leistungen der Zahnpflegeversicherung Dentaire plus (DP) überschneiden, werden die Leistungen aus der Dentaire Plus erbracht.

Art. 5 Prophylaxe

Einmal pro Kalenderjahr wird in den Klassen 1 bis 3 ein Beitrag von Fr. 75.– an eine zahnärztliche prophylaktische Kontrolluntersuchung gewährt.

Art. 6 Leistungen im Ausland

Mit vorgängiger Bewilligung des Versicherers werden Behandlungen im Ausland übernommen, sofern die ausländische Medizinalperson über eine Ausbildung verfügt, die der schweizerischen Ausbildung gleichgestellt ist, und die Kosten nicht höher sind als jene, die in der Schweiz in Rechnung gestellt würden.

Art. 7 Ausgeschlossene Leistungen

1. Für die zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Zahnpflegeversicherung fehlenden oder bereits ersetzten Zähne besteht kein Anspruch auf Leistungen für den späteren Ersatz oder für die Änderung des bestehenden Ersatzes, ausser bei Unfällen, die sich nach Inkrafttreten der Versicherung ereignen.
2. Von der Versicherung DP ausgeschlossen sind die zahnärztlichen Behandlungen, die auf einen Unfall zurückzuführen sind, der sich vor Beginn der Mitgliedschaft ereignet hat.
3. Der Versicherer behält sich das Recht vor, die vor dem Ausfüllen des Versicherungsantrags bereits geplanten Behandlungen auszuschliessen.
4. Bei Behandlungen, für welche die obligatorische Unfallversicherung, die Invalidenversicherung, die Militärversicherung oder ein Dritter leistungspflichtig sind, gewährt der

Versicherer seinerseits keine Leistungen aus der Zahnpflegeversicherung, auch wenn der Versicherte im Zusammenhang mit diesen Behandlungen für einen Teil der Auslagen aufkommen muss.

Art. 8 Bezugstarif

Für die Bemessung der im Rahmen dieser Besonderen Bedingungen gedeckten Leistungen ist der offizielle UVG-Tarif massgebend (Nomenklatur und Taxpunktwert).

Art. 9 Abwicklung der Schadenfälle

1. Der Versicherte ist Honorarschuldner des Zahnarztes.
2. Die Leistungen des Versicherers werden nur aufgrund einer detaillierten Rechnung, welche die durch die Versicherung gedeckten Positionen berücksichtigt, gewährt (Formular für Rückvergütungsbegehren der Schweizerischen Zahnärztes-Gesellschaft). Auf Verlangen des Versicherers, insbesondere bei komplizierten Fällen, hat der Versicherte gegebenenfalls weitere Einzelheiten zur Festsetzung der Leistungen beizubringen. Werden diese Angaben nicht beigebracht, setzt der Versicherer die Grundtarifizierung nach eigenem Ermessen fest. Kann die ausgeführte Arbeit nicht aus der Rechnung entnommen werden, so ist der Versicherer nicht leistungspflichtig.
3. Unfälle müssen dem Versicherer zwangsläufig innert sechs Tagen schriftlich gemeldet werden. Bei verspäteter Unfallmeldung kann der Versicherer einseitig entscheiden, für diesen Schadenfall keine Leistungen auszurichten.

Art. 10 Prämie

Die Altersklassen sind in 5-Jahres-Abschnitte abgestuft. Der Versicherte, der während eines Jahres das Höchstalter seiner Altersklasse erreicht, wird auf Beginn des nächsten Kalenderjahres automatisch in die nächsthöhere Altersklasse umgeteilt.

Art. 11 Vorbehalte

Der Versicherte kann die Aufhebung der Vorbehalte beantragen, indem er ein auf seine Kosten erstelltes Zeugnis vorlegt, das nachweist, dass die kranken Zähne saniert, ersetzt oder extrahiert worden sind.

Art. 12 Klassenwechsel

1. Für die Klasse 0 endet die Versicherungsdeckung am Ende des Kalenderjahrs, in dem der Versicherte seinen 18. Geburtstag feiert. In diesem Fall wechselt der Versicherte automatisch per 1. Januar des Jahrs, das dem Ende der Deckung in der Klasse 0 folgt, in die Klasse 1. Dies geschieht unter Vorbehalt, dass er nicht bereits von einer Klasse 1, 2 oder 3 gedeckt ist, und ohne Anwendung der in Art. 4 Abs. 2 und 3 der vorliegenden Besonderen Bedingungen vorgesehenen Wartefrist.
2. Der Versicherte kann diesen Klassenwechsel innert 30 Tagen nach Erhalt der neuen Versicherungspolice mit einer schriftlichen Mitteilung an seinen Versicherer ablehnen.

Besondere Bedingungen der Versicherung Acrobat

AB

ABGA02-A8 – Ausgabe 01.10.2021

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

Art. 1 Zweck der Versicherung

Acrobat deckt die wirtschaftlichen Folgen eines Unfalls.

Art. 2 Versicherte Ereignisse

1. Versichert sind Unfälle in der Schule und im täglichen Leben, einschliesslich Unfälle bei Spiel und Sport und bei der Benützung von Motorfahrzeugen mit den erforderlichen Bewilligungen.
2. Versichert sind ebenfalls Unfälle und Berufskrankheiten, die durch die obligatorische Unfallversicherung (UVG) gedeckt sind.

Art. 3 Unfallbedingte Verletzungen

1. Zusätzlich zu den Bestimmungen, die in den Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVZ) vorgesehen sind, werden auch folgende Fälle als Unfälle bezeichnet: Meniskusverletzungen, die frühestens zwei Jahre nach Versicherungsbeginn auftreten und erstmals behandelt werden, sowie die Folgen von Erfrierungen, Hitzschlag, Sonnenstich und Gesundheitsschädigungen durch ultraviolette Strahlen, ausgenommen Sonnenbrand. Ertrinken gilt als Unfall.
2. Die Leistungen werden auch ausgerichtet für Gesundheitsschädigungen, die der Versicherte im Rahmen von Therapie- und Untersuchungsmassnahmen erleidet, die mit einem versicherten Unfall zusammenhängen.

Art. 4 Aufnahmebedingungen

Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz kann der Versicherung Acrobat bis zum vollendeten 18. Lebensjahr beitreten.

Art. 5 Ende des Versicherungsvertrags (Höchstalter des Versicherten)

Zusätzlich zu den Bestimmungen, die in den Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVZ) vorgesehen sind, enden der Versicherungsvertrag sowie der Anspruch auf Leistungen am Ende des Jahrs, in dem der Versicherte sein 18. Lebensjahr erreicht.

Art. 6 Automatische Anpassung der Versicherung (ab 19 Jahren)

1. Wenn der Vertrag aus den in Artikel 5 genannten Gründen ausläuft, werden Versicherte mit Stufe 1 oder 2 (vgl. Artikel 7) automatisch in die Versicherung ProVista (ID) mit derselben Versicherungssumme transferiert. Versicherte mit Stufe 1P (vgl. Artikel 7) werden automatisch in die Versicherung ActiVita (AJ) übertragen. Die Versicherungen treten am 1. Januar des Jahres in Kraft, das auf das Ende der Acrobat-Versicherung folgt.
2. Der Versicherte hat das Recht, den Übertritt in die Versicherung ProVista (ID) respektive ActiVita (AJ) innert 30 Tagen nach Erhalt der neuen Versicherungspolice zu verweigern. Er teilt dies dem Versicherer mit.

Art. 7 Leistungsstufen

1. Der Versicherungsvertrag wird nach einer der folgenden Stufen abgeschlossen:
 - Stufe 1 – Acrobat^{light}
 - Stufe 1P – Acrobat^{eco}
 - Stufe 2 – Acrobat^{standard}
2. Die auf der Versicherungspolice bezeichnete Stufe entscheidet über den Leistungsanspruch.

Art. 8 Versicherungsarten

1. Acrobat gewährt je nach gewählter Deckungsstufe (s. Art. 7.1) folgende Leistungen:
 - a. Heilungskosten und diverse Kosten (Art. 10)
 - b. Kapital bei einem Spitalaufenthalt (Art. 10)
 - c. Kapital infolge Invalidität (Art. 11)
 - d. Kapital im Todesfall (Art. 12)
2. Die versicherten Leistungen jeder Stufe sind in Anhang B zusammengefasst.
3. Heilungskosten und sonstige Kosten sind durch die Schadenversicherung gedeckt. Kapital bei Spitalaufenthalt, Invaliditätskapital oder Todesfallkapital sind durch die Summenversicherung gedeckt.

Art. 9 Leistungsanspruch

1. Die Vertragsleistungen werden für Unfälle ausgerichtet, die sich nach Inkraftsetzung der Versicherung ereignet haben.
2. Die Ausrichtung der Leistungen setzt die Einreichung eines Arzzeugnisses, eines Totenscheins oder eines Erbscheins voraus. Es werden nur Originaldokumente angenommen.

Art. 10 Heilungskosten und diverse Kosten

1. Die Heilungskosten sind zusätzlich zu den Leistungen von den schweizerischen oder ausländischen Sozialversicherungen, besonders KVG, UVG und IVG, versichert.
2. Der Versicherer übernimmt nur die Differenz zwischen den geschuldeten Leistungen der unter Punkt 1 erwähnten Sozialversicherungen und den Leistungen, die unter den Punkten 3.1 bis 3.12 vorgesehen sind. Ohne gegenteilige Abmachung sind die Leistungstarife des UVG anzuwenden.
3. Die folgenden Leistungen werden vergütet (s. Anhang B, der integraler Bestandteil dieser Besonderen Bedingungen ist):
 1. **Medizinische Kosten in der Schweiz (allgemeine Abteilung)**
Die Kosten für notwendige Behandlungen, einschliesslich Analysen und Medikamente (mit Ausnahme der pharmazeutischen Präparate mit spezieller Verwendung LPPV), die durch einen Arzt, Chiropraktiker oder Zahnarzt vorgenommen oder verschrieben werden, sowie die Kosten für Behandlung, Aufenthalt und Pension auf der allgemeinen Abteilung in einem vom Versicherer anerkannten schweizerischen Spital.
 2. **Medizinische Kosten bei Notfall im Ausland**
Die Kosten für die notwendige ambulante oder sta-

tionäre medizinische Behandlung, einschliesslich Medikamente und Analysen, wenn sich der Unfall im Ausland ereignet.

3. Hauspflege und Haushaltshilfe

Nach einem Krankenhausaufenthalt und auf vorgängiges Gesuch des Versicherten der vorgesehene Betrag für die medizinisch notwendige Anstellung einer Familienhilfe, die einer offiziellen Organisation angehören muss. Auf der Grundlage desselben Tarifs kann einem Elternteil, der seine berufliche Tätigkeit unterbricht, um den Versicherten zu pflegen, ein Beitrag ausbezahlt werden.

4. Hilfsmittel und Krankenmobiliar

Die Kosten für den Ersterwerb von Prothesen, Brillen, Hörgeräten und orthopädischen Hilfsmitteln sowie die Kosten für die Reparatur oder den Ersatz (Neuwert) derselben, wenn diese bei einem versicherten Unfall, der eine Körperverletzung verursacht hat und eine medizinische Behandlung nötig macht, beschädigt oder zerstört werden.

Die Kosten für die Miete von Krankenmobiliar.

5. Kosten für Transport, Suche und Rettung

Den vorgesehenen Kostenanteil für Transporte als Folge des Unfalls bis zur nächstgelegenen Spital Einrichtung oder zum nächsten Arzt, sofern diese medizinisch notwendig sind. Dieser Betrag wird nur für Transporte mittels Ambulanz, Helikopter oder bei Rettungsaktionen erbracht. Die Kosten öffentlicher Verkehrsmittel (Bahn, Bus) sind ebenfalls gedeckt, sofern der Transport aufgrund einer ambulanten Behandlung notwendig ist und dadurch ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann.

Die notwendigen Such- und Rettungskosten, falls sich der Versicherte in einer nachweisbaren Notsituation befand, welche die entstandenen Kosten rechtfertigt.

6. Ästhetische Chirurgie

Kosten für ästhetische Operationen, die infolge eines versicherten Unfalls notwendig werden.

7. Zusätzliche Leistungen, wenn der Unfall im Ausland erfolgt

- Wird der Versicherte im Ausland ins Spital eingeliefert und kann er aus medizinischen Gründen nicht in die Schweiz verlegt werden, werden die Reisekosten von Angehörigen des Versicherten an den Ort des Spitalaufenthalts, wenn der Spitalaufenthalt länger als drei Tage dauert, übernommen.
- Bei Tod des Versicherten im Ausland werden die Transportkosten für die Rückführung seiner sterblichen Überreste an Bord eines regulären Linienflugzeugs oder mit einem hierfür vorgesehenen Wagen bis zum Wohnort in der Schweiz übernommen.

8. Kosten für Nachhilfestunden

Die bescheinigten Kosten für Nachhilfestunden, die von einer qualifizierten und entsprechend ausgebildeten Person erteilt werden, wenn der Versicherte länger als zwei Monate nicht mehr in der Lage ist, dem Unterricht zu folgen.

9. Sportabonnement

Kann der Versicherte infolge eines Unfalls keinen Sport ausüben, erstattet der Versicherer die vor dem Unfall abgeschlossenen und nicht nutzbaren Sportpakete oder Sportabonnemente pro rata temporis und gegen Vorlage der Originalbelege und der medizinischen Nachweise.

Die maximale Vergütung beträgt Fr. 500.– pro Unfall.

Zusätzlich zu den unter Punkt 3.1 bis 3.9 erwähnten

Leistungen übernimmt Acrobat Stufe 1P die unter 3.10 aufgeführte Leistung.

10. Medizinische Kosten in der Schweiz (private Abteilung)

Alle unter 3.1 aufgeführte Kosten auch in der privaten Abteilung eines vom Versicherer anerkannten schweizerischen Spitals.

Zusätzlich zu den unter Punkt 3.1 bis 3.10 erwähnten Leistungen übernimmt Acrobat Stufe 2 folgende Leistungen:

11. Hilfeleistung im Ausland und Rückführung

Vorgesehene Leistungen nach den Versicherungsbedingungen der Groupe Mutuel Assistance, deren Bestimmungen integraler Bestandteil dieser Vertragsbedingungen sind.

12. Kapital bei Spitalaufenthalt

Bei einem Spitalaufenthalt von mehr als 24 Stunden in einem vom Versicherer anerkannten schweizerischen Spital oder im Ausland wird ein Kapital von Fr. 500.– pro Kalenderjahr ausbezahlt.

Die Ausrichtung der Versicherungsleistungen erfolgt auf Wunsch des Versicherungsnehmers und gegen Vorweisung der Spitalrechnung. Der Vertrauensarzt des Versicherers wird ermächtigt, vom behandelnden Arzt die Diagnose oder jede andere Auskunft, die zur Festlegung des Leistungsanspruchs nützlich ist, zu verlangen.

Art. 11 Invaliditätskapital

Diese Leistungen werden Versicherten mit Acrobat Stufe 1 und 2 vergütet.

a. Kapital

Das versicherte Kapital bei Invalidität beträgt Fr. 200'000.–.

b. Anspruch

Hat der Unfall eine voraussichtlich bleibende Invalidität zur Folge, wird das Invaliditätskapital ausbezahlt. Dieses wird nach dem Grad der Invalidität und der Skala gemäss Buchstabe c bestimmt.

c. Invaliditätsgrad

1. Der Invaliditätsgrad wird nach folgenden Regeln festgesetzt:
 - Verlust von mindestens zwei Gliedern eines Langfingers oder eines Glieds des Daumens 5%
 - Verlust eines Daumens 20%
 - Verlust einer Hand 40%
 - Verlust eines Arms im Ellbogen oder oberhalb desselben 50%
 - Verlust einer Grossezehe 5%
 - Verlust eines Fusses 30%
 - Verlust einer Niere 20%
 - Verlust der Milz 10%
 - Verlust der Geschlechtsorgane oder der Fortpflanzungsfähigkeit 40%
 - Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns 15%
 - Verlust des Gehörs auf einem Ohr 15%
 - Verlust des Sehvermögens auf einer Seite 30%
 - vollständige Taubheit 85%
 - vollständige Blindheit 100%
 - habituelle Schulterluxation 10%
 - Verlust eines Beins im Kniegelenk 40%
 - Verlust eines Beins oberhalb des Kniegelenks 50%
 - Verlust einer Ohrmuschel 10%
 - Verlust der Nase 30%
 - Skalpierung 30%
 - sehr schwere Entstellung im Gesicht 50%
 - schwere Beeinträchtigung der Kaufähigkeit 25%

- sehr starke schmerzhaft funktionseinschränkung der Wirbelsäule 50%
 - Paraplegie 90%
 - Tetraplegie 100%

 - sehr schwere Beeinträchtigung der Lungenfunktion 80%
 - sehr schwere Beeinträchtigung der Nierenfunktion 80%
 - Beeinträchtigung von psychischen Teilfunktionen wie Gedächtnis und Konzentrationsfähigkeit 20%
 - posttraumatische Epilepsie mit Anfällen oder in Dauermedikation ohne Anfälle 30%
 - sehr schwere organische Sprachstörungen, sehr schweres motorisches oder psychoorganisches Syndrom 80%
2. Die vollständige Gebrauchsunfähigkeit eines Glieds oder eines Organs wird seinem vollständigen Verlust gleichgestellt.
 3. Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit gilt ein entsprechend geringerer Prozentsatz.
 4. Bei vorstehend nicht aufgeführten Fällen wird der Invaliditätsgrad entsprechend der Entschädigungsskala zur Bemessung der Integritätsschäden in Anhang 3 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) sowie den Suva-Tabellen festgelegt. Wenn der Invaliditätsgrad nicht in Anwendung der vorstehenden Regeln festgelegt werden kann, wird er auf der Grundlage medizinischer Feststellungen unter Berücksichtigung der Schwere der Beeinträchtigung bestimmt.
 5. Sind vom Unfall mehrere Körperteile oder Organe betroffen, werden die Prozentsätze zusammengezählt. Der Invaliditätsgrad kann jedoch nie mehr als 100% betragen.
 6. Psychische und nervöse Störungen geben nur Anspruch auf eine Entschädigung, soweit sie nachgewiesenermassen auf die durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems zurückzuführen sind.
 7. Die Festsetzung des Invaliditätsgrades erfolgt zum Zeitpunkt, in dem der Zustand des Versicherten als definitiv angenommen wird, spätestens jedoch fünf Jahre nach dem Unfall.
- d. Progression**
1. Beträgt der Invaliditätsgrad nicht mehr als 25%, wird die Versicherungssumme gemäss dem Prozentsatz, der dem Invaliditätsgrad entspricht, ausgerichtet.
 2. Beträgt der Invaliditätsgrad mehr als 25%, werden die Leistungen gemäss der Tabelle in Anhang A erhöht (in Prozenten der vereinbarten Versicherungssumme).

Art. 12 Kapital im Todesfall

Diese Leistungen werden Versicherten mit Acrobat Stufe 1 und 2 vergütet.

1. Führt der Unfall zum Tod des Versicherten, wird ein Kapital von Fr. 10 000.– ausbezahlt. Ausgenommen sind Kinder, die zum Zeitpunkt des Todes jünger als 2 Jahre und 6 Monate sind. In diesem Fall ist das Kapital auf Fr. 2500.– limitiert.
2. Die Anspruchsberechtigten sind:
 - Vater und Mutter, zu gleichen Teilen, bei deren Fehlen
 - Brüder und Schwestern, zu gleichen Teilen, bei deren Fehlen
 - Grosseltern, zu gleichen Teilen
3. In Abwesenheit der oben genannten Überlebenden

kommt der Versicherer nur für den Teil der Beerdigungskosten auf, die nicht von einem anderen Versicherer gedeckt sind. Die Höchstsumme entspricht dem versicherten Kapital unter Punkt 1.

4. Eventuelle Leistungen für Invalidität, die bereits für die Folgen des gleichen Unfalls bezahlt wurden, werden von der Todesfalleistung abgezogen.
5. Der Überlebende, der den Tod des Versicherten absichtlich verursacht hat, verliert seinen Leistungsanspruch.

Art. 13 Befreiung von der Prämienzahlung

1. Der Versicherer übernimmt die ganze Zahlung der periodischen Prämien von Acrobat bis zum Vertragsende (s. Art. 5), wenn, infolge eines während der Versicherungsdauer eintretenden Unfalls, der Vater oder die Mutter mit einem Invaliditätsgrad von über 50% invalid wird oder stirbt.
2. Die Übernahme der Prämie erfolgt am Folgetag nach Eintritt der Invalidität oder des Todesfalls und muss an den Versicherer unter Beilegung der entsprechenden offiziellen Dokumente (Verfügung der IV-Stelle, Todesschein und Familienbuch) beantragt werden.

Art. 14 Leistungen Dritter

Die in den Sozialversicherungen (KVG, UVG und IVG) vorgesehenen Franchisen, Selbstbeteiligung an Kosten und die eventuell vom Krankenversicherer in Rechnung gestellten Gebühren werden nicht bezahlt.

Art. 15 Selbstverschulden

Der Versicherer verzichtet auf eine Kürzung seiner Leistungen bei Unfällen, die auf Unvorsichtigkeit oder Grobfahrlässigkeit des Versicherten zurückzuführen sind.

Art. 16 Mitwirkung unfallfremder Tatsachen

Sind die Gesundheitsschäden nur zum Teil auf einen versicherten Unfall zurückzuführen, werden die Leistungen auf der Grundlage eines ärztlichen Gutachtens verhältnismässig festgesetzt.

Art. 17 Prämie

Die Prämie ist in der Versicherungspolice angegeben.

Anhang A

| Invaliditätsgrad % | Entschädigung % | Invaliditätsgrad % | Entschädigung % | Invaliditätsgrad % | Entschädigung % |
|--------------------|-----------------|--------------------|-----------------|--------------------|-----------------|
| 26 | 28 | 51 | 105 | 76 | 230 |
| 27 | 31 | 52 | 110 | 77 | 235 |
| 28 | 34 | 53 | 115 | 78 | 240 |
| 29 | 37 | 54 | 120 | 79 | 245 |
| 30 | 40 | 55 | 125 | 80 | 250 |
| 31 | 43 | 56 | 130 | 81 | 255 |
| 32 | 46 | 57 | 135 | 82 | 260 |
| 33 | 49 | 58 | 140 | 83 | 265 |
| 34 | 52 | 59 | 145 | 84 | 270 |
| 35 | 55 | 60 | 150 | 85 | 275 |
| 36 | 58 | 61 | 155 | 86 | 280 |
| 37 | 61 | 62 | 160 | 87 | 285 |
| 38 | 64 | 63 | 165 | 88 | 290 |
| 39 | 67 | 64 | 170 | 89 | 295 |
| 40 | 70 | 65 | 175 | 90 | 300 |
| 41 | 73 | 66 | 180 | 91 | 305 |
| 42 | 76 | 67 | 185 | 92 | 310 |
| 43 | 79 | 68 | 190 | 93 | 315 |
| 44 | 82 | 69 | 195 | 94 | 320 |
| 45 | 85 | 70 | 200 | 95 | 325 |
| 46 | 88 | 71 | 205 | 96 | 330 |
| 47 | 91 | 72 | 210 | 97 | 335 |
| 48 | 94 | 73 | 215 | 98 | 340 |
| 49 | 97 | 74 | 220 | 99 | 345 |
| 50 | 100 | 75 | 225 | 100 | 350 |

Anhang B

| Leistungen | Acrobat ^{standard} (Stufe 2) | Acrobat ^{light} (Stufe 1) | Acrobat ^{eco} (Stufe 1P) |
|---|--|---|--|
| Ambulante Behandlungen Spitalaufenthalt in der Schweiz und im Ausland Limitierte und nicht kassenpflichtige Arzneimittel | Die von einem Arzt, Chiropraktor oder Zahnarzt durchgeführten oder angeordneten ambulanten Behandlungskosten sowie die Spitalkosten in der privaten Abteilung werden ergänzend zu den im KVG, UVG und IVG vorgesehenen Leistungen übernommen. | Die von einem Arzt, Chiropraktor oder Zahnarzt durchgeführten oder angeordneten ambulanten Behandlungskosten sowie die Spitalkosten in der allgemeinen Abteilung werden ergänzend zu den im KVG, UVG und IVG vorgesehenen Leistungen übernommen. | Die von einem Arzt, Chiropraktor oder Zahnarzt durchgeführten oder angeordneten ambulanten Behandlungskosten sowie die Spitalkosten in der privaten Abteilung werden ergänzend zu den im KVG, im UVG und im IVG vorgesehenen Leistungen übernommen. |
| Hauspflege und Haushaltshilfe | maximal Fr. 200.– pro Tag, wenn medizinisch verordnet und durch einen offiziellen medizinischen Pflegedienst durchgeführt oder einen Elternteil, der seine berufliche Tätigkeit unterbricht | maximal Fr. 200.– pro Tag, wenn medizinisch verordnet und durch einen offiziellen medizinischen Pflegedienst durchgeführt oder einen Elternteil, der seine berufliche Tätigkeit unterbricht | maximal Fr. 200.– pro Tag, wenn medizinisch verordnet und durch einen offiziellen medizinischen Pflegedienst durchgeführt oder einen Elternteil, der seine berufliche Tätigkeit unterbricht |
| Hilfsmittel und Krankenmobiliar | Mietkosten und Kosten der Erstanschaffung für Krankenmobiliar Kosten für Reparaturen oder Ersatz (Neuwert) | Mietkosten und Kosten der Erstanschaffung für Krankenmobiliar Kosten für Reparaturen oder Ersatz (Neuwert) | Mietkosten und Kosten der Erstanschaffung für Krankenmobiliar Kosten für Reparaturen oder Ersatz (Neuwert) |
| Kosten für Transport, Suche und Rettung | maximal Fr. 50'000.– pro Fall | maximal Fr. 50'000.– pro Fall | maximal Fr. 50'000.– pro Fall |
| Unfall im Ausland: zusätzliche Leistungen | Rückführung der sterblichen Überreste maximal Fr. 10'000.– Reisespesen von Angehörigen des Versicherten sofern der Spitalaufenthalt länger als drei Tage dauert (maximal Fr. 250.– pro Tag und Fr. 2'000.– pro Fall) | Rückführung der sterblichen Überreste maximal Fr. 10'000.– Reisespesen von Angehörigen des Versicherten sofern der Spitalaufenthalt länger als drei Tage dauert (maximal Fr. 250.– pro Tag und Fr. 2'000.– pro Fall) | Rückführung der sterblichen Überreste maximal Fr. 10'000.– Reisespesen von Angehörigen des Versicherten sofern der Spitalaufenthalt länger als drei Tage dauert (maximal Fr. 250.– pro Tag und Fr. 2'000.– pro Fall) |
| Assistance und Rückführung | Groupe Mutuel Assistance | keine Leistungen | keine Leistungen |
| Ästhetische Chirurgie | maximal Fr. 20'000.– | maximal Fr. 20'000.– | maximal Fr. 20'000.– |
| Kosten für Nachhilfestunden, die von einer qualifizierten Person erteilt werden | maximal Fr. 3000.–, wenn der Versicherte länger als zwei Monate nicht in der Lage ist, die Schule zu besuchen | maximal Fr. 3000.–, wenn der Versicherte länger als zwei Monate nicht in der Lage ist, die Schule zu besuchen | maximal Fr. 3000.–, wenn der Versicherte länger als zwei Monate nicht in der Lage ist, die Schule zu besuchen |
| Sportabonnement | maximal Fr. 500.– pro Fall | maximal Fr. 500.– pro Fall | maximal Fr. 500.– pro Fall |
| Kapital im Todesfall | Fr. 10'000.– | Fr. 10'000.– | keine Leistungen |
| Kapital im Invaliditätsfall | Fr. 200'000.– (Progression 350%) | Fr. 200'000.– (Progression 350%) | keine Leistungen |
| Kapitalversicherung bei Spitalaufenthalt | Fr. 500.– pro Jahr | keine Leistungen | keine Leistungen |
| Befreiung von der Prämienzahlung | volle Übernahme, wenn der Vater oder die Mutter invalid wird oder stirbt, bis Ende des Vertrags oder bis zum vollendeten 18. Altersjahr | volle Übernahme, wenn der Vater oder die Mutter invalid wird oder stirbt, bis Ende des Vertrags oder bis zum vollendeten 18. Altersjahr | volle Übernahme, wenn der Vater oder die Mutter invalid wird oder stirbt, bis Ende des Vertrags oder bis zum vollendeten 18. Altersjahr |
| Örtlicher Geltungsbereich | weltweit | weltweit | weltweit |

AJGA01-A5 – Ausgabe 01.06.2006

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

Art. 1 Zweck der Versicherung

1. Die Versicherung ActiVita deckt die wirtschaftlichen Folgen eines Unfalls.
2. Sie gewährt zusätzliche Leistungen zu den obligatorischen Versicherungen gemäss KVG, UVG und MVG.
3. Krankheiten (einschliesslich der Berufskrankheiten gemäss UVG) sind von der Versicherung ausgeschlossen.

Art. 2 Umfang der Leistungen

1. Wenn die Gesundheitsbeeinträchtigungen nur teilweise auf einen versicherten Unfall zurückzuführen sind, werden die Leistungen nach einem ärztlichen Gutachten proportional festgelegt.
2. Rückfälle und Folgeerscheinungen von Unfällen, die vor Vertragsabschluss eintraten, sind nicht versichert.
3. Rückfälle werden innert fünf Jahren ab Eintreten des versicherten Unfalls gemäss Vertrag und sofern die Police im Moment des Rückfalls in Kraft war, berücksichtigt.
4. Unfälle und ihre Folgeerscheinungen sind nach Vertragsende der Versicherung nicht mehr gedeckt.

Art. 3 Zulassungsbedingungen

Jede Person, die in der Schweiz wohnhaft ist, kann der Versicherung ActiVita bis zur Vollendung ihres 60. Altersjahrs beitreten.

Art. 4 Versicherte Leistungen

Der Versicherer gewährt die folgenden Leistungen:

1. Stationäre Behandlungen

1. Allgemeines
Bei einem Spitalaufenthalt übernimmt der Versicherer die Behandlungs- und Unterkunftskosten in der privaten Abteilung in einem anerkannten Spital in der Schweiz, solange der Verunfallte als Akutfall gilt.
 2. Stationäre Behandlungen zur Rehabilitation
Bei stationären Behandlungen zur Rehabilitation übernimmt der Versicherer die Kosten während maximal 120 Tagen pro Fall bei einem Unfall für die Behandlungs- und Unterkunftskosten in der privaten Abteilung in einem anerkannten Spital in der Schweiz.
 3. Spitalaufenthalt im Ausland
Wenn der Versicherte einen Unfall im Ausland erleidet und ins Spital eingewiesen wird, übernimmt der Versicherer während maximal 90 Tagen pro Fall die Behandlungs- und Unterkunftskosten, maximal jedoch Fr. 3'000.– pro Tag.
- 2. Such- und Rettungskosten sowie Notfalltransporte**
Der Versicherer übernimmt die Rettungskosten eines Versicherten, der einen Unfall erlitten hat, sowie den Notfalltransport zum nächsten Arzt oder nächstgelegenen Spital. Des Weiteren werden die Kosten für die Suche eines Vermissten vergütet, wenn alles darauf hinweist, dass der Vermisste ohne Absicht verschwunden ist und sein Leben sehr wahrscheinlich aufgrund eines Unfalls schwer bedroht ist.
Für die Gesamtheit dieser Kosten beträgt die maximale Entschädigung Fr. 60'000.– pro Fall.

3. Medizinischer Rücktransport

Bei Bedarf: Telefonnr. 0848 808 111 (+41 848)

Die Kosten für den medizinischen Rücktransport sind mit dem vorherigen Einverständnis des Versicherers gedeckt. Die Rücktransportkosten der sterblichen Überreste des Versicherten werden ebenfalls bis maximal Fr. 10'000.– vergütet.

4. Transportkosten für eine medizinische Behandlung

Der Versicherer vergütet die nötigen Transportkosten in der Schweiz, damit der Versicherte eine medizinische ambulante Behandlung infolge eines Spitalaufenthalts in Anspruch nehmen kann, wenn die Unfallfolgen es dem Versicherten verunmöglichen, sich selbst fortzubewegen. Die Vergütung beträgt maximal Fr. 1'500.– pro Fall.

5. Ästhetische Chirurgie

Das vorherige Einverständnis des Versicherers vorausgesetzt, deckt die Versicherung Behandlungen ästhetischer Chirurgie in der Schweiz, die infolge eines versicherten Unfalls notwendig sind.

Die Vergütung beträgt maximal Fr. 60'000.– pro Fall.

6. Sportabonnement

Wenn der Versicherte aufgrund eines versicherten Unfalls keinen Sport ausüben kann, vergütet ihm der Versicherer pro rata temporis und bei Vorweisen der Originalbelege die Pauschalsumme oder die vor dem Unfall abgeschlossenen Sportabonnemente, die nicht benutzt werden können. Die Vergütung für diese Kosten beträgt maximal Fr. 500.– pro Fall.

7. Telefonischer Notfalldienst

Bei Bedarf: Telefonnr. 0848 808 111 (+41 848)

Bei einem Unfall, von dem der Versicherte betroffen ist und der eine Behandlung oder medizinische Untersuchung des Versicherten oder eines Dritten bedingt, hat der Versicherte bei dringenden Fragen Anspruch auf telefonische Rechtshilfe.

8. Hausdienst

Bei Bedarf: Telefonnr. 0848 808 111 (+41 848)

Bei einem Unfall, der einen Spitalaufenthalt von mehr als 24 Stunden bedingt, deckt der Versicherer die folgenden Dienstleistungen, die von einem vom Versicherer bezeichneten Partner erbracht werden, bis zu Fr. 1'500.– pro Fall, und solange, wie ein Spitalaufenthalt medizinisch gerechtfertigt ist:

- Kühlschränke und Tiefkühler kontrollieren
- elektrische Installationen überprüfen
- Briefkasten leeren und Post dem Versicherten oder der von ihm bestimmten Person bringen
- Haustiere pflegen und füttern
- Pflanzen giessen
- Zimmer lüften

Es wird keine Leistung erbracht, wenn sich die Hauschlüssel des Versicherten nicht in der Schweiz befinden. In Anhang B sind die Bedingungen für die Eingriffe des vom Versicherer bezeichneten Partners definiert.

Art. 5 Versicherung bei sportlichen Aktivitäten

Die Versicherung umfasst die nicht beruflichen sportlichen Aktivitäten, wenn sie nicht als Wagnisse im Sinn von Artikel 6 gelten.

Art. 6 Wagnisse

1. Als Wagnisse gelten jene Aktivitäten, bei denen sich der Versicherte wissentlich einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne das Risiko auf vernünftige Verhältnisse reduzieren zu wollen oder zu können. Im Zweifelsfall werden die Regelungen des UVG analog angewendet.

Als Wagnisse gelten insbesondere:

- Autorennen (einschliesslich Trainings)
- Boxkämpfe, Full Contact usw.
- Extremkarate
- Motorbootrennen (einschliesslich Trainings)
- Speed Skiing
- Base Jumping
- Tauchen in über 40 Metern Tiefe

Bei Wagnissen wird vom Versicherer keine Leistung erbracht.

2. Folgende Aktivitäten gelten nicht als Wagnisse, sofern sie unter normalen Bedingungen ausgeübt werden:
 - Bungee Jumping
 - Tauchen (bis zu 40 Meter Tiefe)
 - Hydrospeed
 - Canyoning
 - River Rafting
 - Fallschirmspringen und Gleitschirmfliegen

Art. 7 Pflichten des Versicherten

1. Vor jedem Spitalaufenthalt für eine Rehabilitation muss sich der Versicherte informieren, ob die Einrichtung, die Abteilung der Einrichtung oder die Klinik, in der er sich behandeln lassen wird, zu den vom Versicherer anerkannten Einrichtungen gehört.
2. Wenn der Versicherte die in den Artikeln 4.3, 4.7 und 4.8 erwähnten Leistungen in Anspruch nehmen möchte, muss er den Unfall umgehend unter der Telefonnummer 0848 808 111 (vom Ausland +41 848 808 111) melden.

Art. 8 Prämien

Der Versicherte, der im Jahresverlauf das Höchstalter seiner Altersklasse erreicht, wird zu Beginn des folgenden Kalenderjahrs automatisch in die nächsthöhere Altersklasse eingeteilt. Die bestimmenden Altersklassen sind die Folgenden:

- 0 bis 18 Jahre
- 19 bis 25 Jahre, ab dem 26. bis zum 71. Altersjahr sind die Altersklassen in Zeitabschnitte von fünf Jahren unterteilt

Art. 9 Verlängerung der Versicherung Acrobat (AB)

1. Der Versicherte wird ohne Gesundheitsfragebogen in die Zusatzversicherung ActiVita aufgenommen, wenn diese unmittelbar eine Versicherung Acrobat der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG nach deren Auflösung aufgrund des Erreichens des Höchstalters des Versicherten ersetzt. Die bestehenden Vorbehalte der Versicherung Acrobat werden in die neue Versicherung übertragen.
2. In diesem Fall und in Abweichung zu Artikel 2.2 dieser Besonderen Bedingungen sind die Rückfälle und Folgen eines Unfalls im Rahmen der Versicherung Acrobat gedeckt.

Anhang A – Übersicht der Versicherungsleistungen

| | Leistungen | Kostenübernahme |
|-----------------|--|--|
| Weltweit | stationäre Behandlungen, private Abteilung | – in der Schweiz unbegrenzt – max. Fr. 3'000.–/Tag im Ausland |
| | Such- und Rettungskosten sowie Notfalltransporte | max. Fr. 60'000.–/Fall |
| | medizinischer Rücktransport | unbegrenzt |
| | telefonische Rechtshilfe | 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche |
| Schweiz | stationäre Behandlungen zur Rehabilitation | max. 120 Tage pro Fall |
| | Transportkosten für eine medizinische Behandlung | max. Fr. 1'500.– pro Fall |
| | ästhetische Chirurgie (ambulant und stationär) | max. Fr. 60'000.– pro Fall |
| | Hausdienst | max. Fr. 1'500.– pro Fall |
| | Vergütung eines Sportabonnements | max. Fr. 500.– pro Fall |

Anhang B – Hausdienstleistungen

Art der Leistungen/Aufgaben, die durch den vom Versicherer bezeichneten Partner erbracht werden

Die Leistungen werden im Einverständnis mit dem Versicherten (oder eines Dritten, der in seinem Namen handelt) und dem vom Versicherer bezeichneten Leistungserbringer definiert.

Die Auflistung der unter Art. 4.8 dieser Versicherungsbedingungen erwähnten Aufgaben ist massgebend.

Der Versicherte (oder ein Dritter, der in seinem Namen handelt) muss den vom Versicherer bezeichneten Leistungserbringer bei Reklamationen in Bezug auf die Ausführung der Leistungen umgehend schriftlich benachrichtigen.

Haftpflicht des vom Versicherer bezeichneten Leistungserbringers

Der Versicherte ist bei Schäden gedeckt, die aus einer unsachgemässen Ausführung der nach den in der abgeschlossenen Police definierten Leistungen des vom Versicherer bezeichneten Leistungserbringers hervorgehen. Körperliche und materielle Schäden sind zusammen bis maximal Fr. 10'000'000.–, Vermögensschäden bis maximal Fr. 1'000'000.– pro Fall gedeckt. Der Versicherte verzichtet auf jegliche weitere Forderungen gegenüber dem vom Versicherer bezeichneten Leistungserbringer.

Der vom Versicherer bezeichnete Leistungserbringer lehnt insbesondere jede Haftung ab für Schäden, die auf technische Fehler von Installationen und Apparaten sowie Diebstahl/Einbruch oder eine Aggression zurückgehen.

Der vom Versicherer bezeichnete Leistungserbringer lehnt jede Haftung ab für nicht erbrachte oder verspätet ausgeführte Leistungen aufgrund eines Unfalls, qualitativ schlechten Leistungen Dritter (z. B. Telekommunikationsnetz und Stromversorgung) oder aufgrund von Verkehrsbehinderungen.

Aufzeichnung von Telefongesprächen

Der Versicherte nimmt zur Kenntnis, dass der vom Versicherer bezeichnete Leistungserbringer bei Bedarf die Telefongespräche mit dem Versicherten aufzeichnet.

Anwendbares Recht/Gerichtsstand

Das Schweizer Recht wird bei den rechtlichen Beziehungen zwischen dem Versicherten und dem vom Versicherer bezeichneten Leistungserbringer angewandt. Gerichtsstand ist der Firmensitz des vom Versicherer bezeichneten Leistungserbringers.

Besondere Bedingungen der Versicherung ProVista

IDGA02-A9 – Ausgabe 01.10.2021

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

Art. 1 Zweck der Versicherung

ProVista deckt die wirtschaftlichen Folgen von Invalidität oder Tod infolge Unfalls. Berufskrankheiten im Sinn des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) sind nicht gedeckt.

Art. 2 Unfallbedingte Verletzungen

1. Zusätzlich zu den Bestimmungen, die von den Allgemeinen Bedingungen für Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVZ) vorgesehen sind, werden auch folgende Fälle als Unfälle bezeichnet: Meniskusverletzungen, die frühestens zwei Jahre nach Versicherungsbeginn auftreten und erstmals behandelt werden, sowie die Folgen von Erfrierungen, Hitzschlag, Sonnenstich und die Gesundheitsschädigungen durch ultraviolette Strahlen, ausgenommen Sonnenbrand. Ertrinken gilt als Unfall.
2. Die Leistungen werden auch ausgerichtet für Gesundheitsschädigungen, die der Versicherte im Rahmen von Therapie- und Untersuchungsmassnahmen erleidet, die mit einem versicherten Unfall zusammenhängen.

Art. 3 Aufnahmebedingungen

Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz kann dieser Versicherung bis zum vollendeten 65. Altersjahr beitreten.

Art. 4 Leistungsarten

1. Der Versicherer erbringt folgende Leistungen:
 - a. ein Invaliditätskapital (Art. 6)
 - b. ein Todesfallkapital (Art. 7)
2. Die Leistungen der Versicherung ProVista unterstehen der Summenversicherung.

Art. 5 Leistungsanspruch

1. Die versicherten Leistungen sind auf der Versicherungspolice angegeben.
2. Die Vertragsleistungen werden für Unfälle ausgerichtet, die sich nach Inkraftsetzung der Versicherung ereignet haben.
3. Die Ausrichtung der Leistungen setzt die Einreichung eines Arztzeugnisses, eines Totenscheins oder eines Erbscheins voraus. Es werden nur Originaldokumente angenommen.

Art. 6 Leistungen im Invaliditätsfall (Kategorie I)

a. Anspruch

Hat der Unfall eine voraussichtlich bleibende Invalidität zur Folge, wird das Invaliditätskapital bezahlt. Dieses wird nach dem Grad der Invalidität, der vereinbarten Versicherungssumme und der Skala in Anhang A bestimmt.

b. Invaliditätsgrad

Der Invaliditätsgrad wird nach folgenden Regeln festgesetzt:

1. Feste Invaliditätsgrade
 - Bei ganzlichem Verlust oder voller Gebrauchsunfähigkeit
 - beider Arme oder Hände, beider Beine und Füsse, eines Arms oder einer Hand und zugleich eines Beins oder eines Fusses 100%

| | |
|--|------|
| – eines ganzen Arms | 70% |
| – eines Unterarms oder einer Hand | 60% |
| – eines Daumens | 22% |
| – eines Zeigefingers | 15% |
| – eines anderen Fingers | 8% |
| – eines Beins oberhalb des Kniegelenks | 60% |
| – eines Beins im Kniegelenk und unterhalb des Kniegelenks | 50% |
| – eines Fusses | 40% |
| – der Sehkraft beider Augen | 100% |
| – der Sehkraft eines Auges | 30% |
| – der Sehkraft eines Auges, wenn diejenige des anderen Auges vor Eintritt des Unfalls bereits vollständig verloren war | 70% |
| – des Gehörs auf beiden Ohren | 60% |
| – des Gehörs auf einem Ohr | 15% |
| – des Gehörs auf einem Ohr, wenn dasjenige auf dem anderen Ohr vor Eintritt des Unfalls bereits vollständig verloren war | 45% |
| – einer Niere | 20% |
| – der Milz | 5% |
| – des Geruchssinns | 3% |
| – des Geschmackssinns | 3% |

- bei Verhinderung jeder Arbeitstätigkeit infolge Geistesstörung 100%
2. Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit dieser Körperteile oder Organe wird der Invaliditätsgrad verhältnismässig gekürzt.
3. Sind gleichzeitig mehrere Körperteile oder Organe betroffen, erfolgt die Festsetzung des Invaliditätsgrads, der höchstens 100% pro Unfall betragen kann, durch Addition der einzelnen Prozentsätze.
4. Bei vorstehend nicht aufgeführten Fällen wird der Invaliditätsgrad entsprechend der Entschädigungsskala zur Bemessung der Integritätsschäden in Anhang 3 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) sowie den Suva-Tabellen festgelegt. Wenn der Invaliditätsgrad nicht in Anwendung der vorstehenden Regeln festgelegt werden kann, wird er auf der Grundlage medizinischer Feststellungen unter Berücksichtigung der Schwere der Beeinträchtigung bestimmt.
5. Wird die dauernde Invalidität infolge Unfalls durch vorbestehende Körpermängel erschwert, so kann die Entschädigung nicht höher sein als diejenige, die im Fall einer körperlich unversehrten Person ausgerichtet worden wäre. War der durch den Unfall betroffene Körperteil bzw. das Organ schon vorher teilweise oder ganz verstümmelt oder gebrauchsunfähig, so wird bei der Festsetzung der Entschädigung der schon vorhandene, nach obigen Grundsätzen zu berechnende Invaliditätsgrad abgezogen. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen in Ziffer 1 hiervor betreffend den Verlust der Sehkraft und des Gehörs.
6. Psychische und nervöse Störungen geben nur Anspruch auf eine Entschädigung, soweit sie nachgewiesenermassen auf die durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems zurückzuführen sind.

7. Falls der Unfall einen schwerwiegenden und dauerhaften ästhetischen Schaden nach sich gezogen hat, der zwar kein Anrecht auf ein Invaliditätskapital im Sinn des vorstehenden Buchstabens a gibt, trotzdem aber einen psychischen Schaden darstellt, der die finanzielle Zukunft oder die gesellschaftliche Stellung des Versicherten in gewissem Umfang beeinträchtigen könnte, so zahlt der Versicherer eine Entschädigung von:
 - 10% der in der Police vereinbarten Versicherungssumme, wenn die Entstellung das Gesicht betrifft
 - 5% der in der Police vereinbarten Versicherungssumme, wenn die Entstellung andere Körperteile betrifft
 Die für derartige Schäden geschuldete Entschädigung ist auf Fr. 20'000.– pro Fall beschränkt.
8. Der Invaliditätsgrad wird erst aufgrund des als voraussichtlich bleibend erkannten Zustands des Versicherten festgelegt, spätestens aber fünf Jahre nach dem Unfall.

c. Progression

Beträgt der Invaliditätsgrad nicht mehr als 25%, so wird die Versicherungssumme gemäss dem Prozentsatz, der dem Invaliditätsgrad entspricht, ausgerichtet.

Beträgt der Invaliditätsgrad mehr als 25%, so werden die Leistungen gemäss der Tabelle in Anhang A erhöht (in Prozenten der vereinbarten Versicherungssumme).

Art. 7 Leistungen im Todesfall (Kategorie D)

1. Führt der Unfall zum Tod des Versicherten, wird das vereinbarte Todesfallkapital ausbezahlt. Die Anspruchsberechtigten sind:
 - a. der überlebende Ehegatte, bei dessen Fehlen
 - b. die Kinder zu gleichen Teilen, bei deren Fehlen
 - c. die anspruchsberechtigten Erben unter Ausschluss des Gemeinwesens
2. In Abweichung von Artikel 7 Absatz 1 kann der Versicherungsnehmer jederzeit durch eine schriftliche Mitteilung an den Versicherer Begünstigte bestimmen oder ausschliessen (Artikel 37 Allgemeine Versicherungsbedingungen). Falls der/die genannte/-n begünstigte/-n Person/-en verstorben ist/sind, gelten die Bestimmungen von Artikel 7 Absatz 1.
3. Wurde die Ehe oder eingetragene Partnerschaft nach dem Unfall geschlossen, besteht der Anspruch nur dann, wenn das Ehe- oder Partnerschaftsversprechen vor dem Unfall veröffentlicht wurde oder wenn die Ehe oder Partnerschaft zum Zeitpunkt des Todes des Versicherten mindestens zwei Jahre bestanden hat.
4. Sind keine Anspruchsberechtigten vorhanden, werden die Bestattungskosten übernommen, höchstens jedoch 10% der versicherten Todesfallsumme.
5. Für Kinder wird das auf der Versicherungspolice angegebene Kapital ausbezahlt, höchstens jedoch:
 - a. Fr. 2'500.– bevor das Kind zwei Jahre und sechs Monate alt ist
 - b. Fr. 20'000.– wenn das Kind zwischen zwei Jahre und sechs Monate und zwölf Jahre alt ist
6. Der Überlebende, der den Tod des Versicherten absichtlich verursacht hat, verliert seinen Leistungsanspruch.

Art. 8 Befreiung von der Prämienzahlung bei Invalidität oder Tod des Familienoberhauptes

1. Für versicherte Kinder übernimmt der Versicherer bis zum vollendeten 15. Altersjahr die ganze Zahlung der periodischen Prämien, wenn das Familienoberhaupt mit einem In-

validitätsgrad von über 50% invalid wird oder stirbt.

2. Die Übernahme der Prämie erfolgt am Folgetag nach Eintritt der Invalidität oder des Todesfalls und muss unter Beilegung der entsprechenden offiziellen Dokumente (Verfügung der IV-Stelle, Todesschein und Familienbüchlein) beantragt werden.

Art. 9 Mitwirkung unfallfremder Ursachen

Sind die Gesundheitsschäden nur zum Teil auf einen versicherten Unfall zurückzuführen, so werden die Leistungen auf der Grundlage eines ärztlichen Gutachtens verhältnismässig festgesetzt.

Art. 10 Selbstverschulden

Der Versicherer verzichtet auf eine Kürzung seiner Leistungen bei Unfällen, die auf eine Unvorsichtigkeit oder Grob-fahrlässigkeit des Versicherten zurückzuführen sind.

Art. 11 Herabsetzung der Versicherungssummen

1. Nach Erreichen des vollendeten 70. Altersjahres sind die versicherten Summen auf folgende Beträge begrenzt:
 - im Todesfall auf Fr. 10'000.–
 - im Invaliditätsfall auf Fr. 30'000.–
2. Die Versicherungssummen werden bei Erreichen der oben-erwähnten Altersgrenze automatisch per 1. Januar herabgesetzt.

Art. 12 Festsetzung der Prämien

1. Die Prämien sind in der Versicherungspolice angegeben.
2. Die Prämien werden nach Geschlecht, Altersgruppen und versicherten Kapitalbeträgen abgestuft.

Annexe A

| Invaliditäts-grad % | Entschädi-gung % |
|---------------------|------------------|---------------------|------------------|---------------------|------------------|---------------------|------------------|
| 26 | 28 | 45 | 85 | 64 | 170 | 83 | 265 |
| 27 | 31 | 46 | 88 | 65 | 175 | 84 | 270 |
| 28 | 34 | 47 | 91 | 66 | 180 | 85 | 275 |
| 29 | 37 | 48 | 94 | 67 | 185 | 86 | 280 |
| 30 | 40 | 49 | 97 | 68 | 190 | 87 | 285 |
| 31 | 43 | 50 | 100 | 69 | 195 | 88 | 290 |
| 32 | 46 | 51 | 105 | 70 | 200 | 89 | 295 |
| 33 | 49 | 52 | 110 | 71 | 205 | 90 | 300 |
| 34 | 52 | 53 | 115 | 72 | 210 | 91 | 305 |
| 35 | 55 | 54 | 120 | 73 | 215 | 92 | 310 |
| 36 | 58 | 55 | 125 | 74 | 220 | 93 | 315 |
| 37 | 61 | 56 | 130 | 75 | 225 | 94 | 320 |
| 38 | 64 | 57 | 135 | 76 | 230 | 95 | 325 |
| 39 | 67 | 58 | 140 | 77 | 235 | 96 | 330 |
| 40 | 70 | 59 | 145 | 78 | 240 | 97 | 335 |
| 41 | 73 | 60 | 150 | 79 | 245 | 98 | 340 |
| 42 | 76 | 61 | 155 | 80 | 250 | 99 | 345 |
| 43 | 79 | 62 | 160 | 81 | 255 | 100 | 350 |
| 44 | 82 | 63 | 165 | 82 | 260 | | |

LGGA02-A3 – Ausgabe 01.10.2021

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

Art. 1 Risikotragender Versicherer

Der risikotragende Versicherer der Patienten-Rechtsschutz-Versicherung Legis^{sana} (LG) ist die Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG (nachfolgend «GMA AG»).

Art. 2 Abwicklung der Schadenfälle

Die GMA AG hat das Unternehmen Dextra Rechtsschutz AG, Hohlstrasse 556, 8048 Zürich (nachfolgend «Dextra») mit der Abwicklung der Schadenfälle betraut.

Art. 3 Aufnahmebedingungen

Jede natürliche Person mit Wohnsitz in der Schweiz kann die Rechtsschutzversicherung Legis^{sana} beantragen.

Art. 4 Gedeckte Risiken

1. Dextra übernimmt die Einforderung von Schadenersatz bei einem Rechtsstreit mit der Ärzteschaft (Ärzte, Zahnärzte, Chirurgen, Physiotherapeuten usw.), Spitälern, Kliniken oder jeder anderen medizinischen Institution im Zusammenhang mit medizinischen Diagnose- oder Behandlungsfehlern. Der Rechtsstreit muss sich auf eine Diagnose oder medizinische Behandlung infolge Krankheit, Mutterschaft oder Unfalls beziehen, für die der Versicherte Anspruch auf Leistungen hatte, die anerkannt und entweder von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt sind oder von einer Krankenpflegezusatzversicherung, die bei einem Versicherer der Groupe Mutuel Holding AG oder einem Versicherer, der von einer ihrer Gesellschaften verwaltet wird, abgeschlossen wurde.
2. Nicht versichert sind Rechtsstreite im Zusammenhang mit psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungen sowie die Beanstandung von Honoraren oder Rechnungen.

Art. 5 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherungsdeckung gilt für Rechtsstreite, die der schweizerischen Gerichtsbarkeit unterstehen, sofern schweizerisches Recht angewandt wird.

Art. 6 Zeitlicher Geltungsbereich

Die Versicherung Legis^{sana} deckt Gerichtsstreite infolge Diagnose- oder Behandlungsfehler, die nach Inkrafttreten und vor Ablauf des Vertrags vorgefallen sind und deren Rechtsfolgen während der Gültigkeitsdauer des Vertrags eintreten.

Art. 7 Prämien, Versicherungspolice, Aufnahme und Kündigung

1. Die Prämien sind auf der Versicherungspolice aufgeführt. Sie werden zusammen mit den übrigen Versicherungen erhoben und sind der GMA AG geschuldet.
2. Die Aufnahme erfolgt aufgrund eines Versicherungsantrags zu den Aufnahmebedingungen der GMA AG.
3. Die Versicherung Legis^{sana} wird für mindestens ein Jahr abgeschlossen. Sie erneuert sich von einem Kalenderjahr zum anderen (Versicherungsperiode).

4. In Abweichung von Artikel 13 AVZ kann der Versicherte seinen Versicherungsvertrag nach einem Versicherungsjahr unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres kündigen. Vorbehalten bleibt das der GMA AG zustehende Recht, den Vertrag bei einem vertragswidrigen Verhalten des Versicherten aufzulösen. Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag des Monats September bei der GMA AG eingetroffen ist.
5. Der Vertrag endet, sobald der Versicherte die Bedingungen nach Artikel 3 nicht mehr erfüllt.

Art. 8 Versicherte Leistungen

1. Im Rahmen der gedeckten Fälle umfasst der Versicherungsschutz, zusätzlich zur Rechtsberatung durch Dextra, die Übernahme folgender Kosten bis zum Maximalbetrag von Fr. 300'000.– pro Schadenfall (abschliessende Aufzählung):
 - a. Honorare von Rechtsanwälten und anderen Rechtsbeiständen
 - b. Kosten von Expertisen
 - c. Gerichtsgebühren und Verfahrenskosten
 - d. Prozessentschädigungen an die Gegenpartei
 - e. Fahrtkosten des Versicherten zu Gerichtsverhandlungen und Ortsbesichtigungen, die seine Anwesenheit zwingend erfordern
 - f. effektiver Einkommensausfall, der durch einen Anlass im Sinn von Buchstabe e hervorgerufen wird
 - g. Betreuungskosten bis zum Vorliegen eines Verlustscheins oder einer Konkursandrohung
2. Die auf dem Rechtsweg oder im Rahmen von Vereinbarungen erzielten Entschädigungen stehen Dextra bis zum Betrag der ausgerichteten Leistungen zu.

Art. 9 Ausschlüsse

Nicht versichert ist namentlich die Bezahlung von:

- a. Schadenersatz
- b. Kosten, die zulasten eines Haftpflichtigen oder dessen Versicherer gehen
- c. Kosten, die zulasten des Haftpflichtversicherers des Versicherten gehen

Art. 10 Meldung eines Schadenfalls

Der Versicherte hat Dextra den Schadenfall, dessen voraussichtliche Folgen die Versicherung betreffen können, nach Eintreten oder Feststellung so schnell wie möglich zu melden. Meldung

per Post: Dextra Rechtsschutz AG
Hohlstrasse 556
8048 Zürich

per Telefon: 044 296 64 60

per Internet: www.dextra.ch/legis

Art. 11 Bearbeitung des Schadenfalls

1. Dextra klärt den Versicherten über seine Rechte auf, verteidigt seine Interessen in streitigen Fällen und versucht, das bestmögliche Resultat zu erzielen. Der Versicherte erteilt Dextra alle dafür notwendigen Vollmachten.
2. Er leitet ohne Verzögerung sämtliche den Schadenfall betreffende Unterlagen (Korrespondenz, Vorladungen, Entschiede und Urteile zusammen mit den entsprechenden Briefumschlägen usw.) an Dextra weiter.
3. Der Versicherte enthält sich jeglicher Einmischung in die von Dextra geführten Verhandlungen. Ohne vorherige Zustimmung von Dextra schliesst er keine Vergleiche ab, erteilt keine Aufträge und leitet keine Gerichtsverfahren ein.
4. Der Versicherte kann einen Anwalt, der die erforderlichen Fähigkeiten besitzt, frei wählen:
 - a. falls im Hinblick auf ein Gerichts- oder Verwaltungsverfahren ein Vertreter eingesetzt werden muss
 - b. im Fall eines Interessenkonflikts
5. Der Versicherte entbindet die Vertreter vom Berufsgeheimnis gegenüber Dextra.

Art. 12 Vorgehen bei Meinungsverschiedenheiten

1. Treten im Lauf der Bearbeitung eines gedeckten Falls Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Versicherten und Dextra hinsichtlich der Vorgehensweise auf, oder weigert Dextra ihre Leistungen, weil ihr gewisse Schritte als aussichtslos erscheinen, so teilt sie dem Versicherten ihre Ablehnung schriftlich und unter Anführung der Gründe mit. Dextra informiert den Versicherten über das Schiedsverfahren, das in den vorliegenden Besonderen Bedingungen vorgesehen ist.
2. Ab Empfang dieser Mitteilung hat der Versicherte alle erforderlichen Massnahmen zur Wahrung seiner Interessen selbst zu treffen. Dextra lehnt jegliche Haftung, insbesondere für verpasste Fristen, ab diesem Zeitpunkt ab. Der Versicherte hat Dextra innert 30 Tagen mitzuteilen, ob er ein Schiedsverfahren wünscht.
3. Im Fall eines Schiedsverfahrens ernennen der Versicherte und Dextra im gegenseitigen Einvernehmen einen einzelnen Richter. Der Schiedsrichter urteilt nach einmaligem Schriftwechsel in einem einfachen und formlosen Verfahren und auferlegt den Parteien die Kosten entsprechend dem Ausgang des Verfahrens. Im Übrigen sind die Bestimmungen des Interkantonalen Konkordats über die Schiedsgerichtsbarkeit anwendbar.
4. Leitet der Versicherte trotz Ablehnung der Leistungen durch Dextra auf eigene Kosten ein Gerichtsverfahren ein und erzielt dabei ein im Vergleich zur Voraussage von Dextra oder dem Entscheid des Schiedsrichters besseres Resultat, so vergütet ihm Dextra die entstandenen Kosten im Rahmen der vertraglichen Deckung.

Art. 13 Verletzung der vertraglichen Pflichten

Bei schuldhafter Verletzung vertraglicher Pflichten durch den Versicherten kann die Versicherungsgarantie abgelehnt werden.

Art. 14 Mitteilungen

1. Der Versicherte richtet sich für Meldungen und Mitteilungen im Zusammenhang mit der Verwaltung der Verträge nach Art. 37 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.
2. Der Versicherte hat seine Meldungen und Mitteilungen im Zusammenhang mit einem Schadenfall an den Verwaltungssitz der Dextra Rechtsschutz AG oder an eine ihrer offiziellen Geschäftsstellen zu richten.
3. Die Mitteilungen von Dextra oder der GMA AG erfolgen rechtsgültig an die vom Versicherten zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz.

Art. 15 Bearbeitung der persönlichen Daten des Versicherten

1. Die erfassten persönlichen und administrativen Daten dienen dem Vermittler, der GMA AG und Dextra zur Erstellung von Offerten und zur Bearbeitung des/der Antrags/Anträge für Versicherungen gemäss VVG und des/der damit zusammenhängenden Vertrags/Verträge, sowie zur Verwaltung der Schadenfälle. Die Daten dienen für die Einschätzung der zu versichernden Risiken, zur Behandlung von Schadenfällen, für die weitere administrative, statistische und finanzielle Abwicklung der abgeschlossenen Versicherung/en sowie für die administrative und finanzielle Koordination zwischen dem Vermittler, der GMA AG und Dextra und/oder der Groupe Mutuel Services AG, sofern Letztere mit bestimmten Verwaltungsaufgaben für die GMA AG beauftragt ist.
2. Nötigenfalls behalten sich die GMA AG, Dextra und/oder die Groupe Mutuel Services AG das Recht vor, die Daten im Rahmen der Vertragserfüllung im In- und Ausland an mitwirkende Dritte weiterzuleiten, insbesondere an Gesellschaften der Groupe Mutuel Holding AG.
3. Die persönlichen und administrativen Daten werden im Allgemeinen in elektronischer Form und/oder auf Papier und/oder eingescannt aufbewahrt und dies so lange, wie es gemäss Gesetz für die Verwaltung des Versicherungsvertrags, der Schadenfälle, der Verfahrens- und Beschwerderechte, des Inkassos, der Vergütung des Vermittlers und/oder für eventuelle Streitigkeiten zwischen GMA AG, Dextra, Versichertem, Vermittler oder Dritten nötig ist.

Art. 16 Erfüllungsort und Gerichtsstand

Der Gerichtsstand für ein allfälliges Verfahren gegen die GMA AG ist der schweizerische Wohnsitz des Versicherten oder der Sitz der GMA AG.

Art. 17 Anwendbares Recht

Für diese Versicherung sind in Ergänzung der vorliegenden Bedingungen die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 und diejenigen des Versicherungsaufsichtsgesetzes vom 17. Dezember 2004 sowie diejenigen der Verordnung vom 9. November 2005 über die Beaufsichtigung von privaten Versicherungsunternehmen anwendbar.

Besondere Bedingungen der Versicherung KidsProtect

KPGA01-A4 – Ausgabe 01.02.2022

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

Art. 1 Zweck der Versicherung

Die Versicherung KidsProtect gewährt eine Monatsrente, wenn beim Versicherten eine Krebserkrankung gemäss Artikel 2 dieser Besonderen Bedingungen diagnostiziert wird.

Art. 2 Begriffe

1. Unter Krebserkrankung versteht man eine Erkrankung mit einem oder mehreren nach histologischem Befund bösartigen Tumor/Tumoren mit anarchischer zellulärer Entwicklung und Ausbreitung sowie invasivem Wachstum. Leukämie und Lymphome gelten ebenfalls als Krebserkrankung.
2. Krebserkrankungen mit Bildung von gutartigen Tumoren, die schlussendlich durch einen chirurgischen Eingriff, Bestrahlung, Chemotherapie oder Immuntherapie behandelt werden, sind in der Definition gemäss Punkt 1 ebenfalls eingeschlossen.
3. Unter Diagnose versteht man die erste Feststellung der Krebserkrankung durch einen befugten und gemäss KVG anerkannten Arzt.
4. Als Behandlungen gelten chirurgische Eingriffe sowie Bestrahlungen, Chemotherapien sowie Immuntherapien.
5. Folgekontrollen zur Erkennung von Rückfällen gelten nicht als Behandlungen.

Art. 3 Aufnahmebedingungen

Alle in der Schweiz wohnhaften Personen, die das 17. Lebensjahr noch nicht erreicht haben und momentan sowie in der Vergangenheit nicht an Krebs leiden oder gelitten haben, können die Versicherung KidsProtect abschliessen.

Art. 4 Gedecktes Risiko

Die Leistungen von KidsProtect werden ausbezahlt, wenn eine gemäss diesen Besonderen Bedingungen definierte Krebserkrankung während der Versicherungsdauer bei der versicherten Person diagnostiziert wird.

Art. 5 Karenzfrist

1. Der Versicherungsschutz beginnt drei Monate nach dem in der Versicherungspolice definierten Inkrafttreten des Vertrags. Krebserkrankungen, die vor Vertragsabschluss und bis drei Monate nach Inkrafttreten des Vertrags auftreten, ärztlich oder im Rahmen von Selbsttests diagnostiziert werden, sind nicht versichert.
2. Treten vor Vertragsabschluss und bis zum Ablauf der Karenzfrist Krebserkrankungen auf oder werden solche ärztlich diagnostiziert, wird der Versicherungsvertrag nichtig. Bereits bezahlte Prämien werden dem Versicherungsnehmer rückerstattet.

Art. 6 Leistungsumfang

1. Die versicherte Leistung entspricht einer zeitlich beschränkten Monatsrente.
2. Es werden maximal 15 Monatsrenten überwiesen.
3. Der Betrag der versicherten Monatsrente ist auf der Versicherungspolice aufgeführt.

4. Die Leistungen werden nach den Grundlagen der Summenversicherung bestimmt.

Art. 7 Leistungsanspruch

1. Nach Ablauf der Karenzfrist entsteht ein Anspruch auf Rente, sofern die Versicherungsdeckung in Kraft ist.
2. Wird eine Krebserkrankung von einem befugten Arzt diagnostiziert, ist die Versicherungsleistung während der Versicherungsdauer geschuldet, und dies solange eine Behandlung gemäss Artikel 2.4 dieser Besonderen Bedingungen läuft oder eine palliative Behandlung aufgrund der Schwere der Krankheit gemäss Einschätzung des Vertrauensarztes des Versicherers nötig ist.
3. Die Leistungen werden nur gewährt, wenn der Vertrauensarzt des Versicherers monatlich eine ordnungsgemäss ausgefüllte ärztliche Bescheinigung erhält. Der Versicherer stellt dem Versicherungsnehmer das vom befugten Arzt auszufüllende Formular zur Verfügung.
4. Beginnt oder endet der Leistungsanspruch im Verlauf eines Monats, ist die Leistung für den gesamten Monat geschuldet.

Art. 8 Begünstigter der Versicherungsleistung

Die Rente wird überwiesen:

- a. dem Vater und der Mutter mit elterlicher Gewalt über das versicherte Kind zu gleichen Teilen, oder
- b. dem Vater oder der Mutter mit alleiniger elterlicher Gewalt über das versicherte Kind, oder
- c. bei deren Fehlen: dem Versicherungsnehmer

Art. 9 Ausschlüsse

Zusätzlich zu den Bestimmungen der Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVZ) sind von der Versicherungsdeckung ausgeschlossen:

- a. Krebserkrankungen, die bereits vor Vertragsabschluss aufgetreten sind oder ärztlich diagnostiziert wurden, oder in den ersten drei Monaten nach Vertragsabschluss (Karenzfrist) auftreten oder ärztlich diagnostiziert werden
- b. Krebserkrankungen, deren voraussichtliche, in Artikel 2.4 definierte Behandlungsdauer gemäss Einschätzung des Vertrauensarztes oder des vom Versicherer bestimmten medizinischen Gutachters nicht länger als drei Monate dauern wird; Todesfälle von Versicherten während dieser drei Monate bleiben vorbehalten; Folgekontrollen zur Erkennung von Rückfällen gelten nicht als Behandlung
- c. Krebserkrankungen bei einem HIV-positiven Versicherten
- d. Retinoblastome, ausser der Begünstigte erbringt den Beweis, dass die Erkrankung nicht genetisch bedingt ist
- e. Verschlimmerungen der Krankheit, die direkt oder indirekt mit der Tatsache zusammenhängen, dass der Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter die verordnete medizinische Behandlung verweigert hat

Art. 10 Ende des Versicherungsvertrags

Zusätzlich zu den Bestimmungen, die in den allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherung (AVZ) vorgesehen sind, endet Versicherungsvertrag und Leistungsanspruch:

- a. am Ende des Kalenderjahrs, in dem der Versicherte sein 17. Lebensjahr erreicht, ausser bei laufenden Schadenfällen
- b. 60 Monate nach der Krebsdiagnose oder bei Erschöpfung des Leistungsanspruchs, je nachdem, welcher Fall eher eintritt
- c. auf Anfrage des Versicherungsnehmers, wenn der Versicherte HIV-positiv ist; der Vertrag endet bei Mitteilung des Versicherungsnehmers an den Versicherer
- d. mit der Kündigung des Versicherungsvertrags. Der Leistungsanspruch für einen laufenden Schadenfall bleibt vorbehalten.

Art. 11 Pflichten im Schadenfall

Zusätzlich zu den Bestimmungen der Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVZ) müssen alle Krebsbefunde (darin eingeschlossen prä-maligne Tumore und Krebserkrankungen in situ) dem Versicherer innert 30 Tagen mitgeteilt werden.

Allgemeine Versicherungsbedingungen der Groupe Mutuel Assistance

AG

AGGA02-A3 – Ausgabe 01.11.2014

Art. 1 Allgemeines

Im Rahmen des Kollektivvertrags der Groupe Mutuel und der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG (nachfolgend GMA AG genannt) steht dem Versicherten, der gemäss Krankenversicherungsgesetz versichert ist oder eine Zusatzversicherung abgeschlossen hat, die explizit den Versicherungsschutz «Groupe Mutuel Assistance» beinhaltet, eine Versicherungsdeckung zur Verfügung, deren Leistungen nachfolgend definiert sind. Die «Groupe Mutuel Assistance»-Leistungen werden von der GMA AG garantiert.

Art. 2 Zweck der Versicherung

Zweck der Versicherung ist es, den Versicherten bei Reisen und Aufhalten ausserhalb der Schweiz in medizinischen Notfällen und bei unerwarteten Ereignissen ärztliche, juristische, finanzielle und persönliche Hilfe zu leisten, so wie es in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen umschrieben ist (siehe Art. 5).

Art. 3 Definitionen

- a. Versicherer: Krankenversicherer, bei dem der Versicherte über den Versicherungsschutz «Groupe Mutuel Assistance» verfügt.
- b. Notrufzentrale: Die GMA AG stellt ihren Versicherten 24 Stunden am Tag und 365 Tage im Jahr eine Notrufzentrale zur Verfügung.
- c. Krankheit: jede plötzliche und unvorhersehbare, von fachkundiger ärztlicher Stelle festgestellte Verschlechterung des Gesundheitszustands. Chronische Krankheit: Krankheit, die sich langsam entwickelt und lange andauert. Schwere Krankheit: Krankheit, welche die Lebenserwartung gefährdet.
- d. Unfall: jedes plötzliche und unvorhersehbare Ereignis, das dem Opfer durch äussere Gewalt und unfreiwillig widerfährt. Lebensmittelvergiftungen sind Unfällen gleichgestellt.
- e. Ärzte der Notrufzentrale: Sie bearbeiten die Hilfesuche,

entscheiden über den Einsatz der geeigneten Mittel und über die Kostenübernahme gemäss den Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

- f. Transport mit ärztlicher Begleitung: Transport, der ärztliche Betreuung erfordert; der Entscheid hierüber und seine Organisation obliegt den Ärzten der Notrufzentrale.

Art. 4 Gültigkeit

1. Die Gültigkeit der Versicherungsdeckung ist mit der Gültigkeit des Versicherungsvertrags beim Versicherer verknüpft. Sie endet entweder an dem Tag, an dem der Versicherte aufgehört hat, versichert zu sein, oder an dem Tag, an dem der zwischen der Groupe Mutuel und der GMA AG abgeschlossene Vertrag abläuft, wobei der Versicherer verpflichtet ist, seine Versicherten rechtzeitig zu informieren.
2. Die Gültigkeit des Versicherungsschutzes «Groupe Mutuel Assistance» ist auf Reisen beschränkt, bei denen sich der Versicherte nicht länger als 60 aufeinanderfolgende Tage ausserhalb der Schweiz aufhält.

Art. 5 Örtlicher Geltungsbereich

Der Versicherte kann den Versicherungsschutz «Groupe Mutuel Assistance» weltweit beanspruchen, auch in dem Land, in dem er seinen Wohnsitz hat, jedoch ausserhalb eines Umkreises von 20 km ab seinem Hauptwohnsitz.

Art. 6 Reiseinformationsdienst

Der Versicherte kann die Notrufzentrale anrufen, um vor seiner Abreise wichtige Informationen behördlicher oder medizinischer Natur zu erhalten, zum Beispiel über Vorschriften betreffend Pässe, Visa, Impfungen, Gebühren, Zoll, Währung und verschiedene Dienstleistungen.

Art. 7 Hilfe über Kontaktärzte ausserhalb der Schweiz

Der Versicherte kann die Notrufzentrale anrufen, um die notwendigen Angaben über einen Kontaktarzt in der Gegend seines Aufenthalts zu erhalten. Die meisten dieser Ärzte sprechen ausser ihrer Muttersprache Englisch und eine weitere Sprache.

Art. 8 Ärztliche Fernberatung

Wenn ein Versicherter während seiner Reise an Ort und Stelle keine angemessene ärztliche Beratung erhält, kann er sich an die Notrufzentrale wenden, damit ein Arzt ihn beraten oder wenn nötig einen Kollegen beiziehen kann. Aufgrund eines Telefongesprächs kann keine Diagnose gestellt werden; die Auskunft des Arztes darf nur als Ratschlag betrachtet werden.

Art. 9 Evakuierung und/oder sanitäre Repatriierung

Kommt das Ärzteteam der Notrufzentrale zum Schluss, dass der Zustand des Versicherten spezielle ärztliche Behandlungen oder Untersuchungen erfordert, die nicht vor Ort durchgeführt werden können, organisiert und übernimmt die Notrufzentrale folgende Leistungen:

- Transport des Versicherten in ein regionales Spitalzentrum oder in ein Land, in dem die Pflege erbracht werden kann, bis sein Zustand es ihm erlaubt, falls nötig durch die Notrufzentrale mit einem regulären Linienflugzeug sanitär repatriert und in ein Spital in der Nähe seines Wohnorts in der Schweiz überführt zu werden
- Repatriierung in die Schweiz, wenn sich in der Nähe kein geeignetes ärztliches Zentrum befindet

Die Dienstleistungen der Evakuierung und der sanitären Repatriierung werden unentgeltlich und ohne betragsliche Limitation erbracht.

Art. 10 Entsendung eines Facharztes an Ort und Stelle

In gewissen Fällen, in denen die sanitäre Repatriierung sich infolge des Zustands des Versicherten als unmöglich erweist, organisiert die Notfallzentrale die Entsendung eines von ihr bestimmten Facharztes, der die Aufgabe hat, den Zustand des Patienten zu beurteilen, mit dem behandelnden Arzt zusammenzuarbeiten und gegebenenfalls die sanitäre Repatriierung zu organisieren. Die Notfallzentrale übernimmt die Kosten der Entsendung.

Art. 11 An Ort und Stelle behandelter Patient – Überwachung

Wenn die Ärzte der Notfallzentrale beschliessen, dass der Versicherte an Ort und Stelle behandelt werden kann, so halten sie sich gleichwohl zur Verfügung des behandelnden Arztes und des Versicherten, wenn sich dies als notwendig erweist. Sofern die Ärzte der Notfallzentrale nicht anderer Auffassung sind, werden Transporte in sitzender Stellung und ohne ärztliche Betreuung im Allgemeinen nicht übernommen.

Falls der Versicherte aus persönlichen Gründen die Weiterbehandlung in einem anderen Staat beschliesst, so stellt ihm die Notfallzentrale alle zur Erleichterung von Spezialberatungen notwendigen Informationen zur Verfügung. Die Transport- und Behandlungskosten gehen vollumfänglich zulasten des Versicherten.

Art. 12 Vorschuss für Spitalaufnahme und -kosten

Falls der hospitalisierte Versicherte nicht ausreichend Zah-

lungsmittel mit sich führt (Bargeld, Scheck, Kreditkarte) und weder ein Mitglied seiner Familie noch sein Arbeitgeber, sein Versicherer oder irgendeine andere Gewährsperson unverzüglich erreichbar ist, erbringt die Notfallzentrale eine Kaution für die Aufnahme, indem sie dem Spital entweder bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 5'000.– eine Garantie leistet oder eine Überweisung vornimmt.

Art. 13 Versand von Medikamenten

In dringlichen Fällen kann die Notfallzentrale alle unerlässlichen Medikamente, die an Ort und Stelle nicht erhältlich sind, übersenden. Die Notfallzentrale übernimmt die Kosten für den Transport auf regulärem Weg oder mit Kurierdienst. Der Kaufpreis der Medikamente geht zulasten des Versicherten.

Art. 14 Reisespesen für Drittpersonen

Falls ein alleinreisender Versicherter während mehr als sieben Tagen ausserhalb der Schweiz hospitalisiert ist, stellt die Notrufzentrale der von ihm bezeichneten Person, deren Wohnsitz sich im gleichen Staat wie sein eigener derzeitiger Wohnsitz befindet, einen Gutschein für Hin- und Rückflug in der Economy-Klasse für einen Besuch zur Verfügung. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung gehen zulasten des Besuchers.

Art. 15 Rückreise von Kindern

Falls infolge eines versicherten Ereignisses niemand vorhanden ist, um sich um die Kinder des Versicherten zu kümmern, die jünger als 18 Jahre und ohne Beistand an Ort und Stelle zurückgeblieben sind, organisiert die Notfallzentrale deren Rückkehr an dem Wohnort des Versicherten oder eines Familienmitglieds, nötigenfalls mit einem Begleiter, und kommt für die Kosten auf.

Art. 16 Rückführung der sterblichen Überreste

Im Fall des Hinschieds des Versicherten ausserhalb der Schweiz übernimmt die Notfallzentrale den Betrag der Transportkosten für die Rückführung seiner sterblichen Überreste an Bord eines regulären Linienflugzeugs oder mit einem hierfür vorgesehenen Wagen, und zwar bis zum Höchstbetrag von Fr. 10'000.–.

Die Notfallzentrale sorgt dafür, dass das Konsulat und das Beerdigungsinstitut die notwendigen Schritte unternehmen, wobei deren Kosten und weitere damit verbundene Auslagen (inklusive Kauf des Sarges) zulasten der Familie oder des Arbeitgebers gehen.

Art. 17 Such- und Rettungskosten

Falls sich der Versicherte in einer nachweisbaren Notsituation befand, welche die entstandenen Kosten rechtfertigt, werden Such- und Rettungskosten bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 10'000.– zurückerstattet.

Art. 18 Rechtlicher, technischer und persönlicher Beistand

Wenn ein Versicherter während einer Reise ausserhalb der Schweiz unbedingt den Beistand eines Anwalts, eines Dolmetschers, eines Technikers usw. benötigt, kann er sich weltweit an einen der nicht medizinischen Partner der Notfallzentrale in dem von ihm bereisten Gebiet wenden. Dazu genügt es, dass er telefonisch oder per Telefax eine entsprechende Anfrage an die Notfallzentrale richtet, dies unter Angabe der Art des erforderlichen Beistands. Die von den Partnern der Notfallzentrale geleisteten Dienste gehen vollumfänglich zulasten des Versi-

cherten, der um deren Begleichung besorgt ist. Die Notfallzentrale kann dem Versicherten auch in anderen Bereichen behilflich sein, etwa bei der Suche eines geeigneten Diensts für die Rückführung eines Fahrzeugs, Benachrichtigung der zuständigen Stelle im Fall von Verlust oder Diebstahl des Gepäcks oder der Kreditkarte, bei der Suche nach einem Ersatzteil, einem Gegenstand usw. Auch diese Dienstleistungen gehen zulasten des Versicherten und zu Bedingungen, die von Fall zu Fall festzulegen sind.

Art. 19 Dringende Benachrichtigung

Nötigenfalls benachrichtigt die Notfallzentrale die Familie und den Arbeitgeber des Versicherten über das Hilfsgesuch und über die entsprechend getroffenen Massnahmen (für diese Dienstleistung wird kein Zuschlag erhoben). Eine nicht dringliche Mitteilung kann von der Notfallzentrale während zehn Tagen zurückbehalten werden, sei es für den Versicherten oder für einen seiner Korrespondenten.

Art. 20 Entscheidung, Wahl der Mittel und Kostenübernahme

Im Fall eines ärztlichen Beistands setzen sich die benachrichtigten Ärzte der Notfallzentrale mit dem behandelnden Arzt des Versicherten in Verbindung, um sich ein Bild von der Schwere des Falls und dessen Dringlichkeit zu machen.

Der Entscheid über die einzusetzenden Mittel erfolgt unter anderem in Hinblick auf die tatsächlichen Behandlungsmöglichkeiten an Ort und Stelle, die zurückzulegenden Entfernungen, die Fristen für Interventionen usw.; sofern der Hausarzt oder der Arzt des Arbeitgebers erreichbar sind, werden sie, falls notwendig, konsultiert.

Nur die Ärzte der Notfallzentrale entscheiden über die zu erbringenden Leistungen, die Übernahme dieser Kosten und insbesondere über die zu verwendenden Transportmittel und die Notwendigkeit einer medizinischen oder paramedizinischen Begleitung.

Leistungen, die nicht während der Reise angefordert, nicht von der Notfallzentrale oder ohne deren Einverständnis organisiert worden sind, geben in keinem Fall Anspruch auf spätere Rückzahlung oder Entschädigung.

Art. 21 Ausschlüsse

In den folgenden Fällen ist die Übernahme der in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegten Leistungen ausgeschlossen:

- a. geringfügige Beschwerden oder Verletzungen, die an Ort und Stelle behandelt werden können und den Versicherten nicht an der Fortsetzung seiner Reise hindern
- b. Fälle, in denen der Zustand des Versicherten es ihm erlaubt, normal in sitzender Stellung und ohne medizinische Begleitung zu reisen, es sei denn, die Ärzte der Notfallzentrale beschliessen die Kostenübernahme
- c. Rekonvaleszenzen sowie Leiden, die noch behandelt werden und noch nicht geheilt sind, Rückfälle vorgängig zugezogener Krankheiten, welche die Gefahr einer Verschlimmerung mit sich führen, sowie Reisen, die zum Zweck einer ärztlichen Behandlung angetreten werden
- d. Schwangerschaften, ausser bei eindeutigen und unvorhersehbaren Komplikationen. Noch ungeborene Kinder sind gedeckt; sie müssen innert zehn Tagen nach der Geburt angemeldet werden
- e. Folgen von Selbstmord oder Selbstmordversuchen
- f. Geisteskrankheiten, die bereits zu Behandlungen Anlass gegeben hatten
- g. freiwillige Teilnahme des Versicherten an ausländischen

Kriegsereignissen oder zivilen Unruhen, Aufruhr, Aufständen und Repressalien

- h. Verwendung von nicht ärztlich vorgeschriebenen Drogen unter Einschluss jeglicher alkoholbedingter Krankheitszustände
- i. Fälle, die auf direkte oder indirekte Einwirkung von Atomreaktionen zurückzuführen sind
- j. Teilnahme des Versicherten an sportlichen Wettkämpfen sowie Ausübung einer als gefährlich anerkannten Berufstätigkeit

Art. 22 Pflichten des Versicherten im Schadenfall

1. Der Versicherte hat den Eintritt eines versicherten Ereignisses oder einer Erkrankung unverzüglich unter der Telefonnummer 0848 808 111 zu melden (aus dem Ausland: +41 848 808 111). Die Nummer ist auf der Rückseite der Versichertenkarte vermerkt.

Bei Nichteinhaltung dieser Bestimmung verliert der Versicherte seinen Leistungsanspruch. Der Versicherte übernimmt gegebenenfalls die durch die Notfallzentrale verursachten, zusätzlichen Kosten, die durch die verspätete Meldung entstanden sind.

2. Der Versicherte hat alles Nötige zu unternehmen, um die Schwere des Schadenfalls zu mindern und die Ursache aufzuklären.
3. Der Versicherte muss seinen vertraglichen oder gesetzlichen Melde-, Auskunfts- oder Verhaltenspflichten vollumfänglich nachkommen (unter anderem den Eintritt eines versicherten Ereignisses unter der angegebenen Kontaktadresse zu melden).
4. Bei Krankheit oder Unfall entbindet der Versicherte alle behandelnden Medizinalpersonen ausdrücklich von der beruflichen Schweigepflicht und ermächtigt sie, der Notfallzentrale und der GMA AG sämtliche Auskünfte zu erteilen, die sie für die Beurteilung seines Zustands benötigen.
5. Kann der Versicherte gegenüber Dritten Leistungsansprüche erheben, die den von der Notfallzentrale oder der GMA AG erbrachten Leistungen entsprechen, so muss er seine Ansprüche wahren und an die GMA AG abtreten.
6. Das Ärzteteam der Notfallzentrale entscheidet in allen Fällen über Daten, Zweckmässigkeit und Art der Transportmittel sowie über die Einrichtung, die den Versicherten in Empfang nehmen wird.
7. Wird ein Transport des Versicherten gemäss Artikel 9 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen übernommen, so wird dieser angehalten, der GMA AG die anfänglich vorgesehene, nicht verwendete Rückfahrkarte zurückzugeben oder zurückzuerstatten.

Art. 23 Einschränkungen

Alle von der einen oder anderen Vertragspartei aufgrund dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen gestellten Ansprüche gelten als null und nichtig, falls die GMA AG nicht innert 30 Tagen nach Eintritt des fraglichen Ereignisses über die Klausel, auf die sich der Anspruch stützt, benachrichtigt worden ist.

Art. 24 Rückgriff und Subsidiarität

Sämtliche Rechte und Ansprüche des Versicherten gegenüber am Geschehen verantwortlichen Personen gehen bis zum Betrag der durch die GMA AG erbrachten Leistungen an Letztere über.

Sind die in Anwendung dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen erbrachten Leistungen ganz oder teilweise durch eine Versicherungspolice (obligatorische oder private Versicherungen) gedeckt, so tritt die GMA AG in die Rechte und Ansprüche des Versicherten gegenüber diesen Versicherungen ein.

Art. 25 Haftungsbeschränkung

Die GMA AG lehnt jede Haftung ab, falls die Zusage oder rechtzeitige Ausführung ihrer Dienstleistung infolge von Streiks oder Umständen, auf die sie keinen Einfluss hat, einschliesslich Fälle höherer Gewalt (Krieg, Invasion, feindliche Angriffe, offene oder verdeckte Feindschaft, Bürgerkrieg, Rebellion, Revolution, Aufstand, Aufruhr oder Unruhe unter den Bürgern, Flugverbot oder andere durch die örtliche Gesetzgebung verfügte Verbote) nicht möglich sein sollte.

Art. 26 Mitteilungen

Jede Mitteilung der GMA AG an den Versicherten hat schriftlich an die letzte bekannte Adresse zu erfolgen. Dasselbe gilt für Mitteilungen des Versicherten an die GMA AG, die an folgende Adresse zu richten sind:

Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG

Rue des Cèdres 5

Postfach - CH-1919 Martigny

Art. 27 Verjährung

Alle Klagen, die sich aus dem Versicherungsschutz «Groupe Mutuel Assistance» ergeben, verjähren innert zwei Jahren ab Datum des den Leistungsanspruch begründenden Ereignisses gerechnet.

Art. 28 Gerichtsstand

Im Fall einer Meinungsverschiedenheit oder Streitigkeit im Zusammenhang mit der Anwendung dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen kann der Versicherte als Gerichtsstand entweder die Gerichte an seinem schweizerischen Wohnsitz oder die ordentlichen Gerichte am Sitz der GMA AG wählen. Falls der Versicherte seinen Wohnsitz ausserhalb der Schweiz hat, gilt ausschliesslich der Kanton Wallis als Gerichtsstand.

Art. 29 Anwendbares Recht

Es sind die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 anwendbar.



Unverbindliche, individuelle Beratung

0848 803 111
groupemutuel.ch

groupemutuel

Groupe Mutuel Holding AG Rue des Cèdres 5 CH-1919 Martigny 0848 803 111 / groupemutuel.ch



Versicherungsgesellschaften der Groupe Mutuel Holding AG: Avenir Krankenversicherung AG / Easy Sana Krankenversicherung AG / Mutuel Krankenversicherung AG
Philos Krankenversicherung AG / SUPRA-1846 SA / AMB Versicherungen AG / Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG / Groupe Mutuel Leben GMV AG
Von der Groupe Mutuel Services AG verwaltete Stiftungen: Groupe Mutuel Vorsorge-GMP / Mutuelle Neuchâteloise Assurance Maladie
Option Freizügigkeitsstiftung / Sammelstiftung Option