

Versicherungs- bedingungen Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG



Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG	AVZ	4
Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global	Kategorie GL	10
Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global classic	Kategorie GI	16
Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global mi-privée	Kategorie GM	21
Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global privée	Kategorie GP	26
Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global confort	Kategorie GC	31
Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global flex	Kategorie GX	37
Besondere Bedingungen der Heilungskosten-Zusatzversicherung	Kategorie SC	40
Besondere Bedingungen der Krankenpflege-Zusatzversicherung mit Bonus	Kategorie SB	44
Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Vitalis	Kategorie SP	48
Besondere Bedingungen der Krankenpflege-Zusatzversicherung Alterna	Kategorie SA	49
Besondere Bedingungen der kombinierten Spitalversicherung	Kategorie HC	50
Besondere Bedingungen der Versicherung Hôpital senior	Kategorie HS	52
Besondere Bedingungen der Versicherung H-Capital	Kategorie KH	54
Besondere Bedingungen der Versicherung Mundo	Kategorie MU	55
Besondere Bedingungen Zahnpflegeversicherung Dentaire plus	Kategorie DP	56
Besondere Bedingungen der Versicherung Acrobat	Kategorie AB	58
Besondere Bedingungen der Versicherung ActiVita	Kategorie AJ	63
Besondere Bedingungen der Versicherung ProVista	Kategorie ID	66
Besondere Bedingung der Versicherung Legis	Kategorie LG	69
Besondere Bedingungen der Groupe Mutuel Assistance	Kategorie AG	71

Bearbeitung der persönlichen Daten durch den Versicherer und durch seinen Vermittler

Die erfassten persönlichen und administrativen Daten dienen dazu, Ihre aktuellen und zukünftigen Versicherungsbedürfnisse zu bestimmen, damit Sie jederzeit von einem optimalen Versicherungsschutz profitieren können. Diese Daten werden insbesondere für die Risikoeinschätzung, für die Bearbeitung von Schadenfällen, zur Sicherung der administrativen, statistischen und finanziellen Weiterbearbeitung des Vertrags und für Marketingzwecke benutzt. Zu diesen Zwecken können die Groupe Mutuel, Association d'assureurs, und die risikotragenden Versicherer die Daten untereinander austauschen. Bei Verdacht auf Vermögens- oder Urkundendelikte sowie im Falle, dass eine Versicherung wegen betrügerischer Begründung des Versicherungsanspruchs (Art. 40 VVG) vom Vertrag zurücktritt, kann eine Meldung an den Schweizerischen Versicherungsverband (SVV) zwecks Eintragung in das zentrale Informationssystem (ZIS) erfolgen.

Bei der Erfassung, Einsicht und Anpassung der Daten verpflichten sich die Groupe Mutuel, ihre Mitgliedschaften und -gesellschaften, ihre Vermittler und andere bevollmächtigte Beauftragte, alle nötigen Massnahmen zu ergreifen, um die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen einzuhalten. Die Daten werden vertraulich behandelt und

ihre Weitergabe an Dritte ist nur aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen, aufgrund von Gerichtsentscheiden oder wenn Dritte dazu bevollmächtigt wurden, möglich. Falls die Datenverarbeitung Gegenstand eines Vertrages mit einem Unterbeauftragten, von Outsourcing oder der Zusammenarbeit mit Dritten ist, werden Letztere auf die Datenschutzanforderungen aufmerksam gemacht und der Schweigepflicht unterstellt. Die Daten, die der Versicherte den zugelassenen Vermittlern der Groupe Mutuel anvertraut, werden erfasst und der Groupe Mutuel zur Bearbeitung der Versicherungsanträge, zur administrativen Weiterbearbeitung und finanziellen Abwicklung zwischen Vermittler und Versicherer übermittelt.

Die zugelassenen Vermittler der Groupe Mutuel werden auf Vertraulichkeits- und Datenschutzaspekte aufmerksam gemacht und haben sich vertraglich dazu verpflichtet, sie einzuhalten. Die persönlichen Daten werden im Allgemeinen in elektronischer Form und/oder auf Papier und/oder eingescannt aufbewahrt und dies so lange, wie es für die Verwaltung des Versicherungsvertrags, der Schadenfälle, der Rückgriffsansprüche, des Inkassos und/oder für eventuelle Streitigkeiten zwischen Versicherer, Versichertem, Vermittler oder Dritten nötig ist.

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

AVZ

AVZGA02 – Ausgabe 01.07.2000

Die Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG, nachfolgend GMA genannt, ist Versicherer gemäss den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVZ).

Art. 1 Grundlagen des Versicherungsvertrages

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 Versicherungsvertrages bilden der Versicherungsantrag, die Versicherungspolice, die vorliegenden Allgemeinen Bedingungen, die Besonderen Bedingungen sowie allfällige besondere Vereinbarungen.
3. Hat ein Versicherter seinen Wohnsitz im Fürstentum Liechtenstein, so sind die Bestimmungen des Liechtensteiner Gesetzes vom 6. Juni 1941 über die Annahme des VVG integrierter Bestandteil des Versicherungsvertrags.

Art. 2 Zweck der Versicherung

Die Versicherung deckt hauptsächlich die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall. Bestimmte besondere Bedingungen ermöglichen es den Versicherten, auf die Deckung eines oder mehrerer der oben genannten Risiken zu verzichten.

Art. 3 Begriffe

1. Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen 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 oder geistigen Gesundheit zur Folge hat.
Folgende, abschliessend aufgeführte Körperschädigungen sind, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt:
 - a. Knochenbrüche;
 - b. Verrenkungen von Gelenken;
 - c. Meniskusrisse;
 - d. Muskelrisse;
 - e. Muskelzerrungen;
 - f. Sehnenrisse;
 - g. Bandläsionen;
 - h. Trommelfellverletzungen.

3. Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit der Mutter.

Art. 4 Örtlicher Geltungsbereich

1. Die Versicherung gilt weltweit. Bei Reisen oder vorübergehendem Aufenthalt ausserhalb der Schweiz und des Fürstentums Liechtenstein ist die Dauer der Versicherungsdeckung auf längstens 12 Monate ab Überschreiten der Grenze beschränkt, sofern nichts Besonderes vereinbart wurde; nach Ablauf dieser Frist ruht die Versicherung. Bei einem Auslandsaufenthalt hat der Versicherte die Verwaltung innert 20 Tagen darüber zu informieren.
2. Wünscht der Versicherte, die Versicherungsdeckung im Ausland weiterzuführen, so hat er dem Versicherer 30 Tage vor Ablauf des Versicherungsjahres ein schriftliches Gesuch zu stellen. Der Versicherer behält sich das Recht vor, die Verlängerung der Versicherungsdeckung im Ausland für längstens 12 Monate anzunehmen oder abzulehnen.
3. Bricht eine Krankheit in der Schweiz oder in Liechtenstein aus und lässt sich der Versicherte in anderen Ländern behandeln, so werden die entsprechenden Behandlungskosten nur vergütet, sofern der behandelnde Arzt dem Versicherer ein vorgängiges Gesuch eingereicht hat und der Versicherer dem Antrag stattgegeben hat.

Art. 5 Versicherungsnehmer und versicherte Person

Der Versicherungsnehmer ist jene Person, die mit dem Versicherer einen Vertrag abschliesst; als versicherte Person gilt die auf der Versicherungspolice als Versicherter erwähnte Person.

Art. 6 Versicherungsantrag

1. Der Versicherungsantrag erfolgt schriftlich auf dem vom Versicherer zur Verfügung gestellten Formular. Der Antragsteller hat alle Fragen, die auf dem Versicherungsantragsformular aufgeführt sind, zu beantworten. Die Versicherten müssen Dritte ermächtigen, dem Versicherer alle Unterlagen zu liefern und alle Auskünfte zu erteilen, welche dieser benötigen könnte.
2. Der Versicherer behält sich das Recht vor, den Versicherungsantrag anzunehmen oder abzulehnen.
3. Der Versicherungsantrag eines handlungsunfähigen Antragstellers wird von seinem gesetzlichen Vertreter unterzeichnet.

Art. 7 Ärztliche Untersuchung

Der Versicherer kann auf seine Kosten die Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses verlangen. Er kann auch einen Arzt bezeichnen, der den Gesundheitszustand des Antragstellers zu untersuchen hat.

Art. 8 Vorbehalte

1. Bei Personen, die zum Zeitpunkt der Einreichung ihres Versicherungsantrages 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.
Der Versicherer behält sich ebenfalls das Recht vor, jedes Risiko, das im Versicherungsantrag verschwiegen wurde, auszuschliessen, sobald er davon erfährt.
2. Der Vorbehalt gilt für die gesamte Vertragsdauer. Der Versicherte kann auf seine Kosten den Nachweis erbringen, dass ein Vorbehalt nicht mehr gerechtfertigt ist.

Art. 9 Beginn des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag tritt an dem in der Versicherungspolice bezeichneten Tag in Kraft. Die in den besonderen Reglementen vorgesehenen Wartezeiten und Karenzzeiten bleiben vorbehalten.

Art. 10 Verletzung der Anzeigepflicht

Hat der Versicherungsnehmer beim Abschluss des Versicherungsvertrages eine erhebliche Gefahrentatsache, die er kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen (Verletzung der Anzeigepflicht), hat der Versicherer das Recht, den Vertrag innert vier Wochen nachdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, schriftlich zu kündigen.

Art. 11 Anrecht auf die Versicherung

- Der Versicherte kann sich wie folgt versichern:
- bis zum Ende des Monats, der dem Anspruch auf eine AHV-Rente vorangeht, wenn es sich um eine Versicherungsdeckung für Erwerbsausfall handelt;
 - ohne zeitliche Begrenzung für alle anderen Versicherungsdeckungen.

Art. 12 Versicherungsperiode

Die Versicherungsperiode entspricht einem Kalenderjahr und erstreckt sich vom 1. Januar bis zum 31. Dezember.

Art. 13 Auflösung des Versicherungsvertrages

1. Nach 5 Versicherungsjahren kann der Vertrag vom Versicherungsnehmer ganz oder teilweise unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

Das dem Versicherer zustehende Recht, den Vertrag bei einem vertragswidrigen Verhalten des Versicherten aufzulösen, bleibt vorbehalten. Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie am letzten Tag des Monats Juni bei der Post aufgegeben wird.

2. Nach jedem Schadenfall, für welchen der Versicherungsnehmer berechnungsberechtigt, innert 10 Tagen nachdem er von der Auszahlung der Entschädigung Kenntnis erhalten hat, vom entsprechenden Vertragsteil zurückzutreten.
Tritt der Versicherungsnehmer vom Verträge zurück, so erlischt die Versicherung vierzehn 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 kündigt, das dem Abschluss folgt. In den übrigen Fällen ist die Prämie nur bis Vertragsende zu entrichten.
3. Der Versicherer verzichtet ausdrücklich auf das ihm gesetzlich zustehende Recht, nach Eintritt des Schadenfalls den Vertrag aufzulösen, ausser bei unrichtigen Angaben, arglistiger Täuschung, Verletzung der Anzeigepflicht oder entsprechendem Versuch.
4. Das Recht auf Kündigung infolge Verletzung der Informationspflicht beim Vertragsabschluss durch den Versicherer erlischt vier Wochen nachdem der Versicherungsnehmer von der Pflichtverletzung erfährt, spätestens aber ein Jahr nach der Verletzung. Die Kündigung wird mit Zugang beim Versicherer wirksam. Die Prämie ist nur bis Vertragsende zu entrichten, wenn der Vertrag vor Fristablauf gekündigt wird oder endet.
5. Jede Kündigung muss per Einschreiben mitgeteilt werden.

Art. 14 Erlöschen des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag sowie der Anspruch auf Leistungen erlöschen:

- a. mit dem Tod des Versicherten;
- b. bei Kündigung durch den Versicherungsnehmer nach Ablauf der vertraglichen Versicherungsdauer;
- c. bei Kündigung durch den Versicherungsnehmer (vgl. diesbezüglich Art. 13 Abs. 2 und 4, Art. 29 Abs. 1, Art. 35 Abs. 2 dieser AVZ);
- d. bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland, dies mit dem Ablauf der Versicherungsperiode, für welche die Prämie bezahlt worden ist, und insofern keine anderslautende Vereinbarung getroffen wurde.

Art. 15 Umfang und Dauer der Leistungen

1. Die Dauer der Kostenübernahme und die vom Versicherer in jeder Versicherungsart erbrachten Leistungen richten sich nach den einschlägigen Versicherungsbedingungen.
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. Voraussetzung für die Gewährung der Leistungen ist, dass der Versicherte ein ärztliches Zeugnis und detaillierte Originalrechnungen einreicht.
3. Die Besonderen Bedingungen der Zusatzversicherungen sind anwendbar.

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 Anspruches überzeugen kann.
3. Der Versicherer kann seine Abrechnung nur aufgrund der detaillierten Originalrechnungen erstellen, auf welchen die Behandlungsdaten, die Diagnose, die erbrachten ärztlichen 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. Die Versicherten, die ihren Wohnsitz im Ausland haben, müssen dem Versicherer eine Auszahlungsadresse in der Schweiz angeben.

Art. 18 Leistungsausschlüsse

1. Keine Versicherungsdeckung besteht für:
 - a. Krankheiten, Unfälle und ihre Folgen, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bereits bestanden oder unter Vorbehalt stehen;
 - b. Krankheiten, Unfälle und ihre Folgen nach Erlöschen des Versicherungsvertrages oder einer Versicherungsart; dies auch, wenn im Verlaufe der Versicherungsdauer Leistungen ausgerichtet worden sind;
 - c. Eingriffe zur Korrektur oder Beseitigung von körperlichen Schönheitsfehlern, es sei denn, sie werden durch ein versichertes Ereignis notwendig; Verjüngerungskuren, Behandlungen mit Zell- oder Gewebeimplantaten;
 - d. Selbstmord, vorsätzliche Selbstverstümmelung und der Versuch zu diesen Handlungen;
 - e. Zahnbehandlungen, sofern eine Deckung in den verschiedenen Versicherungsabteilungen nicht ausdrücklich vorgesehen ist;
 - f. Gesundheitsschädigungen, die auf die Einwirkung ionisierender Strahlen zurückzuführen sind und Schäden aus Atomenergie;
 - g. Kosten einer unwirksamen, unzweckmässigen und unwirtschaftlichen Behandlung. Als unwirt-

schaftlich gilt jede medizinische Massnahme, die sich nicht auf das durch das Interesse des Versicherten und den Behandlungszweck erforderliche Mass beschränkt. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein;

- h. Folgen von kriegerischen Ereignissen:
 - in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein;
 - im Ausland, es sei denn, die Erkrankung oder der Unfall trete innert 15 Tagen seit dem erstmaligen Auftreten von solchen Ereignissen in dem Land ein, in dem sich der Versicherte aufhält, und er vom Ausbruch solcher Ereignisse überrascht worden ist;
 - i. Folgen von Unruhen aller Art und der dagegen ergriffenen Massnahmen, ausser der Versicherte beweise, dass er nicht auf der Seite der Unruhestifter aktiv oder durch Aufwiegelung beteiligt war;
 - j. Trunksucht und andere Suchtkrankheiten.
2. Ausgeschlossen sind zudem die Krankheiten und Unfälle, die der Versicherte erleidet:
 - a. bei ausländischem Militärdienst;
 - b. bei Erdbeben;
 - c. anlässlich der Ausübung von Verbrechen oder Vergehen oder bei vorsätzlichem Versuch dazu sowie bei der Teilnahme an kriegerischen Handlungen oder Terrorakten;
 - d. 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;
 - e. bei Gefahren, denen sich der Versicherte dadurch aussetzt, dass er andere stark provoziert;
 - f. wenn er sich an einem Wagnis beteiligt, d. h. an Handlungen, durch die sich der Versicherte einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne dass Vorkehrungen getroffen werden können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken.

Art. 18a Grobe Fahrlässigkeit des Versicherten

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

Art. 19 Mehrfachversicherung und Leistungen Dritter

1. Alle Leistungen gemäss den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden ergänzend zu den Leistungen der in- und ausländischen Sozial- und Privatversicherer, insbesondere auch der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, gewährt.
2. Bei Vorliegen mehrerer Versicherungen hat jeder Versicherer den Schaden in demjenigen Umfang zu tragen, der dem Verhältnis zwischen dem durch ihn versicherten Betrag und dem versicherten Gesamtbetrag entspricht. Der Gesamtbetrag der versicherten Summen darf die tatsächlichen Kosten des Schadens nicht übersteigen.

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 Vergleiche zwischen dem Versicherten und den leistungspflichtigen Dritten gebunden.
4. Wird beim Versicherer keine obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG geführt, so werden die Leistungen dieses Vertrages im gleichen Masse ausgerichtet, wie wenn eine solche Deckung bestehen würde.

Art. 20 Doppelversicherung

1. Wird dasselbe Interesse gegen dieselbe Gefahr und für dieselbe Zeit bei mehr als einem Versicherer versichert, so dass die Versicherungssummen zusammen den Versicherungswert übersteigen (Doppelversicherung), so ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer hiervon ohne Verzug schriftlich in Kenntnis zu setzen.
2. Hat der Versicherungsnehmer diese Anzeige absichtlich unterlassen oder die Doppelversicherung in der Absicht abgeschlossen, sich daraus einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, so ist der Versicherer ihm gegenüber nicht an den Vertrag gebunden. Der Versicherer hat auf die ganze vereinbarte Prämie Anspruch.

Art. 21 Überversicherung

Übersteigt die Versicherungssumme den Versicherungswert (Überversicherung), so ist der Versicherer gegenüber dem Versicherungsnehmer nicht an den Vertrag gebunden, wenn der Versicherungsnehmer den Vertrag in der Absicht abgeschlossen hat, sich aus der Überversicherung einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen. Der Versicherer hat auf die ganze vereinbarte Prämie Anspruch.

Art. 22 Leistungserbringer

1. Nur die von anerkannten Leistungserbringern erbrachten Pflegeleistungen werden vom Versicherer vergütet. Als anerkannte Leistungserbringer gelten Personen, Anstalten und Einrichtungen, die in der Gesetzgebung über die Krankenversicherung beschrieben sind.
2. In seinen Vorschriften zählt jeder Versicherungszweig die weiteren, vom Versicherer anerkannten, Leistungserbringer auf.

Art. 23 Tarife der Leistungserbringer

1. Der Versicherer anerkennt die für die eidgenössischen Sozialversicherungen geltenden Tarife sowie die vertraglich anwendbaren Privattarife, denen er beigetreten ist.
2. An Honorarvereinbarungen zwischen Rechnungstellern und versicherten Personen ist der Versicherer nicht gebunden. Ein Anspruch auf Leistungen besteht nur im Rahmen des Tarifs, der vom Versicherer für den betreffenden Leistungserbringer anerkannt wird.

Art. 24 Abtretung und Verpfändung der Leistungen

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

Art. 25 Festsetzung der Prämien

1. Die Prämien werden nach Geschlecht, Regionen und Altersgruppen abgestuft.
2. Die Art und Weise der Prämienbestimmung wird in den jeweiligen Versicherungsbedingungen geregelt.

Art. 26 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 Prämien werden für den vollen Monat geschuldet.

Art. 27 Mahnung und Betreibung

1. Werden die Prämien, Franchisen und Selbstbehalte nicht bis zum Fälligkeitsdatum entrichtet, so wird der Schuldner unter Androhung der Säumnisfolgen auf seine Kosten schriftlich 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 keine Leistungen geltend machen, auch wenn die Prämie in der Folge bezahlt wird.
3. Leitet der Versicherer ein Betreibungsverfahren gegen den Versicherungsnehmer ein, können Verwaltungskosten sowie Kosten für die Aktenanlegung gefordert werden.

Art. 28 Rückerstattung der Jahresfranchisen und Selbstbehalte

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 zurückzuerstatten.

Art. 29 Änderung des Prämientarifs, der Franchisen und Selbstbehalte

1. Der Versicherer kann den Prämientarif, die Franchisen und Selbstbehalte entsprechend der Kosten- und Schadenentwicklung anpassen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer mindestens 30 Tage vor Ablauf des Versicherungsjahres über die neuen Bestimmungen des Vertrages zu informieren.

In diesem Fall hat der Versicherungsnehmer das Recht, seinen Versicherungsvertrag für den von der Änderung betroffenen Versicherungsteil auf Ende des laufenden Versicherungsjahres zu kündigen, unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt der Police oder der Tarifänderung.

Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, so gilt dies als Zustimmung zur Anpassung des Vertrages in Bezug auf die Prämien, Franchisen oder Selbstbehalte.

2. Eine Tarifänderung aufgrund eines Wohnsitzwechsels oder der Verlust des Anspruchs auf einen Rabatt gelten nicht als Prämienanpassung im Sinne der vorstehenden Bestimmungen. In diesen Fällen ist das Kündigungsrecht 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, so hat der Versicherte dem Versicherer sämtliche ärztliche Zeugnisse, Berichte, Belege und Rechnungen der verschiedenen Leistungserbringer einzureichen. Es werden nur Originalrechnungen angenommen.
2. Der Versicherer muss über den Eintritt in ein Spital oder in eine Klinik innert 5 Tagen informiert werden. Die Meldung hat vor dem Eintritt zu erfolgen, wenn eine Kostengutsprache verlangt wird. Bei verspäteter Meldung ist der Versicherer berechtigt, die Leistungen zu kürzen oder zu verweigern.
3. Der Versicherte oder Berechtigte muss den Versicherer über jeden Unfall umgehend benachrichtigen, spätestens jedoch innerhalb von 10 Tagen. Er muss alle Informationen geben bezüglich:
 - a. Zeitpunkt, Ort, Umstände und Folgen des Unfalls;
 - b. Arzt oder Spital;
 - c. die möglichen Verantwortlichen und entsprechenden Versicherungen.Erhält der Versicherer die Meldung erst zu einem späteren Zeitpunkt, behält er sich das Recht vor, die Leistungen zu kürzen oder zu verweigern.
4. Der Tod einer versicherten Person muss vom Anspruchsberechtigten innert 20 Tagen dem Versicherer gemeldet werden, auch wenn der Unfall bereits gemeldet wurde. Erfolgt die Meldung nach dieser Frist, erlischt die Leistungspflicht des Versicherers.

Art. 32 Auskunftspflicht

1. Adress- und Zivilstandsänderungen sowie Todesfälle sind dem Versicherer innert 30 Tagen schriftlich zu melden. Gegenteilige Bestimmungen bleiben vorbehalten.
2. Verlegt der Versicherte seinen Aufenthaltsort oder Wohnsitz ausserhalb der Schweiz oder des Fürstentums Liechtenstein, so hat er dies dem Versicherer innert 20 Tagen zu melden.

Art. 33 Auskünfte und Kontrollen

1. Der Versicherte ermächtigt ausdrücklich alle Medizinalpersonen, 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 zwecks Bestimmung der Diagnose und Abklärung des Leistungsanspruchs zu unterziehen.
4. Der Versicherte hat sich jederzeit der Kontrolle der Krankenbesucher und der 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 Unfalles eine diplomierte, zur Berufsausübung zugelassene Medizinalperson aufzusuchen und deren Anordnungen gänzlich zu befolgen. Er hat alles zu unterlassen, was seine Genesung gefährden oder verzögern könnte und den Anweisungen der Medizinalperson 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 einer Medizinalperson oder auf die Nichtbeachtung ihrer Anordnungen zurückzuführen sind.
2. Der Versicherte darf die Medizinalperson nicht zu unnötigen und unwirtschaftlichen Behandlungen oder Abklärungen veranlassen (z.B. unnötige Hausbesuche, stationäre statt ambulante Behandlungen, unnötige Arztwechsel usw.).

Art. 34a Falsche Rechnungen und Versicherungsbetrug

Bei falschen oder gefälschten Rechnungen sowie Versicherungsbetrug oder versuchtem Betrug werden keine Leistungen entrichtet. In diesem Fall muss der Versicherte für die Kosten aufkommen, die für die Kontrolle durch den Versicherer sowie die Bearbeitung des Dossiers benötigt anfallen.

Art. 35 Anpassung der Versicherungsbedingungen

1. Der Versicherer ist berechtigt, die Bedingungen einer jeden Versicherungsart aus einem der nachfolgenden Gründe anzupassen:
 - a. Fortschritt 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.
2. Die neuen Bedingungen sind auf den Versicherungsnehmer und auf den Versicherer anwendbar, wenn diese nach Massgabe von Absatz 1 während der Geltungsdauer der Versicherung angepasst werden. Der Versicherer gibt diese Anpassungen den Versicherungsnehmern schriftlich bekannt. Die Versicherungsnehmer, die mit diesen Anpassungen nicht einverstanden sind, können den entsprechenden Teil ihres Vertrages mit Wirkung auf das Anpassungsdatum kündigen. Trifft innert 25 Tagen keine Kündigung beim Versicherer ein, so gilt dies als Zustimmung zur neuen Regelung.

Art. 36 Mitteilungen

1. Alle Mitteilungen sind an den Verwaltungssitz der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG oder an eine ihrer offiziellen Geschäftsstellen zu richten.
2. Die Mitteilungen, die der Versicherer zu machen hat, erfolgen rechtsgültig an die vom Versicherungsnehmer oder Versicherten zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz.

Art. 37 Verjährung

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

Art. 38 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; es bleiben jedoch die internationalen Vereinbarungen vorbehalten.

Art. 39 Besondere Versicherungsbedingungen

Für alle von ihm durchgeführten Versicherungen erlässt der Versicherer Besondere Bedingungen, die Bestandteil der vorliegenden Allgemeinen Bedingungen sind.

Art. 40 Kollektivversicherung

Für alle durchgeführten Versicherungsarten kann der Versicherer im Rahmen eines Kollektivvertrages von den Bestimmungen dieser Allgemeinen Bedingungen abweichen, namentlich betreffend:

- die Person des Versicherungsnehmers;
- die Festlegung der Prämien;
- den Beginn, die Dauer und das Ende der Versicherung.

Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global

GLGA02 – Ausgabe 01.07.2000

Grundlage der nachstehenden Bestimmungen bilden die Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVZ) nach VVG, Ausgabe vom 1. Juli 2000, der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG.

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 Jahres ihres 18. Geburtstages, können die in Art. 2 Ziff. 2.2 unter der Bezeichnung Global junior umschriebenen Zusatzleistungen beziehen.
3. Ab dem 1. Januar des Jahres 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 vergleichbaren Deckung verfügt und momentan bei diesem anderen Versicherer nicht kündigen kann, hat sie die Möglichkeit, der Global-Versicherung beizutreten und somit ausschliesslich die in Art. 2 Ziff. 2.4 unter der Bezeichnung Global temporis umschriebenen Leistungen zu beziehen.

Art. 2 Versicherte Leistungen

1. Global

Folgende Leistungen werden in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht:

1. Spitalaufenthalt

1. Versicherungsklasse

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

2. Leistungen

a. Allgemeines

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

b. Spitalaufenthalt im Ausland

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

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

3. Umfang und Dauer der Leistungen

Die Leistungen der Spitalversicherung werden vorbehältlich der folgenden Bestimmungen übernommen:

- a. Der Versicherer übernimmt die vom KVG anerkannten Behandlungskosten, die Unterkunft- und Verpflegungskosten und die Arzthonorare gemäss Vertrag oder

kantonalen Tarifordnung oder andere vom Versicherer abgeschlossene Verträge.

- b. Erfolgt die Spitaleinweisung eines Versicherten in einem Spital, mit welchem der Versicherer in Bezug auf die Unterkunft- und Verpflegungskosten sowie die Behandlungskosten (inkl. Arzthonorare) kein Tarifabkommen abgeschlossen hat, werden dem Versicherten im Rahmen der allgemeinen Abteilung Fr. 200.– pro Tag gewährt.
- c. Im Rahmen der vorliegenden Versicherung besteht keine Versicherungsdeckung für Organtransplantationen, für welche der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer in Solothurn (SVK) Fallpauschalen vereinbart hat. Diese Regel gilt auch für Spitäler, für welche keine Fallpauschale vereinbart wurde.
- d. Der Leistungsanspruch erlischt, sobald der Kranke nicht mehr als Akutpatient gilt.
- e. Nach einem Spitalaufenthalt von 60 Tagen im Verlaufe eines Kalenderjahres 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. Alternativmedizin

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 Alternativmedizin

Naturheilverfahren:

Akupunktur, Aromatherapie, Aurikulotherapie, 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 Laufe 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 nichtärztlichen, 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 Rechnungsbeleges 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 Spitalbettes 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, welche 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, welche 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, welche 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 mittels 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. Nichtärztliche Psychotherapeuten und selbständige Psychologen
Der Versicherer übernimmt die Kosten für ärztlich verordnete Behandlungen durch nichtärztliche Psychotherapeuten und selbständige 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 Unfall 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

Die zusätzlichen Leistungen

- a. Betreuung von kranken Kindern zu Hause
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 Rechnungsbeleges wird eine Beteiligung am Aktiv-Mitgliederbeitrag eines vom Versicherer anerkannten Sportclubs oder Vereins ausgerichtet.

3. Global senior

Die zusätzlichen Leistungen

- a. Palliativpflege
Der Versicherer leistet einen Beitrag im Rahmen der Palliativpflege, d. h. alle medizinischen und pflegerischen Massnahmen, welche den vor dem Tod stehenden Personen zu Hause 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 Gesamtheit der Kosten der Behandlungen, die einen Verbleib zu Hause 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. Die Global temporis umfasst die zusätzlichen Leistungen unter Ziff. 2.1.2, 2.1.3, 2.2 und 2.3 aufgeführten Pflegeleistungen; sie betreffen nicht die unter Ziff. 2.1.1 (Spitalaufenthalt) und 2.1.4 (Sterbegeld) bezeichneten Leistungen.
 - c. Die Leistungen der Global temporis entsprechen 30% der im Rahmen der Global 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 Gesundheitszustandes in die Global-Versicherung mit dem auf der Beitrittserklärung festgelegten Datum. Dieser Beitritt hat spätestens innert 3 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 gekürzt.
 - h. Beim Übertritt von der Deckung Global temporis in jene der Global und bei der sich daraus ergebenden Prämienanpassung ist die Bestimmung von Art. 29 Abs. 1 AVZ für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen, welche 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 Deckung der Global mitgerechnet.

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 Versicherungsvertrages.
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 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 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 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 der 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 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 Laufe des Jahres das Höchstalter seiner Altersgruppe erreicht, wird auf Beginn des nächsten Kalenderjahres automatisch in die nächsthöhere Altersklasse umgeteilt. Es gelten folgende Altersklassen:

- 0 bis 18 Jahre;
- 19 bis 25 Jahre;
- ab dem 26. Altersjahr werden die Altersklassen in Abstufungen von 5 Jahren eingeteilt.

Leistungsstufen Global

Art der Leistung	Global 1
Limitiert kassenpflichtige Medikamente	70% max. Fr. 800.–/Kalenderjahr
Nicht kassenpflichtige Medikamente	70% max. Fr. 800.–/Kalenderjahr
Alternativmedizin	Fr. 70.– max./Sitzung, bis Fr. 2'000.–/Kalenderjahr
Erholungskuren	Fr. 20.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr
Erholungskuren nach Spitalaufenthalt	Fr. 40.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr
Badekuren in der Schweiz	60% max. Fr. 300.–/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
Nichtärztliche Psychotherapeuten und selbständige Psychologen	60% max. Fr. 600.–/Kalenderjahr
Spitalaufenthalt in der Schweiz	Allgemeine Abteilung ganze Schweiz
Spitalaufenthalt im Ausland	Fr. 500.–/Tag
Todesfallrisiko	Fr. 2'000.– Tod Unfall/Krankheit
Groupe Mutuel Assistance	Unterstützung, Betreuung und Repatriierung bei medizinischen Notfällen auf Reisen und im Ausland
Global junior (0-18 Jahre)	
Kinderbetreuung zu Hause	Fr. 200.– pro Kalenderjahr
Mitgliederbeitrag für eine sportliche Tätigkeit	Fr. 30.– pro Kalenderjahr
Global senior (ab 56 Jahre)	
Palliativpflege	90% max. Fr. 2'000.– pro Kalenderjahr
Revitalisierungsaufenthalte	Fr. 300.– pro Kalenderjahr
Diätberatungen, Diätkurse	50% max. Fr. 150.– pro 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
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
60% max. Fr. 300.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 500.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 750.–/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. 1500.–/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%, unbeschränkte Anzahl Untersuchungen	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.– Tod Unfall/Krankheit	Fr. 2'000.– Tod Unfall/Krankheit	Fr. 2'000.– Tod Unfall/Krankheit
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
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

GIGA01 – Ausgabe 01.05.2007

Grundlage der nachstehenden Bestimmungen bilden die Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVZ) nach VVG, Ausgabe vom 1. Juli 2000, der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG.

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) bei Aufenthalt 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 Spital-einrichtungen im Sinne des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) anerkannt sein (Spitäler mit kantonalem Leistungsauftrag) oder einen Tarifvertrag mit der Groupe 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 Ärztehonorare gemäss Abkommen mit dem Versicherer oder kantonaler 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 Gesundheitszustandes 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 Spitalbettes 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 10 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, welche 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. Nichtärztliche Psychotherapeuten und selbständige Psychologen

Der Versicherer übernimmt pro Sitzung Fr. 40.– der Kosten für ärztlich verordnete Behandlungen durch nichtärztliche Psychotherapeuten und selbständige Psychologen.

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

11. Transportkosten

Der Versicherer übernimmt einen Kostenbeitrag an Transporten 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 mittels 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 Gesundheitszustandes 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, welche 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 AG (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. Alternativmedizin

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 alternativmedizinische 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 «Alternativtherapien»:

Naturheilverfahren

Akupunktur, Aromatherapie, Aurikulothérapie, 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. Altersjahres 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 Spitaleinweisung, 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 integrierender Bestandteil der vorliegenden Besonderen Bedingungen.

Art. 7 Leistungsanspruch

1. Der Leistungsanspruch des Versicherten beginnt mit dem Inkrafttreten des Versicherungsvertrags.
2. Die in Artikel 5 aufgeführten Leistungen dieser Besonderen Bedingungen (Versicherte Leistungen Option «plus») sind nur gedeckt, wenn dies auf der Versicherungspolice ausdrücklich erwähnt ist.
3. 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.

4. 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 die vorliegenden 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 Laufe des Jahres das Höchstalter seiner Altersklasse erreicht, wird zu Beginn des folgenden Kalenderjahres automatisch in die nächst höhere Altersklasse umgeteilt. Es gelten folgende Altersklassen:

- 0 bis 18 Jahre;
- 19 bis 25 Jahre;
- ab dem 26. und bis zum 71. Altersjahr werden die Altersklassen in Stufen von jeweils fünf Jahren unterteilt.

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 Mitgliedskrankenversicherer der Groupe Mutuel, Association d'assureurs, 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 Spitaleinrichtung, die Abteilung der Spitaleinrichtung 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.–/Tag, max. Fr. 800.–/Kalenderjahr
Erholungskuren nach Spitalaufenthalt	Max. Fr. 50.–/Tag, max. 30 Tage/Jahr
Begleitungskosten bei Spitalaufenthalt	Max. Fr. 600.–/Kalenderjahr
Haushaltshilfe und Unterbringungskosten	Max. Fr. 80.–/Tag, max. Fr. 800.–/Jahr
Brillen und Kontaktlinsen	Fr. 150.– alle 3 Jahre (für Kinder bis 18 Jahre/Kalenderjahr)
Hilfsmittel	90%, max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr
Freiwillige Sterilisation	90%, unbeschränkt
Ohrenkorrektur	90%, unbeschränkt
Nichtärztliche Psychotherapeuten und selbständige Psychologen	Fr. 40.–/Sitzung, max. Fr. 800.–/Kalenderjahr
Transportkosten	Max. Fr. 5'000.–/Kalenderjahr
Such- und Rettungsaktionen	Max. Fr. 50'000.–/Kalenderjahr
Impfungen	90%, max. Fr. 150.–/Kalenderjahr
Vorsorgetests	Fr. 50.–/Kalenderjahr
Check-up	90%, alle 3 Jahre
Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen	90%, unbeschränkte Anzahl Untersuchungen
Ultraschalluntersuchungen und Mammographien	90%, unbeschränkte Anzahl Untersuchungen
Einmaliges Stillgeld	Fr. 100.–/Kind
Unterstützung bei Notfällen in der Schweiz und im Ausland	Groupe Mutuel Assistance

Versicherte Leistungen – Option «plus»

Alternativmedizin*	80%, max. Fr. 10'000.–/Kalenderjahr
Gesundheitsförderung: Fitness, Rückenschule, Leistungen für Tabak- und Alkoholentwöhnungskuren	50%, max. Fr. 500.–/Kalenderjahr (Fitness 50%, max. Fr. 200.–/Kalenderjahr)
Ernährungsberatung	Fr. 50.–/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

GMGA02 – Ausgabe 01.07.2000

Grundlage der nachstehenden Bestimmungen bilden die Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVZ) nach VVG, Ausgabe vom 1. Juli 2000, der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG.

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 Jahres ihres 18. Geburtstages, 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. Altersjahres 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 vergleichbaren 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 (Zwei- oder Mehrbettzimmer) 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 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 5 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. Lit. a bleibt vorbehalten.
- d. Bei einer ambulanten Niederkunft oder Hausgeburt erhält die Versicherte eine Vergütung von Fr. 800.– unter Vorbehalt von lit. 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 Spitalaufenthaltes der Mutter, sofern das Kind ebenfalls beim Versicherer versichert ist. Die persönlichen Unkosten sind nicht gedeckt. Lit. a bleibt vorbehalten.

5. Umfang und Dauer der Leistungen

Die Leistungen der Spitalversicherung werden vorbehaltlich 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. Erfolgt die Spitaleinweisung eines Versicherten in einem Spital, mit welchem der Versicherer in Bezug auf die Unterkunfts- und Verpflegungskosten sowie die Behandlungskosten (inkl. Arzthonorare) kein Tarifabkommen abgeschlossen hat, werden dem Versicherten im Rahmen der halbpri-

- vaten Abteilung Fr. 400.– pro Tag gewährt. Art. 2.1.1 Abs. 3 lit. b ist nicht anwendbar.
- c. Im Rahmen der vorliegenden Versicherung besteht keine Versicherungsdeckung für Organtransplantationen, für welche der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer in Solothurn (SVK) Fallpauschalen vereinbart hat. Diese Regel gilt auch für Spitäler, für welche keine Fallpauschale vereinbart wurde.
 - d. Der Leistungsanspruch erlischt, sobald der Kranke nicht mehr als Akutpatient gilt.
 - e. Nach einem Spitalaufenthalt von 60 Tagen im Verlaufe eines Kalenderjahres in einer psychiatrischen Heilanstalt werden aus der Spitalversicherung keine Leistungen mehr ausgerichtet.
 - f. Nach einem Spitalaufenthalt von 90 Tagen im Verlaufe eines Kalenderjahres 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 den 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 Hausgeburt gelangt nur die Regel von Artikel 2.1.1 Ziff. 4 lit. 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. Alternativmedizin
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 Alternativmedizin

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, Rolfing, Shiatsu, Trager, Wiederherstellung des energetischen Gleichgewichts.

Psychotherapie:

Biodynamik, Rebirthing, Sophrologie, Tomatis-Therapie.

- Jeder freiwillige Wechsel der Therapieform oder des Praktikers im Laufe 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 nichtärztlichen, 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 Rechnungsbeleges 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 Spitalbettes 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, welche 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, welche 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, welche 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 mittels 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. Nichtärztliche Psychotherapeuten und selbständige Psychologen
Der Versicherer übernimmt die Kosten für ärztlich verordnete Behandlungen durch nichtärztliche Psychotherapeuten und selbständige 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**
Die zusätzlichen Leistungen
- a. Betreuung von kranken Kindern zu Hause
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 Rechnungsbeleges wird eine Beteiligung am Aktiv-Mitgliederbeitrag eines vom Versicherer anerkannten Sportclubs oder Vereins ausgerichtet.

3. Global senior

Die zusätzlichen Leistungen

a. Palliativpflege

Der Versicherer leistet einen Beitrag im Rahmen der Palliativpflege, d. h. alle medizinischen und pflegerischen Massnahmen, welche den vor dem Tod stehenden Personen zu Hause 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 Gesamtheit der Kosten der Behandlungen, die ein Verbleib zu Hause 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 zusätzlichen unter Ziff. 2.1.2, 2.1.3, 2.2 und 2.3 aufgeführten Pflegezusatzleistungen; sie betreffen nicht die unter Ziff. 2.1.1 (Spitalaufenthalt) bezeichneten Leistungen.
- 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 Gesundheitszustandes in die Global mi-privée-Versicherung mit dem auf der Beitrittserklärung festgelegten Datum. Dieser Beitritt hat spätestens innert 2 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 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 Art. 29 Abs. 1 AVZ für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen, welche 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 Deckung der Global mi-privée mitgerechnet.

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 Versicherungsvertrages.
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 Laufe des Jahres das Höchstalter seiner Altersgruppe erreicht, wird auf Beginn des nächsten Kalenderjahres automatisch in die nächsthöhere Altersklasse umgeteilt. Es gelten folgende Altersklassen:

- 0 bis 18 Jahre;
- 19 bis 25 Jahre;
- ab 26 Jahren, wobei die Altersgruppen auf 5 Jahre abgestuft sind.

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
Alternativmedizin	Fr. 70.– max./Sitzung, bis Fr. 6'000.–/Kalenderjahr
Erholungskuren	Fr. 25.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr
Erholungskuren nach Spitalaufenthalt	Fr. 50.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr
Badekuren in der Schweiz	80% max. Fr. 750.–/Kalenderjahr
Badekuren im Ausland	80% max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr
Tarifzuschläge	Fr. 1'000.–/Kalenderjahr
Entschädigung der persönlichen Unkosten bei Spitalaufenthalt	Fr. 200.–/Fall
Rooming-in	Fr. 700.–/Kalenderjahr
Haushalthilfe und Unterbringungskosten	90% max. Fr. 3000.–/Kalenderjahr
Brillen und Konaktlinsen	Fr. 200.– alle 3 Jahre
Hilfsmittel	90% max. Fr. 1000.–/Kalenderjahr
Geburtsvorbereitungskurse	Fr. 150.–/Schwangerschaft
Einmaliges Stillgeld	Fr. 100.–/Kind
Ultraschall und Mammographie	90%, unbeschränkte Anzahl Untersuchungen
Impfungen	90% max. Fr. 250.–/Kalenderjahr
Elisa-oder HIV-Test	90% max. Fr. 250.–
Freiwillige Sterilisation	80% max. Fr. 500.–
Unfallbedingte Zahnbehandlungskosten	80% max. Fr. 8'000.–/Fall
Krankheitsbedingte Zahnbehandlungskosten	80% max. Fr. 200.– alle 3 Jahre
Transportkosten	80% max. Fr. 5'000.–/Kalenderjahr
Nichtärztliche Psychotherapeuten und selbständige Psychologen	80% max. Fr. 800.–/Kalenderjahr
Spitalaufenthalt in der Schweiz	Halbprivate Abteilung in der ganzen Schweiz
Spitalaufenthalt im Ausland	Fr. 1'000.–/Tag
Groupe Mutuel Assistance	Unterstützung, Betreuung und Repatriierung bei medizinischen Notfällen auf Reisen und im Ausland
Global junior (0-18 Jahre)	
Kinderbetreuung zu Hause	Fr. 300.–/Kalenderjahr
Mitgliederbeitrag für eine sportliche Tätigkeit	Fr. 30.–/Kalenderjahr
Global senior (ab 56 Jahren)	
Palliativpflege	90% max. Fr. 3'000.–/Kalenderjahr
Revitalisierungsaufenthalte	Fr. 300.–/Kalenderjahr
Diätberatungen, Diätkurse	50% max. Fr. 250.–/Kalenderjahr

Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global privée

GPGA02 – Ausgabe 01.07.2000

Grundlage der nachstehenden Bestimmungen bilden die Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVZ) nach VVG, Ausgabe vom 1. Juli 2000, der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG.

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. Geburtstages, können die in Art. 2 Ziff. 2.2 unter der Bezeichnung Global junior umschriebenen Zusatzleistungen beziehen.
3. Ab dem 1. Januar des Jahres nach Vollendung seines 55. Altersjahres 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 vergleichbaren 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
Ein Versicherter, 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 ausgerichtet. Die in der Global temporis verbrachte Dauer gilt nicht als Versicherungsdauer.
- b. Bei Abbruch der Schwangerschaft im Sinne des Gesetzes und für jede weitere Leistung im Zusammenhang mit der Mutterschaft gilt die Karenzzeit gemäss lit. a.
- c. Bei einer Entbindung im Zusammenhang mit einem Spitalaufenthalt von weniger als 5 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. Lit. a bleibt vorbehalten.
- d. Bei einer ambulanten Niederkunft oder einer Hausgeburt erhält die Versicherte eine Vergütung von Fr. 1'200.– unter Vorbehalt von lit. 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 Spitalaufenthaltes der Mutter, sofern das Kind ebenfalls beim Versicherer versichert ist. Die persönlichen Unkosten sind nicht gedeckt. Lit. a bleibt vorbehalten.

5. Umfang und Dauer der Leistungen

Die Leistungen der Spitalversicherung werden vorbehaltlich 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. Erfolgt die Spitaleinweisung eines Versicherten in einem Spital, mit welchem 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 welche der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer in Solothurn (SVK) Fallpauschalen vereinbart hat. Diese Regel gilt auch für Spitäler, für welche keine Fallpauschale vereinbart wurde.
 - d. Der Leistungsanspruch erlischt, sobald der Kranke nicht mehr als Akutpatient gilt.
 - e. Nach einem Spitalaufenthalt von 60 Tagen im Verlaufe eines Kalenderjahres in einer psychiatrischen Heilanstalt werden von der Spitalversicherung keine Leistungen mehr ausgerichtet.
 - f. Nach einem Spitalaufenthalt von 90 Tagen im Verlaufe eines Kalenderjahres 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 den 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 lit. 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. Alternativmedizin
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 Alternativmedizin

Naturheilverfahren:

Akupunktur, Aromatherapie, Aurikulothérapie, 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 Laufe 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 nichtärztlichen, 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 Rechnungsbeleges 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 Spitalbettes 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, welche 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, welche 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, welche 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 mittels 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. Nichtärztliche Psychotherapeuten und selbständige Psychologen
Der Versicherer übernimmt die Kosten für ärztlich verordnete Behandlungen durch nichtärztliche Psychotherapeuten und selbständige 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**
Die zusätzlichen Leistungen
- a. Betreuung von kranken Kindern zu Hause
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 Rechnungsbeleges wird eine Beteiligung am Aktiv-Mitgliederbeitrag eines vom Versicherer anerkannten Sportclubs oder Vereins ausgerichtet.

3. Global senior

Die zusätzlichen Leistungen

a. Palliativpflege

Der Versicherer leistet einen Beitrag im Rahmen der Palliativpflege, d. h. alle medizinischen und pflegerischen Massnahmen, welche den vor dem Tod stehenden Personen zu Hause 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 Gesamtheit der Kosten der Behandlungen, die ein Verbleib zu Hause 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; sie betreffen nicht die unter Ziff. 2.1.1 (Spitalaufenthalt) bezeichneten Leistungen.
- 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 Gesundheitszustandes in die Global privée-Versicherung mit dem auf der Beitrittserklärung festgelegten Datum. Dieser Beitritt hat spätestens innert 2 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 Art. 29 Abs. 1 AVZ für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen, welche 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 Deckung der Global privée mitgerechnet.

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 Versicherungsvertrages.
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 Laufe des Jahres das Höchstalter seiner Altersgruppe erreicht, wird auf Beginn des nächsten Kalenderjahres automatisch in die nächsthöhere Altersklasse umgeteilt. Es gelten folgende Altersklassen:

- 0 bis 18 Jahre;
- 19 bis 25 Jahre;
- ab 26 Jahren, wobei die Altersgruppen auf 5 Jahre abgestuft sind.

Leistungsstufen Global privée

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

Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global confort

GCGA02 – Ausgabe 01.07.2000

Grundlage der nachstehenden Bestimmungen bilden die Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVZ) nach VVG, Ausgabe vom 1. Juli 2000, der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG.

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 Jahres ihres 18. Geburtstages, 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. Altersjahres 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 vergleichbaren 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 Unterkunfts- 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 Unterkunfts- 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 vorbehaltlich 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 gemäss einem anderen mit dem Versicherer abgeschlossenen Vertrag.

b. Erfolgt die Hospitalisation eines Versicherten in einem Spital, mit welchem der Versicherer in Bezug auf die Unterkunfts- 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 welche der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer in Solothurn (SVK) Fallpauschalen vereinbart hat. Diese Regel gilt auch für Spitäler, für welche keine Fallpauschale vereinbart wurde.

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

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

g. Nach einem Spitalaufenthalt von 90 Tagen im Verlaufe eines Kalenderjahres 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 angeschlossenen 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 zu Lasten 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. Alternativmedizin
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 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 Alternativmedizin

Naturheilverfahren:

Akupunktur, Aromatherapie, Aurikulothérapie, Bioresonanz, Biotherapie, Chromotherapie, Colon-Hydro-Therapie, Elektroakupunktur, Ernährungsberatung, 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, Rolfing, Shiatsu, Trager, Wiederherstellung des energetischen Gleichgewichts.

Psychotherapie:

Biodynamik, Rebirthing, Sophrologie, Tomatis-Therapie.

- Jeder freiwillige Wechsel der Therapieform oder des Praktikers im Laufe 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

nichtärztlichen, 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 Rechnungsbeleges 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 Spitalbettes 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 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, welche 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, welche 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, welche 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 mittels 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. Nichtärztliche Psychotherapeuten und selbständige Psychologen
Der Versicherer übernimmt die Kosten für ärztlich verordnete Behandlungen durch nichtärztliche Psychotherapeuten und selbständige 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 Unfall 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**
Die zusätzlichen Leistungen
- a. Betreuung von kranken Kindern zu Hause
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 Rechnungsbeleges wird eine Beteiligung am Aktivmitgliederbeitrag eines vom Versicherer anerkannten Sportclubs oder Vereins ausgerichtet.
- 3. Global senior**
Die zusätzlichen Leistungen
- a. Palliativpflege
Der Versicherer leistet einen Beitrag im Rahmen der Palliativpflege, d. h. alle medizinischen und pflegerischen Massnahmen, welche den vor dem Tod stehenden Personen zu Hause durch das

Leistungsstufen Global confort

Art der Leistung	Global 1
Limitiert kassenpflichtige Medikamente	70% max. Fr. 800.-/Kalenderjahr
Nicht kassenpflichtige Medikamente	70% max. Fr. 800.-/Kalenderjahr
Alternativmedizin	Fr. 70.- max./Sitzung, bis Fr. 2'000.-/Kalenderjahr
Erholungskuren	Fr. 20.-/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr
Erholungskuren nach Spitalaufenthalt	Fr. 40.-/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr
Badekuren in der Schweiz	60% max. Fr. 300.-/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
Nichtärztliche Psychotherapeuten und selbständige Psychologen	60% max. Fr. 600.-/Kalenderjahr
Spitalaufenthalt in der Schweiz	Allgemeine Abteilung ganze Schweiz
Spitalaufenthalt im Ausland	Fr. 500.-/Tag
Todesfallrisiko	Fr. 2'000.- Tod Unfall/Krankheit
Groupe Mutuel Assistance	Unterstützung, Betreuung und Repatriierung bei medizinischen Notfällen auf Reisen und im Ausland
Global junior (0-18 Jahre)	
Kinderbetreuung zu Hause	Fr. 200.-/Kalenderjahr
Mitgliederbeitrag für eine sportliche Tätigkeit	Fr. 30.-/Kalenderjahr
Global senior (ab 56 Jahre)	
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
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
60% max. Fr. 300.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 500.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 750.–/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.– Tod Unfall/Krankheit	Fr. 2'000.– Tod Unfall/Krankheit	Fr. 2'000.– Tod Unfall/Krankheit
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
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

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 Gesamtheit der Kosten der Behandlungen, die ein Verbleib zu Hause 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 zusätzlichen Leistungen der unter Ziff. 2.1.2, 2.1.3, 2.2 und 2.3 aufgeführten Pflegeleistungen; sie betreffen nicht die unter Ziff. 2.1.1 (Spitalaufenthalt) und 2.1.4 (Sterbegeld) bezeichneten Leistungen.
- 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 Gesundheitszustandes in die Global confort Versicherung auf das auf der Beitrittserklärung festgelegte Datum. Dieser Beitritt hat spätestens innert 3 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 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 Art. 29 Abs. 1 AVZ für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen, welche 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 Deckung der Global confort mitgerechnet.

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 Versicherungsvertrages.
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.

Art. 6 Global Club Vorteile

Mit seinem Beitritt zur Global Confort Versicherung profitiert der Versicherte namentlich von den folgenden Global Club 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 Laufe des Jahres das Höchstalter seiner Altersgruppe erreicht, wird auf Beginn des nächsten Kalenderjahres automatisch in die nächsthöhere Altersklasse umgeteilt. Es gelten folgende Altersklassen:

- 0 bis 18 Jahre;
- 19 bis 25 Jahre;
- ab 26 Jahren, wobei die Altersgruppen auf 5 Jahre abgestuft sind.

Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global flex

GXGA02 – Ausgabe 01.04.2005

Grundlage der nachstehenden Bestimmungen bilden die Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVZ) nach VVG, Ausgabe vom 1. Juli 2000, der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG, gemäss dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

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», welches zusätzliche Leistungen deckt.

Alle Leistungen werden 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 der 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 Kalenderjahres bei Spitalaufenthalt 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 Sinne 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 Akut-Patient 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. Spitalaufenthalte 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 Spitaleintritt angegeben werden.
 - Im Notfall, wenn der Versicherte nicht in der Lage ist, bei seinem Spitaleintritt 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 Jahres-Franchise von Fr. 150.– unterliegen

	Kostenübernahme	Beschreibung
Alternativmedizin	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 zu übernehmen, 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 Spitalbettes 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 Behandlungsortes in der Schweiz bei einer ambulanten Behandlung gemäss KV – Kostenübernahme der Differenz zwischen dem am Wohn- oder Arbeitsort des Versicherten anwendbaren Tarifs und dem am Sitz des Leistungserbringers gültigen Tarifs
Badekuren in der Schweiz	90% unbegrenzt (max. 30 Tage/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/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.–/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 3 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> – Kaufpreis in der Schweiz oder im Ausland
Mahlzeitenlieferung nach einem Spitalaufenthalt	Fr. 20.–/Tag (30 Tage/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
Mammographien	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. 1 Check-up alle 3 Jahre	– Von einem vom Versicherer anerkannten Arzt durchgeführt, jedoch höchstens ein Check-up alle drei Jahre
Psychotherapie	2 Sitzungen/Jahr, max. Fr. 140.–	– Ärztlich verordnete Behandlungen, die von nicht ärztlichen Psychotherapeuten oder unabhängigen Psychologen durchgeführt werden
Zahn Kontrolle	max. Fr. 75.–/Jahr	–Jährliche Vorsorgeuntersuchung , die von einem diplomierten Zahnarzt durchgeführt wird
Ernährungs-beratungen	Fr. 50.–/Sitzung max. 3 Beratungen während 3 Jahren	–Ernährungsberatungen durchgeführt von vom Versicherer anerkannten Beratern , jedoch höchstens drei Beratungen in einem Zeitraum von drei Jahren
Gesundheits-förderung	50%, max. Fr. 200.–/Jahr	–Leistungen in den Bereichen Rückenschule und Fitness, sowie Leistungen im Hinblick auf Tabak- und Alkoholverbrauch 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 der Versicherten in der Schweiz und im Ausland)

*Liste der Therapien der Alternativmedizin

Naturheilverfahren

Akupunktur, Aromatherapie, Aurikulotherapie, Bioresonanz, Biotherapie, Chromotherapie, Elektroakupunktur, Geobiologie, Heilkräuter, Homöopathie, Iridologie, Darmspülung, Lasertherapie, Magnetismus, Magnetotherapie, Morotherapie, 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.

Art. 6 Leistungsanspruch

- Die in Artikel 5 der vorliegenden besonderen Bedingungen erwähnten Leistungen (Modul «Careflex») sind gedeckt, wenn dies in der Versicherungspolice ausdrücklich vermerkt ist.
- 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 Versicherer anerkannten 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 Laufe des Jahres das Höchstalter seiner Altersklasse erreicht, wird zu Beginn des folgenden Kalenderjahres automatisch in die nächst höhere Altersklasse umgeteilt. Es gelten folgende Altersklassen:

- 0 bis 18 Jahre,
- 19 bis 25 Jahre,
- ab dem 26. Altersjahr bis zum 71. Altersjahr werden die Altersklassen jeweils nach fünf Jahren unterteilt.

Bei den Prämien werden die obgenannten Altersklassen berücksichtigt.

Besondere Bedingungen der Heilungskosten-Zusatzversicherung

SC

SCGA02 – Ausgabe 01.07.2000

Grundlage der nachstehenden Bestimmungen bilden die Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVZ) nach VVG, Ausgabe vom 1. Juli 2000, der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG.

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 Versicherungsvertrages.
- Die aus dieser Versicherung gewährten Leistungen 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 Folgejahres. Die nach der Erschöpfung des Anspruchs anfallenden Kosten können nicht auf das Folgejahr übertragen werden.
- Treffen die von der Spezialpflegeversicherung (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 erhöht 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).
 - Alternativmedizin (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 Alternativmedizin

Naturheilverfahren

Akupunktur, Aromatherapie, Aurikulothérapie, Bioresonanz, Biotherapie, Chromotherapie, Colon-Hydro-Therapie, Ernährungsberatung, 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-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 nichtärztlichen, aber SSV-diplomierten Sophrologen durchgeführt werden.

4. Osteopathie (SC1, SC2, SC3 und SC4)

Den vorgesehenen Kostenanteil für Behandlungen, die von einem vom Versicherer anerkannten Therapeuten durchgeführt werden.

5. 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 Rechnungsbeleges.

10. Rooming-in (SC1, SC2, SC3 und SC4)

Bei einem Spitalaufenthalt des Versicherten übernimmt der Versicherer die Kosten der Belegung eines Spitalbettes 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, welche 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, welche 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, welche von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden.

17. Impfungen (SC1, SC2, SC3 und SC4)

Die Kosten der Impfungen, die in der Krankenpflege-Leistungsverordnung nicht enthalten sind 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.

Umfang der Leistungen

Art der Leistung	1
Limitierten kassenpflichtigen Medikamente	90% max. Fr. 600.-/Kalenderjahr
Nicht kassenpflichtige Medikamente	90% max. Fr. 600.-/Kalenderjahr
Alternativmedizin	keine Leistung
Osteopathie, Sophrologie, Akupunktur, Homöopathie, Elektroakupunktur	Fr. 70.- max./Sitzung bis Fr. 500.-/Kalenderjahr
Erholungskuren	Fr. 15.-/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr
Erholungskuren nach Spitalaufenthalt	Fr. 30.-/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr
Badekuren in der Schweiz	50% max. Fr. 250.-/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
Eiisa-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
Nichtärztliche Psychotherapeuten und selbständige Psychologen	Fr. 500.-/Kalenderjahr
Kapital pro Kalenderjahr	Fr. 8'000.-
Groupe Mutuel Assistance	Unterstützung, Betreuung und Repatriierung bei medizinischen Notfällen auf Reisen und im Ausland

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 mittels 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. Nichtärztliche Psychotherapeuten und selbständige Psychologen (SC1, SC2, SC3 und SC4)

Der Versicherer übernimmt die Kosten für ärztlich verordnete medizinische Behandlungen, welche von nichtärztlichen Psychotherapeuten und selbständigen Psychologen durchgeführt werden.

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
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
60%, max. Fr. 300.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 500.–/Kalenderjahr	80%, max. Fr. 750.–/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

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

- Der Versicherte, der im Verlaufe des Jahres die maximale Altersgrenze für seine Altersklasse erreicht, wird automatisch am Anfang des darauffolgenden Kalenderjahres in die höhere Altersklasse transferiert. Die massgebenden Altersklassen sind:
 - Kinder: 0-18 Jahre;
 - Erwachsene: 19-25 Jahre;
 - ab dem 26. Altersjahr werden die Altersklassen nach 5-Jahres-Abschnitten abgestuft.
- Der Prämientarif berücksichtigt ebenfalls das Eintrittsalter in die Versicherung.

Art. 8 Franchise

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

Besondere Bedingungen der Krankenpflege-Zusatzversicherung mit Bonus

SBGA03 – Ausgabe 01.04.2003

Grundlage der nachstehenden Bestimmungen bilden die Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVZ) nach VVG, Ausgabe vom 1. Juli 2000, der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG.

Art. 1 Zweck der Versicherung

Diese Zusatzversicherung bezweckt, den Versicherten zusätzlich zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung spezifische Leistungen zu gewähren.

Durch die Gewährung eines Bonus, welcher 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 Zusatzpflegeversicherung 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 diesen besonderen Bedingungen beigelegt ist und integrierender Bestandteil derselben ist)

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

1. Alternativmedizin

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

Alternativmedizin

Naturheilverfahren

Akupunktur, Aromatherapie, Aurikulotherapie, Bioresonanz, Biotherapie, Chromotherapie, Colon-Hydro-Therapie, 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 gemeinsamem Haushalt leben, wenn der letztere aus medizinischen Gründen in ein Spital eingewiesen werden muss. Die vorübergehende Unterbringung der Familienangehörigen muss bei einer offiziellen Institution erfolgen. Bei einem Spitalaufenthalt des Versicherten übernimmt der Versicherer die Kosten der Belegung eines Spitalbettes 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 Unfall 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 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.

7. Ambulante Behandlung

Freie Wahl des Behandlungsortes 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 Verordnung bezüglich der Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV).

Die Leistungen werden anerkannt, wenn sie medizinisch erforderlich 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 Krankenhausaufenthalt verordnet wurde. Ein Gesuch um Zustimmung und die ärztliche Kurverordnung muss dem Versicherer spätestens 20 Tage vor Kurantritt eingereicht werden.

10. Haushaltshilfe

Nach einem Krankenhausaufenthalt 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, welche von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden.

12. Mahlzeitenlieferung nach einem Spitalaufenthalt

Nach einem Spitalaufenthalt, die vorgesehenen Kosten für die von einer vom Versicherer aner-

kannten Institution und auf ärztliche Verordnung gelieferte Mahlzeiten.

13. Medikamentenversand nach Hause

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

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

1. Groupe Mutuel Assistance

Die in den Versicherungsbedingungen der Groupe Mutuel Assistance vorgesehenen Leistungen (Kategorie ASS) (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 Spital-Einweisung)

Den vorgesehenen Kostenbeitrag für ein zweites ärztliches Gutachten vor einer Spital-Einweisung 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 Impfkosten, die in der KLV nicht vorgesehen sind, 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-up, 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 der Rückenschule und Fitness dienen, sowie für Leistungen im Hinblick auf Tabak- oder Alkoholverbrauch in Form einer Kur in einer anerkannten Anstalt, übernimmt die Versicherung den Kostenanteil, der von den Versicherer anerkannten Leistungserbringern in Rechnung gestellt wird, jedoch höchstens den in Anhang A genannten Betrag. Sollten in einem gleichen Kalenderjahr mehrere die Gesundheit fördernde Massnahmen durchgeführt werden, beträgt die maximale Leistung Fr. 200.–.

Art. 4 Leistungsanspruch

1. Der Leistungsanspruch des Versicherten beginnt mit dem Inkrafttreten des Versicherungsvertrages.
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 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 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 Laufe des Jahres das Höchstalter seiner Altersklasse erreicht, wird 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. Altersjahr bis zum 71. Altersjahr, werden die Altersklassen in Stufen von jeweils fünf Jahren unterteilt.
2. Die Prämien berücksichtigen die obgenannten Altersklassen sowie die nachstehenden Prämienstufen. Eine Änderung der Prämienstufen (gemäss Art. 8) wird nicht als eine Anpassung der

Prämie im Sinne von Artikel 29 Abs. 1 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 3. 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 Kalenderjahres 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 Zusatzpflegeversicherung 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 Kalenderjahres um eine Stufe erhöht. Die Erhöhung geht maximal bis zur 5. 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 Ausstellungsdatum 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 angewendet wird, hat der Versicherte die Möglichkeit, innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Abrechnung, dem Versicherer die ausbezahlten Leistungen zurück zu bezahlen. So erhält sich die versicherte Person ihr Anrecht auf den Bonus aufrecht.

Art. 10 Bezugstext

Im Zweifelsfall ist die französische Ausgabe dieser Besonderen Bedingungen rechtsgültig.

Tabelle A

Leistungstypen	Übernahme
Leistungen, die die Berechnung des Bonus und der Franchise von Fr. 150.- beeinflussen	
Alternativmedizin	90% unbegrenzt
Limitiert kassenpflichtige Medikamente	90% unbegrenzt
Nicht kassenpflichtige Medikamente	90% unbegrenzt
Unterbringungs- und Begleitkosten	90% unbegrenzt
Hilfsmittel	90% unbegrenzt
Transportkosten	90% unbegrenzt
Freie Arztwahl in der Schweiz	90% unbegrenzt
Badekuren in der Schweiz	90% unbegrenzt (max. 30 Tage/Jahr)
Rekonvaleszenzkuren in der Schweiz	90% unbegrenzt (max. 30 Tage/Jahr)
Haushaltshilfe	90% (max. Fr. 2'500.-/Jahr)
Brillen und Kontaktlinsen	Fr. 150.- alle 3 Jahre
Mahlzeitenlieferung nach einem Spitalaufenthalt	Fr. 20.- pro Tag (max. 30 Tage/Jahr)
Medikamentenversand nach Hause	Übernahme der Versandkosten
Leistungen, die 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 Spital-Einweisung)	90% unbegrenzt
Mammographien	90% unbegrenzt
Impfungen	90% unbegrenzt
Präventivtests (HIV, Elisa)	90%, unbegrenzt
Check-up (alle 3 Jahre)	90% unbegrenzt
Psychotherapie	2 Sitzungen/Jahr, max. Fr. 140.-
Jährliche Zahnkontrolle	max. Fr. 75.-/Jahr
Ernährungsberatungen (max. 3 Beratungen über 3 Jahre)	Fr. 50.-/Sitzung
Gesundheitsförderung: Rückenschule, Fitness, Leistungen für Tabak- und Alkoholentzug	50%, max. Fr. 200.-/Kalenderjahr

Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Vitalis

SP

SPGA03 – Ausgabe 01.07.2000

Grundlage der nachstehenden Bestimmungen bilden die Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVZ) nach VVG, Ausgabe vom 1. Juli 2000, der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG.

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, welche unter ärztlicher Leitung stehen und vom Versicherer und von «santé-suisse» anerkannt sind.
3. Ein Bewilligungsgesuch mit der ärztlichen Kurverordnung muss der Kasse 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 Sinne der vorliegenden 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 Verlegungstransporten zwecks Behandlung in einem anderen Spital 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 der Kasse 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 einmal pro Kalenderjahr von einem anerkannten Arzt durchgeführten Vorsorgeuntersuchung (Check-up);
- c. die Rückenschule in Kursen, durchgeführt von Zentren und Verbänden, welche 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, welche den vor dem Tod stehenden Personen zu Hause durch das Fachpersonal einer vom Versicherer anerkannten Institution erbracht werden.
2. In allen Fällen ist ein vorgängiges Gesuch an den Versicherer zu richten, der im Einzelfall den Umfang des Beitrages bestimmt. Dieser Beitrag wird unter Berücksichtigung der Gesamtheit der Behandlungskosten festgelegt, welche für die Pflege zu Hause erforderlich sind. 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 Kostenbeteiligung

Unwirtschaftlich sind Behandlungen, ärztliche Verrichtungen und andere Massnahmen, welche das durch das Interesse des Versicherten und 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, Haushaltshilfen, Transport- und Rettungskosten, Hilfsmittel und vorsorgliche Massnahmen (Impfungen und ELISA- oder HIV-Test) mit Leistungen der Vitalis (SP) zusammen, so gehen die Leistungen der Vitalis vor.

Besondere Bedingungen der Krankenpflege-Zusatzversicherung Alterna

SA

SAGA02 – Ausgabe 01.06.2005

Grundlage der nachstehenden Bestimmungen bilden die Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVZ) nach VVG, Ausgabe vom 1. Juli 2000, der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG.

Art. 1 Zweck der Versicherung

Diese Zusatzversicherung bezweckt, den Versicherten zusätzlich zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG) spezifische Leistungen zu gewähren.

Art. 2 Aufnahmebedingung

Die Versicherung kann von jeder Person mit Wohnsitz in der Schweiz – ohne Altersbegrenzung – abgeschlossen werden.

Die Versicherung wird für mindestens ein Jahr abgeschlossen. Sie erneuert sich von einem Kalenderjahr zum anderen (Versicherungsperiode).

Art. 3 Auflösung des Versicherungsvertrages

Am Ende eines Versicherungsjahres kann der Vertrag durch den Versicherungsnehmer unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

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, dessen Diplom durch die Schweizerische Gesetzgebung anerkannt wird, erbracht wurde.

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

1. Liste der anerkannten Therapien
 - Anthroposophische Medizin
 - Chinesische Medizin
 - Homöopathie

- Neuraltherapie
- Phytotherapie

Der Versicherer vergütet 80% der vorgenannten Behandlungskosten.

2. Limitierte Arzneimittel und nicht kassenpflichtige Medikamente

Limitierte Arzneimittel und nicht kassenpflichtige Medikamente, die im Rahmen der vorgenannten Behandlungen verschrieben wurden, werden zu 80% bis zu einem Jahreshöchstbetrag von Fr. 2'000.– 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 nun für eine Indikation verschrieben 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 Versicherungsvertrages.
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

Ein Versicherter, der im Laufe des Jahres das Höchstalter seiner Altersklasse erreicht, wird zu Beginn des darauffolgenden Kalenderjahres automatisch in die nächsthöhere Altersklasse umgeteilt. Die wesentlichen Altersklassen sind folgende:

- 0 bis 18 Jahre;
- 19 bis 25 Jahre;
- ab dem 26. Altersjahr und bis zum 71. Altersjahr werden die Altersklassen in 5-Jahres-Abschnitten abgestuft.

Besondere Bedingungen der kombinierten Spitalversicherung

HCGA02 – Ausgabe 01.07.2000

Grundlage der nachstehenden Bestimmungen bilden die Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVZ) nach VVG, Ausgabe vom 1. Juli 2000, der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG.

Art. 1 Zweck der Versicherung

Diese Versicherung deckt die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Unfall und Mutterschaft. Die Mutterschaft kann von der Versicherungsdeckung ausgeschlossen werden.

Art. 2 Versicherungsklassen

Die kombinierte Spitalversicherung umfasst vier Versicherungsklassen:

- Klasse 1: allgemeine Abteilung eines Allgemeinspitals oder einer psychiatrischen Klinik in der Schweiz für Akutkranke.
- Klasse 2: halbprivate Abteilung (Mehrbettzimmer) 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:

- a. Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr;
- b. Fr. 3'000.– pro Kalenderjahr.

Art. 4 Aufnahmebedingungen

Alle Personen können der kombinierten Spitalversicherung bis zu dem Tag beitreten, an dem sie das 60. Altersjahr erreichen.

Art. 5 Beginn des Leistungsanspruchs

- 1. Der Anspruch auf die Leistungen der kombinierten Spitalversicherung beginnt mit dem Inkrafttreten dieser Versicherung.
- 2. 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, so werden ihm die folgenden Maximalleistungen ausgerichtet:
Klasse 1: Fr. 50.– pro Tag für die Unterkunfts- und Verpflegungskosten und Fr. 2'500.– pro Kalenderjahr für die Behandlungskosten;
Klasse 2: 80% der Unterkunfts- 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:
a. Klasse 1: höchstens Fr. 500.– pro Tag;
b. Klasse 2: höchstens Fr. 1'000.– pro Tag;
c. Klasse 3: höchstens Fr. 1'500.– pro Tag;
d. 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

- 1. Die Leistungen der kombinierten Spitalversicherung werden bei Schwangerschaft und Niederkunft erst nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten ausgerichtet.
- 2. Bei einem Schwangerschaftsabbruch im Sinne des Gesetzes und für jede weitere Mutterschaftsleistung gilt die Karenzzeit gemäss Absatz 1.
- 3. Erfolgt die Entbindung in einem Spital und dauert der Aufenthalt in der halbprivaten oder privaten Abteilung weniger als 6 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 Gesamtbetrages in Rechnung gestellt werden, geben keinen Anspruch auf diese Vergütung. Absatz 1 bleibt vorbehalten.
- 4. Bei einer ambulanten Niederkunft oder einer Entbindung zu Hause erhält die Versicherte der Klassen 2 eine Vergütung von Fr. 800.– und jene der Klassen 3 und 4 eine Vergütung von Fr. 1'200.–. Absatz 1 bleibt vorbehalten.
- 5. Hält sich eine Versicherte in der Spitalabteilung auf, die ihrer Versicherungsdeckung entspricht, so

übernimmt der Versicherer auch die Aufenthaltskosten für das Neugeborene während des Spitalaufenthaltes 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 kombinierten Spitalversicherung werden unter Vorbehalt folgender Bestimmungen übernommen:

- a. Der Versicherer übernimmt die vom KVG anerkannten Behandlungskosten, die Unterkunfts-/Verpflegungskosten im Spital und die Arzthonorare gemäss Vertrag oder kantonaler Tarifordnung oder andere vom Versicherer abgeschlossene Verträge.
- b. Erfolgt die Hospitalisation eines Versicherten in einem Spital, mit welchem 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 TagArtikel 6 Absatz 2 ist nicht anwendbar.
- c. Für bestimmte Anstalten, Spital- oder Klinikabteilung, welche die unter Abs. a dieses Artikels vorgesehenen Normen nicht einhalten, kann der Versicherer die Ausrichtung der Leistungen aus der kombinierten Spitalversicherung beschränken oder ausschliessen. Eine Liste wird den Versicherten zur Verfügung gestellt.
- d. Im Rahmen der vorliegenden Versicherung gibt es keine Versicherungsdeckung bei Transplantationen, für welche der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) in Solothurn Fallpauschalen vereinbart hat. Diese Regel gilt auch für die Spitäler, für welche keine Fallpauschale vereinbart worden ist.
- e. Der Leistungsanspruch erlischt in den vier Klassen, sobald der Kranke nicht mehr als Akut-Patient gilt.
- f. Nach einem Spitalaufenthalt von 60 Tagen im Verlauf eines Kalenderjahres in einer psychiatrischen Anstalt werden die Leistungen der kombinierten Spitalversicherung nicht mehr ausgerichtet.
- g. In den Klassen 2, 3 und 4 werden die Leistungen aus der kombinierten Spitalversicherung nach einem Spitalaufenthalt von 90 Tagen im Verlauf eines Kalenderjahres 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 kombinierten Spitalversicherung 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 welcher er sich behandeln lassen wird, nicht zu den vom Versicherer anerkannten Anstalten gehört.

Art. 11 Prämien

1. Der Versicherte, der während eines Jahres das Höchstalter seiner Altersklasse erreicht, wird auf Beginn des nächsten Kalenderjahres automatisch in die nächsthöhere Altersklasse umgeteilt. Folgende Altersklassen sind massgebend:
 - Kinder: 0-18 Jahre;
 - Erwachsene: 19-25 Jahre;
 - ab dem 26. Altersjahr werden die Altersklassen in 5-Jahres-Abschnitten abgestuft.
2. Der Prämientarif berücksichtigt ebenfalls das Eintrittsalter in diese Versicherung.

Art. 12 Sparmassnahmen

1. Verzichtet ein Versicherter aus freiem Willen oder auf Antrag des Versicherers auf einen Aufenthalt in der halbprivaten 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 zu Hause gelangt nur die Bestimmung von Art. 7 Abs. 4 zur Anwendung.

Besondere Bedingungen der Versicherung Hôpital senior

HSGA02 – Ausgabe 01.07.2000

Grundlage der nachstehenden Bestimmungen bilden die Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVZ) nach VVG, Ausgabe vom 1. Juli 2000, der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG.

Art. 1 Zweck der Versicherung

Diese Versicherung deckt die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und Unfall.

Art. 2 Versicherungsklassen

Die Versicherung Hôpital senior umfasst vier Versicherungsklassen:

Klasse 1

Freie Wahl in der allgemeinen Abteilung eines anerkannten schweizerischen Spitals zur allgemeinen oder psychiatrischen Behandlung für Akutkranke. Hotellerie-Zuschlag für ein Zweibettzimmer in einem vom Versicherer für die betreffende Leistung anerkannten schweizerischen Spital. Die Bestimmungen der Spitäler bleiben vorbehalten. Medizinische Pflege in der allgemeinen Abteilung ohne freie Arztwahl.

Klasse 2

Freie Wahl in der allgemeinen Abteilung eines anerkannten schweizerischen Spitals zur allgemeinen oder psychiatrischen Behandlung für Akutkranke. Hotellerie-Zuschlag für ein Einbettzimmer in einem vom Versicherer für die betreffende Leistung anerkannten schweizerischen Spital. Die Bestimmungen der Spitäler bleiben vorbehalten. Medizinische Pflege in der allgemeinen Abteilung ohne freie Arztwahl.

Klasse 3

Halbprivate Abteilung eines anerkannten schweizerischen Spitals (Zimmer mit mehr als einem Bett) zur allgemeinen oder psychiatrischen Behandlung für Akutkranke.

Klasse 4

Privatabteilung eines anerkannten schweizerischen Spitals (Einbettzimmer) zur allgemeinen oder psychiatrischen Behandlung für Akutkranke.

Art. 3 Franchisen

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

- a. ohne Franchise
- b. Fr. 2'000.– pro Kalenderjahr gegen eine Prämienreduktion von 10%;
- c. Fr. 5'000.– pro Kalenderjahr gegen eine Prämienreduktion von 25%.

Der Übergang zu einer tieferen Franchise ist während der Vertragsdauer nicht gestattet.

Art. 4 Aufnahmebedingungen

1. Jede Person kann der Versicherung Hôpital senior beitreten. Es besteht keine Altersgrenze.

2. Der Versicherer kann die Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses durch den behandelnden Arzt oder durch einen vom Versicherer bezeichneten Arzt verlangen. Die Kosten gehen zu Lasten des Versicherers.
3. Der Versicherer kann in Bezug auf den Vertrag Vorbehalte anbringen (Art. 8 AVZ) oder auf die Aufnahme verzichten. Die Vorbehalte werden dem Versicherten vorher mitgeteilt. Ein mit Vorbehalten versehener Vertrag kann nur mit schriftlicher Zustimmung seitens des Versicherten in Kraft treten.

Art. 5 Leistungsanspruch

1. Während des ersten Versicherungsjahres (12 Monate) gewährt der Versicherer nur Spitalaufenthaltsleistungen in der allgemeinen Abteilung in der ganzen Schweiz.
2. Nach Ablauf dieses ersten Jahres tritt der Leistungsanspruch der Versicherung Hôpital senior gemäss der vom Versicherten gewählten Klasse in Kraft.
3. Leistungen werden gemäss den Behandlungsdaten pro Kalenderjahr verrechnet. Die Kosten, die nach der Erschöpfung des Leistungsanspruchs entstehen, können nicht auf das darauffolgende Jahr übertragen werden.
4. Sofern es die vorliegenden Versicherungsbedingungen vorsehen, erstattet der Versicherer die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Kosten zurück, wenn die Leistungen von einem Arzt oder einer vom Schweizerischen Krankenversicherungsgesetz ordnungsgemäss ermächtigten und anerkannten Person erbracht werden. Die durch die vorliegenden Bestimmungen geregelte Versicherung kann in keinem Fall zur Deckung der Selbstbehalte und Franchisen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der Zusatzversicherungen dienen.

Art. 6 Versicherte Leistungen

1. Spitalaufenthalt
 1. **Allgemeines**
Im Falle eines Spitalaufenthalts übernimmt die Versicherung Hôpital senior die Behandlungs- und Hotellerie-Kosten gemäss 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 Fr. 500.– pro Tag;
- b. Klasse 2: maximal Fr. 500.– pro Tag;
- c. Klasse 3: maximal Fr. 1000.– pro Tag;
- d. Klasse 4: maximal Fr. 1500.– pro Tag.

Vorbehaltlich vorhergehender Zustimmung seitens des Versicherers werden Kosten für freiwillige Spitalaufenthalte im Ausland nicht übernommen.

3. Spitalaufenthalt in einer anderen Abteilung

Wird ein Versicherter der Klasse 3 in die durch die Klasse 4 gedeckte Abteilung eingeliefert, wird ihm folgende Höchstleistung erbracht: 80% der Hotellerie- und Behandlungskosten.

2. Groupe Mutuel Assistance

Es werden die in den Bedingungen der Groupe Mutuel Assistance vorgesehenen Leistungen (Heimschaffung und Transport bei Eintritt des Schadens in einem Umkreis von mehr als 20 km vom Wohnsitz des Versicherten entfernt) ausgerichtet. Siehe Besondere Bedingungen der Groupe Mutuel Assistance.

3. Vorteile Global Club

Durch seinen Beitritt zur Versicherung Hôpital senior profitiert der Versicherte von den Vorteilen des Global Club und insbesondere von folgenden Vorteilen:

1. Rabatte in Hotels

Rabatte werden in den Hotels, die auf einer vom Versicherer geführten Liste angegeben sind, gewährt.

2. Rabatte in Drogerien, Apotheken und anderen Geschäften

Rabatte werden in den Drogerien, Apotheken und anderen Geschäften, die auf einer vom Versicherer geführten Liste angegeben sind, gewährt.

Art. 7 Umfang und Dauer der Leistungen

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

- a. Der Versicherer übernimmt die Kosten der vom KVG anerkannten Leistungen, die Hotellerie-Kosten im Spital und die ärztlichen Honorare gemäss kantonalem Tarifvertrag oder kantonaler Tarifregelung oder einem anderen mit dem Versicherer abgeschlossenen Vertrag.
- b. Erfolgt die Hospitalisation eines Versicherten in einem Spital, mit welchem der Versicherer in Bezug auf die Hotellerie-Kosten sowie die Behandlungskosten kein Tarifabkommen abgeschlossen hat, werden dem Versicherten im Rahmen der gewählten Leistungsgruppe folgende Höchstleistungen gewährt:
Klasse 1 und 2: Fr. 200.– pro Tag;
Klasse 3: Fr. 400.– pro Tag;
Klasse 4: Fr. 600.– pro Tag.
Art. 6 Abs. 1 Ziff. 3 ist nicht anwendbar.
- c. Im Rahmen der vorliegenden Versicherung gibt es keine Versicherungsdeckung für den Fall einer Organtransplantation, für welche der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) in Solothurn Fallpauschalen abgeschlossen hat. Diese Regel gilt ebenfalls für

diejenigen Spitäler, für welche keine Pauschale vereinbart wurde.

- d. Der Leistungsanspruch erlischt vom Augenblick an, in dem der Kranke nicht mehr als Akutkranker gilt.
- e. Nach 60 Tagen Spitalaufenthalt im Verlauf eines Kalenderjahres in einer Einrichtung für psychiatrische Behandlungen werden die Leistungen der Versicherung Hôpital senior nicht mehr gewährt.
- f. Nach 90 Tagen Spitalaufenthalt im Verlauf eines Kalenderjahres werden die Leistungen der Versicherung Hôpital senior nicht mehr gewährt. Die Dauer für die im Ausland erbrachten Leistungen in einer Einrichtung für psychiatrische Behandlungen (60 Tage) wird an die obenerwähnten 90 Tage angerechnet.

Art. 8 Ausrichtung der Leistungen

1. Die Ausrichtung der Versicherungsleistungen erfolgt nach Vorweisung der Spitalrechnung und der Honorarrechnung des Arztes. Der Versicherte ermächtigt den Vertrauensarzt des Versicherers, vom Arzt eine Diagnostik oder jede Art von Auskunft, die zur Festsetzung des Leistungsanspruchs dient, zu verlangen.
2. Die Bezahlung erfolgt an den Versicherten, sofern der Versicherer im Rahmen eines Vertrags die Leistungen nicht direkt dem Spital ausrichtet.

Art. 9 Pflicht des Versicherten

Der Versicherte ist verpflichtet, sich vor jedem Spitalaufenthalt zu erkundigen, ob die Spitalabteilung oder die Klinik, in welcher er sich behandeln lassen will, zu den vom Versicherer anerkannten Einrichtungen gehört.

Art. 10 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 Kalenderjahres erreichte Alter.
2. Es gilt die gleiche Prämie für Männer und Frauen.

Art. 11 Wirtschaftliche Massnahmen

Verzichtet ein Versicherter der Klassen 3 oder 4 freiwillig oder auf Vorschlag des Versicherers auf einen Aufenthalt in der halbprivaten oder privaten Abteilung zugunsten eines Aufenthalts in der allgemeinen Abteilung oder der Comfort-Abteilung, kann der Versicherer eine Entschädigung von bis zu 50% der ersparten und von ihm geschätzten Kosten entrichten, höchstens jedoch Fr. 5'000.– pro Spitalaufenthalt.

KHGA01 – Ausgabe 01.08.2006

Grundlage der nachstehenden Bestimmungen bilden die Allgemeinen Bedingungen für der Kranken- und Unfallzusatzversicherung (AVZ) nach VVG, Ausgabe vom 1. Juli 2000, der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG.

Art. 1 Zweck der Versicherung

Diese Versicherung deckt die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und Unfall mit Ausnahme der 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 3 Monate nach der Geburt der versicherten Person.
3. Der Versicherer kann auf seine Kosten die Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses durch den behandelnden Arzt oder durch einen vom Versicherer bezeichneten Arzt verlangen.
4. Der Versicherer kann in Bezug auf den Vertrag Vorbehalte anbringen (Art. 8 AVZ) oder den Versicherungsantrag ablehnen. Die Vorbehalte werden dem Versicherten im Voraus mitgeteilt. Ein mit Vorbehalten versehener Vertrag tritt nur mit schriftlicher Zustimmung des Versicherten in Kraft.

Art. 3 Leistungsanspruch

1. Das Kapital wird bei einem akuten stationären Spitalaufenthalt von mehr als 24 Stunden erbracht.
2. Das Kapital wird in folgenden Fällen ausgerichtet:
 - Spitalaufenthalt in einem anerkannten Schweizer Allgemeinspital oder in einer psychiatrischen Heilanstalt für Akutkranke;
 - Spitalaufenthalt im Ausland;
 - Aufenthalt in einer Badekur- oder Rehabilitationsanstalt, die vom Versicherer im Sinne des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) anerkannt wird.
3. Das versicherte Kapital wird nur einmal pro Kalenderjahr ausgerichtet.
4. 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. 1'000.–; Fr. 1'200.–; Fr. 1'500.–; Fr. 2'000.–; Fr. 2'500.–.

Art. 5 Versicherte Leistungen

Bei einem akuten stationären Spitalaufenthalt gemäss Artikel 3 erbringt die Versicherung «H-Capital» das versicherte Kapital (Artikel 4). Artikel 3 Absatz 3 bleibt vorbehalten.

Art. 6 Ausrichtung der Leistungen

1. Die Ausrichtung der Versicherungsleistungen erfolgt gegen Vorweisung der Rechnung des Spitals. 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.

Art. 7 Prämie

1. Die Prämien sind nach Geschlecht und Altersklasse abgestuft.
2. Ein Versicherter, der im Verlaufe des Jahres die Höchstgrenze seiner Altersklasse erreicht, wird zu Beginn des darauffolgenden Kalenderjahres automatisch der nächsthöheren Altersklasse zugewiesen. Die entscheidenden Altersklassen sind:
 - 0 bis 18 Jahre;
 - 19 bis 25 Jahre;
 - ab dem 26. Altersjahr werden die Altersklassen in Abstufungen von 5 Jahren eingeteilt.

MUGA02 – Ausgabe 01.07.2000

Grundlage der nachstehenden Bestimmungen bilden die Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVZ) nach VVG, Ausgabe vom 1. Juli 2000, der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG.

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 für mindestens ein Jahr abgeschlossen. Sie erneuert sich von einem Kalenderjahr zum anderen (Versicherungsperiode).

Art. 2 Geltungsbereich

1. Die Versicherungsdeckung Mundo ist mit Ausnahme der Schweiz und des Fürstentums Liechtenstein 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 Versicherungsvertrages

Am Ende eines Versicherungsjahres kann der Vertrag durch den Versicherungsnehmer unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

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. Kosten für notwendige und im Falle einer Reise ins Ausland vom Bundesamt für Gesundheit empfohlene Impfungen, die in der Krankenpflege-Leistungsverordnung nicht enthalten sind.

4. Transporte, die für die Behandlung notwendig sind, in das nächstgelegene Spitalzentrum.
5. Transporte im Falle einer Heimreise in die Schweiz, inklusive Transport einer verstorbenen Person, mit vorhergehender Zustimmung des Versicherers.
6. Suche und Rettung des kranken Versicherten oder des Versicherten, dessen körperliche Integrität bedroht ist.
7. Besuch durch ein Familienmitglied des Versicherten, wenn letzterer seit mehr als 7 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 betreffenden Spital, in welchem der Versicherte hospitalisiert ist;
 - die nachgewiesenen Kosten für Unterkunft und Verpflegung, jedoch maximal Fr. 250.- pro Tag bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 2'000.-.
8. Eine Entschädigung von Fr. 5'000.- wird bei Todesfall im Ausland infolge Krankheit oder Unfall ausgerichtet.

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 Krankheiten, die zum Zeitpunkt der Abreise bereits behandelt werden, jedoch noch nicht geheilt sind;
3. für Leiden, die Gegenstand eines Vorbehalts sind;
4. für psychische Leiden;
5. für persönliche Auslagen, wie z. B. Getränke, Telefongespräche, Miete eines Fernsehgerätes, usw.

Art. 8 Nachweis des Anspruchs auf die Entschädigung bei Eintritt eines Todesfalls 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, usw.).
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 durchge-

führt wurde, gültig sind. Er behält sich das Recht vor, übertrieben hohe Rechnungen zu reduzieren.

Art. 11 Prämie

Ein Versicherter, der im Laufe des Jahres das Höchstalter seiner Altersklasse erreicht, wird zu Beginn des darauffolgenden Kalenderjahres automatisch in die nächsthöhere Altersklasse umgeteilt. Die wesentlichen Altersklassen sind folgende:

- 0 bis 18 Jahre;
- 19 bis 25 Jahre;
- ab dem 26. Altersjahr werden die Altersklassen in 5-Jahres-Abschnitten abgestuft.

Art. 12 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 – Ausgabe 01.08.2006

Grundlage der nachstehenden Bestimmungen bilden die Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVZ) nach VVG, Ausgabe vom 1. Juli 2000, der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG.

Art. 1 Zweck der Versicherung

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

Art. 2 Aufnahmebedingungen

1. Alle Personen können der Zahnpflegeversicherung Dentaire plus in den Klassen 1, 2 und 3 bis zum vollendeten 60. Altersjahr beitreten. Für die Klasse 0 können nur die 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. Laborkosten, bis zu den folgenden Jahreshöchstbeträgen:
 - Klasse 0: 75% des tarifmässig in Rechnung gestellten Betrags, maximal jedoch Fr. 15'000.– pro Kalenderjahr für die Leistungen, die im oben stehenden Punkt a beschrieben sind und bis zum vollendeten 18. Altersjahr.
 - Klasse 1: 75% des tarifmässig in Rechnung gestellten Betrags, maximal jedoch Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr für die Leistungen, die in den oben stehenden Punkten a, b und c beschrieben sind.
 - Klasse 2: 75% des tarifmässig in Rechnung gestellten Betrags, maximal jedoch Fr. 3'000.– pro Kalenderjahr für die Leistungen, die in den oben stehenden Punkten a, b und c beschrieben sind.
 - Klasse 3: 75% des tarifmässig in Rechnung gestellten Betrags, maximal jedoch Fr. 15'000.– pro Kalenderjahr für die Leistungen, die in den oben stehenden Punkten a, b und c beschrieben sind.

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 Wartezeit von 3 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, Stützähnen, 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. Soweit Zahnpflegeleistungen aus den Heilungskosten-Zusatzversicherungen SC und SB mit den Leistungen der Zahnpflegeversicherung Dentaire plus (DP) zusammentreffen, gehen die Leistungen der Zahnpflegeversicherung vor.

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 die 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 aufzukommen hat.

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 Zahnärzte-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, so 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 6 Tagen schriftlich gemeldet werden. Bei verspäteter Unfallmeldung kann der Versicherer einseitig entscheiden, für diesen Schadenfall keine Leistungen auszurichten.

Art. 10 Prämie

Die Alterklassen 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 Kalenderjahres, in dem der Versicherte seinen 18. Geburtstag feiert. In diesem Fall wechselt der Versicherte automatisch per 1. Januar des Jahres, 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 Wartezeit.
2. Der Versicherte kann, innert 30 Tagen nach Erhalt der neuen Versicherungspolice, diesen Klassenwechsel ablehnen, indem er dies schriftlich seinem Versicherer mitteilt.

ABGA02 – Ausgabe 01.02.2004

Grundlage der nachstehenden Bestimmungen bilden die Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVZ) nach VVG, Ausgabe vom 1. Juli 2000, der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG.

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 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, welche mit einem versicherten Unfall zusammenhängen.

Art. 4 Aufnahmebedingungen

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

Art. 5 Ende des Versicherungsvertrags (Höchsteralter des Versicherten)

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

Art. 6 Übertritt in eine Kapitalversicherung (ab 19 Jahren)

1. Wenn der Vertrag aus den in Artikel 5 genannten Gründen ausläuft, so wird der Versicherte automa-

tisch in die Kapitalversicherung bei Invalidität oder Tod infolge Unfall (ID) mit derselben Versicherungssumme überwiesen. Diese Versicherung tritt am 1. Januar des Folgejahres in Kraft, das auf das Ende der Acrobat-Versicherung folgt.

2. Der Versicherte hat das Recht, innert 30 Tagen nach Erhalt der neuen Versicherungspolice den Übertritt in die Kapitalversicherung (ID) zu verweigern. Er teilt dies schriftlich dem Versicherer mit.

Art. 7 Leistungsstufen

1. Der Versicherungsvertrag wird nach einer der folgenden Stufen abgeschlossen:
 - Stufe 1 – Acrobat^{light}
 - Stufe 2
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 unter Anhang B zusammengefasst.

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 gemäss den schweizerischen oder ausländischen Sozialversicherungen, besonders der KVG, UVG und IVG, versichert.
2. Der Versicherer übernimmt nur die Differenz zwischen den gemäss unter Punkt 1 erwähnten Sozialversicherungen geschuldeten Leistungen und denjenigen, die unter den Punkten 3.1 bis 3.11 vorgesehen sind. Ohne gegenteilige Abmachung sind die Leistungstarife des UVG anzuwenden.
3. Die folgenden Leistungen werden vergütet (s. Anhang B, der integrierender Bestandteil der vorliegenden 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 im Notfall im Ausland**

Die Kosten für die notwendige ambulante oder stationäre 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 hin, das der vorgesehene Betrag für die Kosten der medizinisch notwendigen Anstellung einer Familienhilfe, die einer offiziellen Organisation angehört. 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 sind ebenfalls gedeckt.

5. **Kosten für Transport, Suche und Rettung**

Den vorgesehenen Kostenanteil für Transporte als Folge des Unfalls bis zur nächstgelegenen Heilanstalt 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. **Kosmetische Operation**

Die notwendigen Kosten für die kosmetischen Operationen falls der Unfall eine schwerwiegende und dauerhafte körperliche Entstellung nach sich gezogen hat.

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 Spitalaufenthaltes, wenn der Spitalaufenthalt länger als drei Tage dauert, übernommen.

– Im Falle des Todes 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. Zusätzlich zu den unter Punkt 3.1. bis 3.8. erwähnten Leistungen übernimmt Acrobat Stufe 2 folgende Leistungen:

9. **Medizinische Kosten in der Schweiz (private Abteilung)**

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

10. **Hilfeleistung im Ausland und Rückführung**

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

11. **Kapital bei Spitalaufenthalt**

Ein Kapital von Fr. 500.– pro Kalenderjahr wird bei einem Spitalaufenthalt, in einem vom Versicherer anerkannten schweizerischen Spital oder im Ausland von mehr als 24 Stunden erbracht. Die Ausrichtung der Versicherungsleistungen erfolgt auf Wunsch des Versicherungsnehmers und gegen Vorweisung der Rechnung des Spitals. 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

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 bezahlt. Dieses wird nach dem Grad der Invalidität und der Skala gemäss Buchstabe c hiernach bestimmt.

c. Invaliditätsgrad

1. Der Invaliditätsgrad wird nach folgenden Regeln festgesetzt:

- | | |
|---|-----|
| – Verlust von mindestens zwei Gliedern eines Langfingers oder eines Gliedes 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
Geschmackssinnes | 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 Beines im Kniegelenk | 40% |
| – Verlust eines Beines 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 schmerzhafte Funktions-
einschränkung 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 Sprach-
störungen, sehr schweres motorisches
oder psychoorganisches Syndrom | 80% |
2. Die vollständige Gebrauchsunfähigkeit eines Gliedes oder eines Organs wird seinem vollständigen Verlust gleichgestellt.
 3. Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit gilt ein entsprechend geringerer Prozentsatz.
 4. Wenn der Invaliditätsgrad nicht in Anwendung der vorstehenden Regeln festgelegt werden kann, wird er auf der Grundlage medizinischer Feststellungen durch Analogieschluss unter Berücksichtigung der Schwere der Beeinträchtigung bestimmt.
 5. Sind vom Unfall mehrere Körperteile oder Organe betroffen, werden die Prozentsätze zusammengerechnet. 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 welchem 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%, so wird die Versicherungssumme gemäss dem Prozentsatz, der dem Invaliditätsgrad entspricht, ausgerichtet.
2. Beträgt der Invaliditätsgrad mehr als 25%, so werden die Leistungen gemäss der Tabelle in Anhang A erhöht (in Prozenten der vereinbarten Versicherungssumme).

Art. 12 Kapital im Todesfall

1. Führt der Unfall zum Tod des Versicherten, wird ein Kapital von Fr. 10'000.– ausbezahlt.
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 der 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 ersten Tag des Monats nach Eintritt der Invalidität oder des Todesfalls und muss schriftlich 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 eine Unvorsichtigkeit oder Grobfahrlässigkeit des Versicherten zurückzuführen sind.

Art. 16 Mitwirkung unfallfremder Tatsachen

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

Art. 17 Festsetzung und Zahlung der Prämien

1. Die Prämien sind in der Versicherungspolice angegeben.
2. Die Prämien sind in der Schweiz jährlich im Voraus zahlbar. Auf besondere Vereinbarung hin und gegen Zuschlag können sie aber auch halb- bzw. vierteljährlich oder monatlich bezahlt werden.
3. Die Prämien sind für den ganzen Monat geschuldet.

Anhang A

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

Anhang B

Leistungen	Acrobat	Acrobat ^{light}
Ambulante Behandlungen Spitalaufenthalt in der Schweiz und im Ausland Limitierte und nicht kassenpflichtige Arzneimittel	Die ambulanten Behandlungs- sowie die Spitalkosten in der privaten Abteilung werden ergänzend zu den im KVG, im UVG und im IVG vorgesehenen Leistungen übernommen	Die ambulanten Behandlungs- sowie die Spitalkosten in der allgemeinen 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
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)
Kosten für Transport, Suche und Rettung	Maximal Fr. 50'000.–/Fall	Maximal Fr. 50'000.–/Fall
Unfall im Ausland: zusätzliche Leistungen	Rückführung der sterblichen Überreste maximal Fr. 10'000.– Reisespesen von Angehörigen des Versicherten bis an den Ort der Krankenhauseinweisung, insofern der Spitalaufenthalt länger als drei Tage dauert (maximal Fr. 250.–/Tag und Fr. 2'000.–/Fall)	Rückführung der sterblichen Überreste maximal Fr. 10'000.– Reisespesen von Angehörigen des Versicherten bis an den Ort der Krankenhauseinweisung, insofern der Spitalaufenthalt länger als drei Tage dauert (maximal Fr. 250.–/Tag und Fr. 2'000.–/Fall)
Assistance und Rückführung	Groupe Mutuel Assistance	Keine Leistungen
Kosmetische Operation	Maximal Fr. 20'000.–	Maximal Fr. 20'000.–
Kosten für Nachhilfestunden, die von einer qualifizierten Person erteilt werden	Bis zu Fr. 3'000.–, wenn der Versicherte länger als zwei Monate nicht in der Lage ist, die Schule zu besuchen	Bis zu Fr. 3'000.–, wenn der Versicherte länger als zwei Monate nicht in der Lage ist, die Schule zu besuchen
Kapital im Todesfall	Fr. 10'000.–	Fr. 10'000.–
Kapital im Invaliditätsfall	Fr. 200'000.– (Progression 350%)	Fr. 200'000.– (Progression 350%)
Kapitalversicherung bei Spitalaufenthalt	Fr. 500.–/Jahr	Keine Leistungen
Befreiung von der Prämienzahlung	Volle Übernahme, wenn der Vater oder die Mutter invalid wird oder stirbt, bis Ende des Vertrages oder bis zum vollendeten 18. Altersjahr	Volle Übernahme, wenn der Vater oder die Mutter invalid wird oder stirbt, bis Ende des Vertrages oder bis zum vollendeten 18. Altersjahr
Örtlicher Geltungsbereich	Weltweit	Weltweit

AJGA01 – Ausgabe 01.06.2006

Die unten stehenden Bestimmungen werden durch die Allgemeinen Bedingungen der Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVB), Ausgabe vom 1. Juli 2000 der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG gemäss VVG geregelt.

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. Altersjahres 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:

Telefon-Nr. 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 erhalten 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 prorata 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:

Telefon-Nr. 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:
Telefon-Nr. 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 Hausschlüssel 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 Sinne von Artikel 6 gelten.

Art. 6 Wagnisse

1. Als Wagnisse gelten jene Aktivitäten, bei welchen sich der Versicherte wesentlich 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.;
- Extremsportarten;
- 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 in den Genuss der in den Artikeln 4.3, 4.7 und 4.8 erwähnten Leistungen kommen 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 während des Jahres das Höchstalter seiner Altersklasse erreicht, wird zu Beginn des folgenden Kalenderjahres 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 Endalters 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 der vorliegenden 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/Fall
	Transportkosten für eine medizinische Behandlung	max. Fr. 1'500.-/Fall
	Ästhetische Chirurgie (ambulant und stationär)	max. Fr. 60'000.-/Fall
	Hausdienst	max. Fr. 1'500.-/Fall
	Vergütung eines Sportabonnements	max. Fr. 500.-/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 der vorliegenden 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.-, und 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 angewendet. Gerichtsstand ist der Firmensitz des vom Versicherer bezeichneten Leistungserbringers.

IDGA02 – Ausgabe 01.10.2001

Die unten stehenden Bestimmungen werden durch die Allgemeinen Bedingungen der Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVZ), Ausgabe vom 1. Juli 2000 der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG gemäss VVG geregelt.

Art. 1 Zweck der Versicherung

ProVista deckt die wirtschaftlichen Folgen von Invalidität oder Tod infolge Unfall.

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, welche mit einem versicherten Unfall zusammenhängen.

Art. 3 Aufnahmebedingungen

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

Art. 4 Leistungsarten

Die Versicherung gewährt folgende Leistungen:

- a. ein Kapital im Invaliditätsfall (Art. 6);
- b. ein Kapital im Todesfall (Art. 7).

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 Arzteugnisses, 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 gänzlichem Verlust oder voller Gebrauchsunfähigkeit

– beider Arme oder Hände, beider Beine oder Füsse, eines Armes oder einer Hand und zugleich eines Beines oder eines Fusses	100%
– eines ganzen Armes	70%
– eines Unterarmes oder einer Hand	60%
– eines Daumens	22%
– eines Zeigefingers	15%
– eines anderen Fingers	8%
– eines Beines oberhalb des Kniegelenks	60%
– eines Beines 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. Werden gleichzeitig mehrere Körperteile oder Organe betroffen, so erfolgt die Festsetzung des Invaliditätsgrades, der höchstens 100% betragen kann, durch Addition der einzelnen Prozentsätze.
4. Bei vorstehend nicht aufgeführten Fällen erfolgt die Festsetzung des Invaliditätsgrades analog den obigen Prozentsätzen.
5. Wird die dauernde Invalidität infolge Unfall durch vorbestehende Körpermängel erschwert, so kann die Entschädigung nicht höher sein als diejenige, die im Falle 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. Die Festsetzung des Invaliditätsgrades erfolgt zum Zeitpunkt, in welchem der Zustand des Versicherten als definitiv angenommen wird, spätestens jedoch 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:
 1. der überlebende Ehegatte, bei dessen Fehlen;
 2. die Kinder zu gleichen Teilen, bei deren Fehlen;
 3. die anspruchsberechtigten Erben unter Ausschluss des Gemeinwesens.
2. Wurde die Ehe nach dem Unfall geschlossen, hängt das Bestehen des Anspruchs von der Bedingung ab, dass das Eheversprechen vor dem Unfall veröffentlicht wurde oder dass die Ehe zum Zeitpunkt des Todesfalls des Versicherten mindestens zwei Jahre gedauert hat.
3. Sind keine Anspruchsberechtigten vorhanden, werden die Bestattungskosten übernommen, höchstens jedoch 10% der versicherten Todesfallsumme.
4. Für Kinder beträgt das Todesfallkapital höchstens Fr. 5'000.-.
5. 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 Invaliditätsgrad von über 50% invalid wird oder stirbt.
2. Die Übernahme der Prämie erfolgt am ersten Tag des Monats nach Eintritt der Invalidität oder des Todesfalls und muss schriftlich 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 Grobfahrlässigkeit des Versicherten zurückzuführen sind.

Art. 11 Herabsetzung der Versicherungssummen

1. Bei Erreichen des vollendeten 70. Altersjahres werden die versicherten Versicherungssummen wie folgt gekürzt:
 - im Todesfall auf Fr. 10'000.-;
 - im Invaliditätsfall auf Fr. 30'000.-.
2. Die Versicherungssummen und Prämien werden bei Erreichen der obenerwähnten 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.

Anhang A

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

LGGA02 – Ausgabe 01.04.2003

Grundlage der nachstehenden Bestimmungen bilden die Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVZ) nach VVG, Ausgabe vom 1. Juli 2000, der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG.

Art. 1 Versicherer

1. Der Versicherungsträger der Patienten-Rechtsschutz-Versicherung (LG) ist die DAS Rechtsschutz-Versicherungs-AG in Luzern und Lausanne (nachfolgend Versicherer).
2. Der Versicherungsnehmer ist die Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG (nachfolgend GMA AG).

Art. 2 Kollektivvertrag

Die Garantie der Patienten-Rechtsschutz-Versicherung wird auf Grund des Kollektivvertrages gewährt, der zwischen der GMA AG und dem Versicherer abgeschlossen wurde.

Art. 3 Versichertenkreis und Beitritt

Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz, die:

- bei einer Mitgliedskasse des Vereins Groupe Mutuel die obligatorische Krankenpflegeversicherung oder eine Zusatzversicherung, welche die Behandlungs- oder Pflegekosten deckt, oder
- bei der GMA AG eine Zusatzversicherung, welche die Behandlungs- oder Pflegekosten deckt, abgeschlossen hat, kann dem Kollektivvertrag beitreten und in den Genuss der Patienten Rechtsschutz-Versicherung gelangen. Es wird keine Altersgrenze bestimmt.

Art. 4 Gedeckte Risiken

1. Der Versicherer 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 eine medizinische Behandlung als Folge einer Krankheit, einer Mutterschaft oder eines Unfalls beziehen, welche für den Versicherten einen Anspruch auf anerkannte und gemäss dem oben erwähnten Artikel 3 gedeckte Leistungen begründet.
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 angewendet wird.

Art. 6 Zeitlicher Geltungsbereich

Die Versicherung LG deckt Gerichtsstreite infolge Diagnose- oder Behandlungsfehler welche 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 Versicherungsantrages zu den Aufnahmebedingungen der GMA AG.
3. Die Versicherung LG wird für mindestens ein Jahr abgeschlossen. Sie erneuert sich von einem Kalenderjahr zum anderen (Versicherungsperiode).
4. In Abweichung von Artikel 13, Absatz 1 der AVZ kann der Versicherte, seinen Versicherungsvertrag nach einem Versicherungsjahr unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs 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 Juni 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. Zusätzlich zu den Leistungen seines Rechtsdienstes garantiert der Versicherer dem Versicherten, im Rahmen der gedeckten Fällen, die Übernahme folgender Kosten bis zum Maximalbetrag von Fr. 250'000.– pro Schadensfall (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 Sinne von Buchstabe e) hervorgerufen wird;
 - g. Betreuungskosten bis zum Vorliegen eines Verlustscheines oder einer Konkursandrohung.

2. Die auf dem Rechtsweg oder im Rahmen von Vereinbarungen erzielten Entschädigungen, stehen, dem Versicherer bis zum Betrag der ausgerichteten Leistungen zu.

Art. 9 Ausschlüsse

Nicht versichert ist namentlich die Bezahlung von:

- a. Schadensersatz inklusive Zinsen;
- b. Kosten, die zu Lasten eines Haftpflichtigen oder dessen Versicherers gehen;
- c. Kosten, die zu Lasten des Haftpflichtversicherers des Versicherten gehen.

Art. 10 Anmeldung eines Schadensfalles

1. Der Versicherte hat der GMA AG den Schadensfall, der Anlass zu einer Intervention des Rechtsdienstes des Versicherers geben könnte, nach Eintreten oder Feststellung so schnell wie möglich zu melden.
2. Sobald der Patienten-Rechtsschutz angerufen wird, überprüft die GMA AG die Deckung und übermittelt den Fall ohne Verzögerung an den Versicherer, welcher dann direkt mit dem Versicherten Kontakt aufnimmt.

Art. 11 Bearbeitung des Schadensfalles

1. Der Rechtsdienst des Versicherers klärt den Versicherten über seine Rechte auf und verteidigt seine Interessen in streitigen Fällen, und versuchen das bestmögliche Resultat zu erzielen. Der Versicherte erteilt dem Versicherer alle dafür notwendigen Vollmachten.
2. Er leitet ohne Verzögerung sämtliche, den Schadensfall betreffende Unterlagen (Korrespondenz, Vorladungen, Entscheide und Urteile zusammen mit den entsprechenden Briefumschlägen, usw.) an den Versicherer weiter.
3. Der Versicherte enthält sich jeglicher Einmischung in die vom Versicherer geführten Verhandlungen. Ohne vorherige Zustimmung des Versicherers 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 Falle eines Interessenkonflikts.
5. Der Versicherte entbindet die Bevollmächtigten vom Berufsgeheimnis für den Versicherer.

Art. 12 Vorgehen bei Meinungsverschiedenheiten

1. Treten im Laufe der Bearbeitung eines gedeckten Falles Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Versicherten und dem Versicherer hinsichtlich der Vorgehensweise auf, oder verweigert der Versicherer seine Leistungen, weil ihm gewisse Schritte als aussichtslos erscheinen, so teilt er dem Versicherten seine Ablehnung schriftlich und unter Anführung der Gründe mit. Der Versicherer informiert den Versicherten

über das Schiedsverfahren, welches 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. Der Versicherer lehnt jegliche Haftung, insbesondere für verpasste Fristen ab diesem Zeitpunkt ab. Der Versicherte hat dem Versicherer innert 30 Tagen mitzuteilen, ob er ein Schiedsverfahren wünscht.
3. Im Falle eines Schiedsverfahrens ernennen der Versicherte und der Versicherer 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 den Versicherer auf eigene Kosten ein Gerichtsverfahren ein und erzielt dabei im Vergleich zur Voraussage des Versicherers oder dem Entscheid des Schiedsrichters besseres Resultat, so vergütet ihm der Versicherer, die entstandenen Kosten im Rahmen der vertraglichen Deckung.

Art. 13 Verletzung vertraglicher Obliegenheiten

Die schuldhaftige Verletzung vertraglicher Obliegenheiten durch den Versicherten berechtigt den Versicherer, die Leistungen abzulehnen.

Art. 14 Mitteilungen

1. Der Versicherungsnehmer hat seine Mitteilungen für die Schadensregelung an den Verwaltungssitz der DAS Rechtsschutz-Versicherungs-AG (Av. de Provence 82, CP 240, 1000 Lausanne 16 Malley) oder an eine ihrer offiziellen Geschäftsstellen zu richten.
2. Die Mitteilungen des Versicherers oder der GMA AG erfolgen rechtsgültig an die vom Versicherten zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz.

Art. 15 Erfüllungsort und Gerichtsstand

Der Gerichtsstand für ein allfälliges Verfahren gegen den Versicherer ist der schweizerische Wohnsitz des Versicherten oder der Sitz des Versicherers.

Art. 16 Auflösung des Kollektivvertrages

1. Wird der Kollektivvertrag zwischen der GMA AG und der DAS Rechtsschutz-Versicherungs-AG aufgehoben, so erlischt die Deckung für alle Schadensfälle, die sich nach dem Vertragsende ereignen. Die GMA AG teilt dem Versicherten die Kündigung spätestens einen Monat vor Ablauf des Versicherungsschutzes durch ihr Mitteilungsorgan oder schriftlich, mit.
2. Die GMA AG kann mit dem gleichen oder einem anderen Versicherer einen neuen Vertrag eingehen. Die neuen Bedingungen werden dem Versicherten durch das Mitteilungsorgan oder schriftlich mitgeteilt.

Der Versicherte kann schriftlich auf die Weiterführung seiner Versicherung zu den neuen Bedingungen verzichten. Er muss dies der GMA AG bis zum letzten Tag vor Inkrafttreten der neuen Bedingungen mitteilen. Nach diesem Datum kann die Kündigung gemäss Artikel 7 der vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen erfolgen.

Art. 17 Anwendbares Recht

In Ergänzung der vorliegenden Bedingungen sind die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG) sowie diejenigen der Verordnung vom 9. November 2005 über die Beaufsichtigung von privaten Versicherungsunternehmen.

Art. 18 Bezugstext

Im Zweifelsfall ist die französische Ausgabe dieser Besonderen Bedingungen rechtsgültig.

Besondere Bedingungen der Groupe Mutuel Assistance

AG

AGGA01 – Ausgabe 01.01.2008

Art. 1 Allgemeines

Im Rahmen des Kollektivvertrages 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, ihren auf Reisen befindlichen oder sich im Ausland aufhaltenden Versicherten in ärztlichen Notfällen und bei unerwarteten Ereignissen ärztliche, juristische, finanzielle und persönliche Hilfe zu leisten, so wie es in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen umschrieben ist.

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, welches 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 Versicherungsvertrages beim Versicherer verknüpft. Sie endet entweder an dem Tag, an welchem der Versicherte aufgehört hat, versichert zu sein, oder an dem Tag, an welchem der zwischen der Groupe Mutuel und der GMA AG abgeschlossene Vertrag abläuft, wobei der Versicherer verpflichtet ist, seine Versicherten rechtzeitig darüber zu informieren.
2. Die Gültigkeit des Versicherungsschutzes «Groupe Mutuel Assistance» ist auf Reisen beschränkt, bei denen der Versicherte sich nicht länger als 60 aufeinanderfolgende Tage im Ausland aufhält. Im Falle einer Auswanderung ist der Versicherer zu benachrichtigen, der daraufhin einen Prämienzuschlag festsetzt.

Art. 5 Örtlicher Geltungsbereich

Der Versicherte kann den Versicherungsschutz «Groupe Mutuel Assistance» weltweit beanspruchen, auch in dem Land, in welchem er seinen Wohnsitz hat, jedoch ausserhalb eines Umkreises vom 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 im Ausland

Der Versicherte kann die Notrufzentrale anrufen, um die notwendigen Angaben über einen Kontaktarzt in der Gegend seines Aufenthaltes 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 welchem 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 Wohnortes 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 behandelte 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 zu Lasten des Versicherten.

Art. 12 Vorschuss für Spitalaufnahme und -kosten

Falls der hospitalisierte Versicherte nicht ausreichend Zahlungsmittel 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 Kautions 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 zu Lasten des Versicherten.

Art. 14 Reisespesen für Drittpersonen

Falls ein alleinreisender Versicherter im Ausland während mehr als 7 Tagen hospitalisiert ist, stellt die Notrufzentrale der von ihm bezeichneten Person, deren Wohnsitz sich im gleichen Staat wie sein eigener Wohnsitz befindet, einen Gutschein für Hin- und Rückflug in der Economy-Klasse für einen Besuch zur Verfügung. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung gehen zu Lasten des Besuchers.

Art. 15 Rückreise von Kindern

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

Art. 16 Rückführung der sterblichen Überreste

Im Falle des Hinschieds des Versicherten im Ausland 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 verschiedene Auslagen (inklusive Kauf des Sarges) zu Lasten 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 Auslandsreise unbedingt den Beistand eines Anwalts, eines Dolmetschers, eines Technikers usw. benötigt, kann er sich weltweit an einen der nichtmedizinischen 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 Beistandes. Die von den Partnern der Notfallzentrale geleisteten Dienste gehen vollumfänglich zu Lasten des Versicherten, welcher um deren Begleichung besorgt ist. Die Notfallzentrale kann dem Versicherten auch in anderen Bereichen behilflich sein, etwa bei der Suche eines geeigneten Dienstes 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 zu Lasten 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 10 Tagen zurückbehalten werden, sei es für den Versicherten oder für einen seiner Korrespondenten.

Art. 20 Entscheidung, Wahl der Mittel und Kostenübernahme

Im Falle eines ärztlichen Beistandes 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 im 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, welche 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 10 Tagen nach der Geburt angemeldet werden.
- e. Folgen von Selbstmord oder Selbstmordversuchen.
- f. Geisteskrankheiten, welche bereits zu Behandlungen Anlass gegeben hatten.
- g. Freiwillige Teilnahme des Versicherten an ausländischen Kriegereignissen 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 das Eintreffen 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 Zustandes benötigen.
5. Kann der Versicherten gegenüber Dritten Leistungsansprüche erheben, welche 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, welche 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 auf Grund 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 welche 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 Zusicherung oder rechtzeitige Ausführung ihrer Dienstleistung infolge von Streiks oder von 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, welche an folgende Adresse zu richten sind. Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG
Rue du Nord 5
1920 Martigny

Art. 27 Verjährung

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

Art. 28 Gerichtsstand

Im Falle 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 im Ausland 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.

Groupe Mutuel | Gesundheit® | Leben® | Unternehmen®

Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG
Rue du Nord 5
CH-1920 Martigny



Folgende Versicherungsunternehmen sind Mitglied der Groupe Mutuel, Association d'assureurs: Avantis – Avenir – CMBB/SKBH/CMEL – Easy Sana – Hermes – La Caisse Vaudoise
Mutuel Assurances – Natura Assurances.ch – Panorama – Philos – Universa – CM EOS – CM Fonction publique – CM Troistorrents – CM Ville de Neuchâtel – Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG
Groupe Mutuel Leben GMV AG **Von der Groupe Mutuel verwaltete Vorsorgestiftungen:** Groupe Mutuel Vorsorge GMP – Walliser Vorsorge

Ausgabe Juli 2008