

Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global

GLAM01-A6 – Ausgabe 01.09.2010

Inhaltsverzeichnis

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

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

Art. 1 Aufnahmebedingungen

1. Der Zusatzversicherung Global können alle Personen ohne Altersgrenze beitreten.
2. Versicherte von 0 bis 18 Jahren, d. h. bis zum 31. Dezember des Jahres, in dem sie das 18. Altersjahr vollenden, können die in Art. 2 Ziff. 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. 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. 4 unter der Bezeichnung Global temporis umschriebenen Leistungen zu beziehen.

Art. 2 Versicherte Leistungen

1. Allgemeines

Folgende Leistungen werden zusätzlich zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht:

1. Spitalaufenthalt

1. Versicherungsklasse
Freie Wahl der allgemeinen Abteilung in einer schweizerischen Heilanstalt für allgemeine und psychiatrische Pflege von Akutpatienten
2. Leistungen
 - a. Allgemeines
Bei einem Spitalaufenthalt übernimmt der Versicherer die Behandlungskosten sowie die Unterkunfts- und Verpflegungskosten.
 - b. Spitalaufenthalt im Ausland
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 vorbehaltlich der folgenden Bestimmungen übernommen:

- a. Der Versicherer übernimmt die vom KVG anerkannten Behandlungskosten, die Unterkunfts- und Pensionskosten und die Arzthonorare gemäss Vertrag oder kantonaler Tarifordnung.
 - b. Der Versicherer behält sich das Recht vor, den Leistungsanspruch einzuschränken, wenn im Bereich der Unterkunfts- und Pensionskosten oder im Bereich der Arztkosten zu hohe Tarife in Rechnung gestellt werden.
 - c. Im Rahmen der vorliegenden Versicherung besteht keine Versicherungsdeckung für Organtransplantationen, für welche der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenkassen in Solothurn (SVK) Fallpauschalen vereinbart hat. Diese Regel gilt auch für Kliniken, für die keine Fallpauschale vereinbart wurde.
 - d. Der Leistungsanspruch erlischt, sobald der Kranke nicht mehr als Akutpatient gilt.
 - e. Nach einem Spitalaufenthalt von 60 Tagen im Verlauf eines Kalenderjahres in einer psychiatrischen Heilanstalt werden aus der Spitalversicherung keine Leistungen mehr ausgerichtet.
4. Pflichten des Versicherten
Vor jedem Spitalaufenthalt hat sich der Versicher-

te zu erkundigen, ob das Spital, die Spitalabteilung oder Klinik, wo er sich behandeln lassen will, nicht zu den vom Versicherer ausgeschlossenen Heilanstalten gehört.

2. Pflegezusatz

Der Versicherer gewährt folgende Leistungen in den Grenzen von Art. 3 (siehe Tabelle):

1. Limitierte Arzneimittel

Den vorgesehenen Kostenanteil an Arzneimitteln, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden, jedoch mit Ausnahme der Medikamente der Liste der pharmazeutischen Präparate zulasten der Versicherer (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 und Mitglied einer der folgenden Vereinigungen durchgeführt werden:

- Naturärzte-Vereinigung der Schweiz (APTN/NVS/ATN)
- Association romande des thérapeutes (ART)
- Gesellschaft Schweizer Naturheilärzte (GSN)
- Assurance santé conseils assistance (ASCA)
- Vereinigung Schweizerischer Ätiopathen (ASE)
- Fédération des praticiens de santé en naturopathie (FSPN)
- Schweizerisches Register der Osteopathen (SRO)

– vorbehaltlich der Zulassung weiterer Verbände
Der Versicherer behält sich das Recht vor, bestimmte von den obenstehenden Verbänden anerkannte Therapeuten auszuschliessen. Der Versicherer hält für die Versicherten die Namen der Therapeuten, deren Leistungen vom Versicherer vergütet werden, zur Verfügung.

Naturheilverfahren:

Akupunktur, Aromatherapie, Aurikulothérapie, Biotherapie, Darmbad, Elektroakupunktur, Farbtherapie, Heilkräuter, Homöopathie, Iridologie, Lasertherapie, Magnetismus, Magnettherapie, Mora-Therapie, Phytotherapie, Sauerstofftherapie, Schröpfen, Sympathikotherapie

Manuelle Therapien:

Akupressur, anthroposophische Medizin, Ätiopathie, autogenes Training, Haltungstherapie, Kinesiologie, manuelle Lymphdrainage, Massagen, Mesotherapie, Orthobionomy, Osteopathie, Reflexzonenmassage, Reiki, Rolfing, Shiatsu, Wiederherstellung des energetischen Gleichgewichts

Psychotherapie:

Biodynamik, Sophrologie, Tomatis-Therapie

- Jeder freiwillige Wechsel der Therapieform oder des Therapeuten im Lauf der Behand-

lung bedarf der vorgängigen Bewilligung des Versicherers.

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

4. Kuren in der Schweiz

Ein Beitrag an die Behandlungskosten bei Badekuren sowie ein Kostenbeitrag an Erholungskuren wird in anerkannten Kuranstalten, aber längstens 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

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

8. Rooming-in

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

9. Hilfe zuhause 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 Letzterer aus medizinischen Gründen in ein Spital eingewiesen werden muss. Die vorübergehende Unterbringung der Familienangehörigen muss bei einer offiziellen Institution erfolgen.

10. Orthoptik

Den vorgesehenen Anteil an den Behandlungskosten gemäss IV-Tarif

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. Orthopädische Apparate und Prothesen

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

13. Geburtsvorbereitung in Kursen

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

14. 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.

15. Ultraschalluntersuchungen und Mammographien

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

16. Impfungen

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

17. ELISA- oder HIV-Test

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

18. Freiwillige Sterilisation

Den vorgesehenen Kostenanteil für den Eingriff gemäss den Tarifen, die in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anwendbar wären

19. 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 amtlichen UVG-Tarif vergütet.

20. 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 zum amtlichen UVG-Tarif vergütet.

21. Transportkosten

Der Versicherer gewährt einen Kostenbeitrag an Transporte nach einer Krankheit oder einem gedeckten Unfall bis zur nächstgelegenen Heil-

stalt oder zum nächsten Arzt, sofern diese medizinisch notwendig sind und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden.

Dieser Beitrag wird nur für Transporte mit Ambulanz, Helikopter oder bei Such- und Rettungsaktionen erbracht.

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

22. Nicht ärztliche Psychotherapeuten und selbstständige Psychologen

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

3. Groupe Mutuel Assistance

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

4. Sterbegeld

Ein Sterbegeld von Fr. 2'000.– bei Tod infolge Krankheit oder Unfalls wird den Anspruchsberechtigten nach dem Tod des Versicherten ausgerichtet, sofern dieser mindestens das 3. Altersjahr und höchstens das 55. Altersjahr erfüllt hat. Anspruch auf das Sterbegeld können die Erben in folgender Rangfolge erheben: der Ehegatte des Versicherten, bei dessen Fehlen die Kinder des Versicherten, bei deren Fehlen die Eltern des Versicherten, bei deren Fehlen die weiteren erbberechtigten Personen. Der Versicherte hat die Möglichkeit, die Rangfolge der Begünstigten durch schriftlichen Antrag an den Versicherer zu ändern. Dem Versicherer ist die Todesurkunde oder jedes andere für notwendig gehaltene Schriftstück einzureichen. Der Versicherer ist berechtigt, allfällige vom Verstorbenen geschuldete Beträge (Prämien, Kostenbeteiligungen, usw.) vom Sterbegeld zugunsten der Anspruchsberechtigten abzuziehen. Der Anspruch auf das Sterbegeld erlischt ohne weiteres nach einer Frist von zwei Jahren ab Todesdatum, wenn die Todesurkunde dem Versicherer nicht eingereicht wird.

2. Global junior

Zusatzleistungen:

a. Betreuung von kranken Kindern zuhause

Die Leistungen werden erbracht, sofern die Betreuung durch eine Person erfolgt, die einer vom Versicherer anerkannten Institution angehört.

b. Mitgliederbeitrag für eine sportliche oder naturverbundene Tätigkeit

Auf Vorlage eines Rechnungsbeleges wird eine Beteiligung am Aktivmitgliederbeitrag eines vom Versicherer anerkannten Sportclubs oder Vereins ausgerichtet.

3. Global senior

Zusatzleistungen:

a. Palliativpflege

Der Versicherer leistet einen Beitrag im Rahmen der Palliativpflege, d. h. alle medizinischen und pflege-

rischen Massnahmen, welche den vor dem Tod stehenden Personen zuhause durch Fachpersonal einer vom Versicherer anerkannten Institution erbracht werden.

Ein vorgängiges Gesuch ist an den Versicherer zu richten, der im Einzelfall den Umfang des gewährten Beitrags bestimmt.

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-Versicherung.
- b. Die Global temporis umfasst die unter Ziff. 2.1.2, 2.1.3, 2.2 und 2.3 aufgeführten Pflegeleistungen; die unter Ziff. 2.1.1 (Spitalaufenthalt) und 2.1.4 (Sterbegeld) bezeichneten Leistungen sind ausgeschlossen.
- c. Die Leistungen der Global temporis entsprechen 30% der im Rahmen der Global 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 auf das auf der Beitrittserklärung festgelegte Datum. Dieser Beitritt hat spätestens innert drei Jahren zu erfolgen.
- f. Die Beteiligung des Versicherers an den Franchisen und Selbsthalten anderer Versicherer ist ausgeschlossen.
- g. Während der Dauer der Global temporis wird die Prämie gegenüber jener der Global 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 ABZ für die Krankenzusatzversicherungen, 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 Versicherung Global berücksichtigt.

Art. 3 Leistungsumfang

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

Art. 4 Leistungsanspruch

1. Der Leistungsanspruch des Versicherten beginnt mit dem Inkrafttreten des Versicherungsvertrags.
2. Die Leistungen der kombinierten Spitalversicherung werden bei Schwangerschaft und Niederkunft erst nach einer

Versicherungsdauer von 12 Monaten ausgerichtet. Die in der Global temporis erfolgte Dauer zählt nicht als Versicherungsdauer.

3. Die Leistungen werden 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 «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 auf Kreditkarten
Die Versicherten können ihre Kreditkarte mit den vereinbarten Rabatten, die in einer vom Versicherer geführten Liste enthalten sind, beziehen oder erneuern.
3. 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

Versicherte, der im Lauf des Jahres das Höchstalter ihrer Altersgruppe erreichen, werden 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: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren

Art der Leistung	Global 1	Global 2	Global 3
Limitiert kassenpflichtige Medikamente	70% max. Fr. 800.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 800.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr
Nicht kassenpflichtige Medikamente	70% max. Fr. 800.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 800.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr
Alternativmedizin	60% max. Fr. 2'000.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 2'000.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 3'000.–/Kalenderjahr
Badekuren in der Schweiz	60% max. Fr. 300.– für 30 Tage pro Kalenderjahr	60% max. Fr. 300.– für 30 Tage/Kalenderjahr	80% max. Fr. 500.– für 30 Tage/Kalenderjahr
Erholungskuren	Fr. 20.–/Tag, max. 30 Tage pro Kalenderjahr	Fr. 20.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr	Fr. 25.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr
Erholungskuren nach Spitalaufenthalt	Fr. 40.–/Tag, max. 30 Tage pro Kalenderjahr	Fr. 40.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr	Fr. 50.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr
Badekuren im Ausland	keine Leistungen	keine Leistungen	50% max. Fr. 500.–/Kalenderjahr
Tarifausschläge	keine Leistungen	Fr. 600.–/Kalenderjahr	Fr. 800.–/Kalenderjahr
Entschädigung der persönlichen Unkosten bei Spitalaufenthalt	Fr. 100.–/Fall	Fr. 100.–/Fall	Fr. 200.–/Fall
Besondere Krankenwache	Fr. 500.–/Kalenderjahr	Fr. 500.–/Kalenderjahr	Fr. 600.–/Kalenderjahr
Hauspflege und Unterbringungskosten	70% max. Fr. 1'500.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 1'500.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 2'500.–/Kalenderjahr
Orthoptik	50% max. Fr. 2'000.–/Kalenderjahr	50% max. Fr. 2'000.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 3'000.–/Kalenderjahr
Brillen und Kontaktlinsen	Fr. 100.– alle 3 Jahre	Fr. 100.– alle 3 Jahre	Fr. 150.– alle 3 Jahre
Orthopädische Apparate und Geräte	Fr. 300.–/Kalenderjahr	Fr. 300.–/Kalenderjahr	Fr. 400.–/Kalenderjahr
Geburtsvorbereitungskurse	Fr. 150.–/Schwangerschaft	Fr. 150.–/Schwangerschaft	Fr. 150.–/Schwangerschaft
Einmaliges Stillgeld	Fr. 100.–/Kind	Fr. 100.–/Kind	Fr. 100.–/Kind
Ultraschall und Mammographie	Fr. 150.–/Kalenderjahr	Fr. 150.–/Kalenderjahr	Fr. 200.–/Kalenderjahr
Impfungen	70% max. Fr. 150.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 150.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 200.–/Kalenderjahr
Elisa- oder HIV-Test	Fr. 50.–/Kalenderjahr	Fr. 50.–/Kalenderjahr	Fr. 50.–/Kalenderjahr
Freiwillige Unterbindung	60% max. Fr. 300.–	80% max. Fr. 300.–	80% max. Fr. 400.–
Unfallbedingte Zahnbehandlungskosten	60% max. Fr. 4'000.–/Fall	80% max. Fr. 4'000.–/Fall	80% max. Fr. 6'000.–/Fall
Krankheitsbedingte Zahnbehandlungskosten	60% max. Fr. 100.– alle 3 Jahre	80% max. Fr. 100.– alle 3 Jahre	80% max. Fr. 150.– alle 3 Jahre
Transportkosten	60% max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 2'000.–/Kalenderjahr
Nicht ärztliche Psychotherapeuten und selbstständige Psychologen	60% max. Fr. 600.–/Kalenderjahr	70% max. Fr. 600.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 700.– par Kalenderjahr
Spitalaufenthalt	Allgemeine Abteilung ganze Schweiz	Allgemeine Abteilung ganze Schweiz	Allgemeine Abteilung ganze Schweiz
Todesfallrisiko	Fr. 2'000.– bei Tod infolge Unfalls oder Krankheit	Fr. 2'000.– bei Tod infolge Unfalls oder Krankheit	Fr. 2'000.– bei Tod infolge Unfalls oder Krankheit
Groupe Mutuel Assistance	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
Vorteile «LeClub» Global junior (0-18 Jahre)	Rabatte in bestimmten Hotels und Geschäften	Rabatte in bestimmten Hotels und Geschäften	Rabatte in bestimmten Hotels und Geschäften
Kinderbetreuung zuhause	Fr. 200.–/Kalenderjahr	Fr. 250.–/Kalenderjahr	Fr. 300.–/Kalenderjahr
Mitgliederbeitrag für eine sportliche oder naturverbundene Tätigkeit	Fr. 30.–/Kalenderjahr	Fr. 30.–/Kalenderjahr	Fr. 30.–/Kalenderjahr
Global senior (ab 56 Jahren)	90% max. Fr. 2'000.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 2'500.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 3'000.–/Kalenderjahr
Palliativpflege	Fr. 300.–/Kalenderjahr	Fr. 300.–/Kalenderjahr	Fr. 300.–/Kalenderjahr
Revitalisierungsaufenthalte	50% max. Fr. 150.–/Kalenderjahr	50% max. Fr. 200.–/Kalenderjahr	50% max. Fr. 250.–/Kalenderjahr
Diätberatungen, Diätkurse			