

Besondere Bedingungen der Heilungskosten-Zusatzversicherung mit Bonus

SB

SBAM01-A4 – Ausgabe 01.09.2010

Inhaltsverzeichnis

| | | | |
|---------------|---|----------------|---------------------------------------|
| Art. 1 | Aufnahmebedingungen | Art. 7 | Franchise |
| Art. 2 | Versicherbare jährliche Leistungssummen | Art. 8 | Prämien |
| Art. 3 | Leistungsanspruch | Art. 9 | Prämienabstufung |
| Art. 4 | Zu hohe Honorarforderungen und Rechnungen | Art. 10 | Veränderung der Prämienabstufung |
| Art. 5 | Pflegeleistungen | Art. 11 | Rechte und Pflichten des Versicherten |
| Art. 6 | Umfang der Leistungen | | |

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

Art. 1 Aufnahmebedingungen

Alle Personen können der Heilungskosten-Zusatzversicherung mit Bonus ohne Altersbegrenzung beitreten.

Art. 2 Versicherbare jährliche Leistungssummen

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

- Deckung pro Kalenderjahr: Fr. 8'000.– SB1
- Deckung pro Kalenderjahr: Fr. 10'000.– SB2
- Deckung pro Kalenderjahr: Fr. 15'000.– SB3
- Deckung pro Kalenderjahr: Fr. 20'000.– SB4

Art. 3 Leistungsanspruch

- Der Leistungsanspruch des Versicherten beginnt mit dem Inkrafttreten des Versicherungsvertrags.
- Die aus dieser Versicherung gewährten Leistungen werden ergänzend zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht.
- Die Leistungen werden auf die pro Kalenderjahr versicherte Leistungssumme 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.
- Insoweit als die von der Spezialpflegeversicherung (SP), der Zahnpflegeversicherung (DP) und der Zahnpflegeversicherung (TD) erbrachten Leistungen mit denjenigen der Heilungskosten-Zusatzversicherung mit Bonus (SB) in Konkurrenz stehen, werden die Leistungen der Letzteren nach denjenigen der Zusatzversicherungen SP, DP und TD erbracht.

Art. 4 Zu hohe Honorarforderungen und Rechnungen

Der Versicherer behält sich das Recht vor, offensichtlich zu hohe Honorarforderungen und weitere Rechnungen zu beanstanden und seine Leistungen zu beschränken.

Art. 5 Pflegeleistungen

- Im Rahmen der vorliegenden Versicherungsbedingungen vergütet der Versicherer jene Kosten, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, durch andere Sozial- oder Privatversicherungen oder durch Dritte 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 im Umfang von Artikel 6 (siehe Tabelle) folgende Leistungen:
 - Limitierte Arzneimittel (SB1, SB2, SB3 und SB4)
Den vorgesehenen Prozentsatz der Kosten, die aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden, jedoch mit Ausnahme der Medikamente der Liste der pharmazeutischen Präparate zulasten der Versicherten
 - Nicht kassenpflichtige Arzneimittel (SB1, SB2, SB3 und SB4)
Den vorgesehenen Kostenanteil für Arzneimittel, die in keiner amtlichen Liste (SL – ALT) enthalten sind und im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden, jedoch

mit Ausnahme der Medikamente der Liste der pharmazeutischen Präparate zulasten der Versicherten (LPPV)

3. Alternativmedizin (SB2, SB3 und SB4)

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 Schweizerischer Naturärzte (GSN)
- Assurance santé conseils assistances (ASCA)
- Vereinigung Schweizerischer Ätiopathen (ASE)
- Fédération des praticiens de santé en naturopathie (FSPN)
- Schweizerisches Osteopathenverzeichnis (RSO)

Der Versicherer behält sich das Recht vor, gewisse von den obenerwähnten Gesellschaften zugelassene Naturheilpraktiker auszuschliessen. Der Versicherer hält ein Verzeichnis der Praktiker, deren Leistungen vom Versicherer nicht vergütet werden, zur Verfügung der Versicherten.

Verzeichnis der Therapien der Alternativmedizin
Naturheilverfahren:

Akupunktur, Aromatherapie, Aurikulotherapie, Biotherapie, Elektroakupunktur, Farbtherapie, Heilkräuter, Homöopathie, Iridologie, Lasertherapie, Magnettherapie, Mora-Therapie, Phytotherapie, Sauerstofftherapie, Schröpfen, Sympathikotherapie.

Manuelle Therapien:

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

Psychotherapie:

Biodynamik, Sophrologie, Tomatis-Methode

- Jeder freiwillige Wechsel der Therapieform oder des Therapeuten während der Behandlung bedarf der vorgängigen Bewilligung des Versicherers.
- Die Leistungen im Bereich der Sophrologie werden vergütet, sofern die Behandlungen von einem Arzt, von einem ärztlichen, SSV-diplomierten Sophrologen oder von einem nicht ärztlichen, aber SSV-diplomierten Sophrologen durchgeführt werden.

4. Osteopathie (SB1, SB2, SB3 und SB4)

Den vorgesehenen Prozentsatz der Behandlungskosten

5. Akupunktur, Homöopathie, Elektroakupunktur, Sophrologie (SB1, SB2, SB3 und SB4)

Den vorgesehenen Kostenanteil für Behandlungen, die von einem Arzt durchgeführt und im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden

6. Kuren in der Schweiz (SB1, SB2, SB3 und SB4)

Einen Beitrag an die Behandlungskosten bei Badekuren sowie einen Kostenbeitrag an Erholungskuren

in anerkannten Kuranstalten, aber längstens 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 (SB3 und SB4)

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 (SB1, SB2, SB3 und SB4)

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. Die Übernahme ist auf die im nachfolgenden Artikel 6 vorgesehenen Leistungssummen beschränkt.

9. Entschädigung für persönliche Unkosten bei einem Spitalaufenthalt (SB1, SB2, SB3 und SB4)

Eine einmalige Pauschalentschädigung pro Spitalaufenthalt von mehr als acht Tagen

10. Besondere Krankenwache (SB1, SB2, SB3 und SB4)

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 (SB1, SB2, SB3 und SB4)

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 in einer offiziellen Institution erfolgen.

12. Orthoptik (SB1, SB2, SB3 und SB4)

Den vorgesehenen Prozentsatz der Behandlungskosten gemäss IV-Tarif

13. Brillen und Kontaktlinsen (SB2, SB3 und SB4)

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

14. Orthopädische Apparate und Prothesen (SB1, SB2, SB3 und SB4)

Die Kosten für die Miete und den Kauf von ärztlich angeordneten orthopädischen Apparaten und Hilfsmitteln (Zahnprothesen ausgenommen).

Für die Rückerstattung der Kosten ist die vom Versicherer erstellte Liste massgebend.

15. Geburtsvorbereitungskurse (SB1, SB2, SB3 und SB4)
Den vorgesehenen Beitrag an die Kurskosten für Schwangerschaftsgymnastik oder Geburtsvorbereitung, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden
16. Einmaliges Stillgeld (SB1, SB2, SB3 und SB4)
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.
17. Ultraschallkontrollen (SB1, SB2, SB3 und SB4)
Den vorgesehenen Betrag für die Ultraschallkontrollen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden
18. Impfungen (SB1, SB2, SB3 und SB4)
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
19. Elisa- oder HIV-Test (SB1, SB2, SB3 und SB4)
Der Versicherer gewährt einen jährlichen Kostenbeitrag an Vorsorgetests, sofern diese auf ärztliche Verordnung hin von anerkannten Leistungserbringern durchgeführt werden.
20. Freiwillige Sterilisation (SB1, SB2, SB3 und SB4)
Den vorgesehenen Kostenanteil für den Eingriff gemäss den Tarifen, die in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anwendbar wären
21. Unfallbedingte Zahnbehandlungen (SB1, SB2, SB3 und SB4)
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 amtlichen UVG-Tarif vergütet.
22. Krankheitsbedingte Zahnpflege (SB2, SB3 und SB4)
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 amtlichen UVG-Tarif vergütet.
23. Transportkosten (SB1, SB2, SB3 und SB4)
Der Versicherer gewährt einen Kostenbeitrag an Transporte nach einer Krankheit oder einem gedeckten Unfall bis zur nächstgelegenen Heilanstalt oder zum nächsten Arzt, sofern diese medizinisch notwendig sind und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden. Dieser Beitrag wird nur für Transporte mit Ambulanz, Helikopter oder bei Such- und Rettungsaktionen erbracht.
Die Kosten der öffentlichen Verkehrsmittel (Bahn, Bus) sind ebenfalls gedeckt, sofern der Transport aufgrund einer ambulanten Behandlung notwendig ist und dadurch ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann.

24. Groupe Mutuel Assistance (SB1, SB2, SB3 und SB4)
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 nachfolgenden Tabelle angegebenen Beträgen ausgerichtet (siehe letzte Seite).

Art. 7 Franchise

1. Auf den Leistungen dieser Versicherung wird eine Jahresfranchise von Fr. 50.– erhoben.
2. Auf den Leistungen der Groupe Mutuel Assistance wird keine Franchise erhoben.

Art. 8 Prämien

1. Der Versicherte, der die maximale Altersgrenze für seine Altersklasse erreicht, wird automatisch am Anfang des nächsten Kalenderjahres in die höhere Altersklasse eingestuft. Die massgebenden Altersklassen sind:
 - Kinder: 0-18 Jahre
 - Jugendliche: 19-25 Jahre
 - ab dem 26. Altersjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren
2. Der Prämientarif hängt vom obenerwähnten Eintrittsalter sowie von den Prämienstufen ab.

Art. 9 Prämienstufen

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

| Prämienstufe | % der Prämie SB |
|--------------|-----------------|
| 10 | 140 |
| 9 | 130 |
| 8 | 120 |
| 7 | 110 |
| 6 | 100 |
| 5 | 90 |
| 4 | 80 |
| 3 | 70 |
| 2 | 60 |
| 1 | 50 |

Art. 10 Veränderung der Prämienstufe

1. Falls der Versicherte während einer Referenzperiode keine Leistungen bezogen hat, wird die Prämie des nächsten Kalenderjahres nach der nächsttieferen Prämienstufe berechnet, sofern er die unterste Stufe noch nicht erreicht hat.
2. Der Zeitraum zwischen dem 1. Juli und dem 30. Juni wird als Referenzperiode angesehen, die zeigt, ob der Versicherte Leistungen der Heilungskosten-Zusatzversicherung mit Bonus bezogen hat. Das Zahlungsdatum der Leistungen durch den Versicherer ist bestimmend für die

Zuteilung zur Referenzperiode.

3. Falls ein Versicherter während der Referenzperiode Leistungen bezieht (die akzeptierten Beträge durch den Versicherer), wird die Prämie für das nachfolgende Kalenderjahr wie folgt erhöht:
 - Fr. 0.– bis Fr. 50.– keine Erhöhung der Stufe
 - Fr. 50.– bis Fr. 200.– Erhöhung einer Stufe
 - Fr. 200.– und mehr Erhöhung zweier StufenDie Erhöhung geht maximal bis zur 10. Prämienstufe, was 140% der gewöhnlichen Prämie beträgt.
4. Eine Änderung der Prämienstufe wird nicht als Prämienanpassung angesehen gemäss den Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVZ). Das Kündigungsrecht bei einer Prämienanpassung ist in diesem Fall nicht anwendbar.

Art. 11 Rechte und Pflichten des Versicherten

1. Falls dem Versicherer die Rechnung mehr als 12 Monate nach dem Ausstellungsdatum zukommt und der Versicherte von einer ungerechtfertigten Prämienreduktion profitiert, ist der Versicherer ermächtigt, die Leistungen bis zur Einsparung der ungerechtfertigten Prämie zu kürzen.
2. Falls das System des «Tiers payant» für die Rückzahlung der Leistungen angewandt wird, hat der Versicherte die Möglichkeit, dem Versicherer die rückerstatteten Leistungen innert 30 Tagen nach Erhalt der Abrechnung zurückzubezahlen. So behält der Versicherte sein Anrecht auf den Bonus.

| Leistungsstufe | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|--|--|--|
| Limitierte Arzneimittel (Art. 5, Abs. 2, Ziff. 1) | 90% der Medikamente, max. Fr. 600.–/Kalenderjahr | 90% der Medikamente, max. Fr. 800.–/Kalenderjahr | 90% der Medikamente, max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr | 90% der Medikamente, max. Fr. 1'200.–/Kalenderjahr |
| Nicht kassenpflichtige Arzneimittel (Art. 5, Abs. 2, Ziff. 2) | 90% der Medikamente, max. Fr. 600.–/Kalenderjahr | 90% der Medikamente, max. Fr. 800.–/Kalenderjahr | 90% der Medikamente, max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr | 90% der Medikamente, max. Fr. 1'200.–/Kalenderjahr |
| Alternativmedizin (Art. 5, Abs. 2, Ziff. 4) | keine Leistungen | 80% der Kosten, max. Fr. 2'000.–/Kalenderjahr | 80% der Kosten, max. Fr. 3'000.–/Kalenderjahr | 80% der Kosten, max. Fr. 4'000.–/Kalenderjahr |
| Osteopathie (Art. 5, Abs. 2, Ziff. 4) | 50% der Kosten, max. Fr. 500.–/Kalenderjahr | siehe Alternativmedizin | siehe Alternativmedizin | siehe Alternativmedizin |
| Akupunktur, Homöopathie, Elektroakupunktur, Sophrologie (Art. 5, Abs. 2, Ziff. 5) | 50% der Kosten, max. Fr. 500.–/Kalenderjahr | siehe Alternativmedizin | siehe Alternativmedizin | siehe Alternativmedizin |
| Badekuren (Art. 5, Abs. 2, Ziff. 6) | 50% der Kosten, max. Fr. 250.–/Kalenderjahr | 60% der Kosten, max. Fr. 300.–/Kalenderjahr | 80% der Kosten, max. Fr. 500.–/Kalenderjahr | 80% der Kosten, max. Fr. 750.–/Kalenderjahr |
| Erholungskuren (Art. 5, Abs. 2, Ziff. 6) | Fr. 15.– pro Tag, max. 30 Tage/Fall | Fr. 20.– pro Tag, max. 30 Tage/Fall | Fr. 25.– pro Tag, max. 30 Tage/Fall | Fr. 25.– pro Tag, max. 30 Tage/Fall |
| Erholungskuren nach einem Spitalaufenthalt (Art. 5, Abs. 2, Ziff. 6) | Fr. 30.– pro Tag, max. 30 Tage/Fall | Fr. 40.– pro Tag, max. 30 Tage/Fall | Fr. 50.– pro Tag, max. 30 Tage/Fall | Fr. 50.– pro Tag, max. 30 Tage/Fall |
| Badekuren im Ausland (Art. 5, Abs. 2, Ziff. 7) | keine Leistungen | keine Leistungen | 50% der Kosten, max. Fr. 500.–/Kalenderjahr | 80% der Kosten, max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr |
| Tarifzuschläge (Art. 5, Abs. 2, Ziff. 8) | Fr. 500.–/Kalenderjahr | Fr. 600.–/Kalenderjahr | Fr. 800.–/Kalenderjahr | Fr. 1'000.–/Kalenderjahr |
| Entschädigung pers. Unkosten bei Spitalaufenthalt (Art. 5, Abs. 2, Ziff. 9) | Fr. 100.–/Fall | Fr. 100.–/Fall | Fr. 200.–/Fall | Fr. 200.–/Fall |
| Besondere Krankenwache (Art. 5, Abs. 2, Ziff. 10) | Fr. 400.–/Kalenderjahr | Fr. 500.–/Kalenderjahr | Fr. 600.–/Kalenderjahr | Fr. 700.–/Kalenderjahr |
| Hauspflege und Unterbringungskosten (Art. 5, Abs. 2, Ziff. 11) | Fr. 1'000.–/Kalenderjahr | Fr. 1'500.–/Kalenderjahr | Fr. 2'500.–/Kalenderjahr | Fr. 3'000.–/Kalenderjahr |
| Orthoptik (Art. 5, Abs. 2, Ziff. 12) | 50% der Kosten, max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr | 50% der Kosten, max. Fr. 2'000.–/Kalenderjahr | 80% der Kosten, max. Fr. 3'000.–/Kalenderjahr | 80% der Kosten, max. Fr. 3'000.–/Kalenderjahr |
| Brillen und Kontaktlinsen (Art. 5, Abs. 2, Ziff. 13) | keine Leistungen | Fr. 100.– alle 3 Jahre | Fr. 150.– alle 3 Jahre | Fr. 200.– alle 3 Jahre |
| Orthopädische Apparate und Prothesen (Art. 5, Abs. 2, Ziff. 14) | Fr. 200.–/Kalenderjahr | Fr. 300.–/Kalenderjahr | Fr. 400.–/Kalenderjahr | Fr. 500.–/Kalenderjahr |
| Geburtsvorbereitungskurse (Art. 5, Abs. 2, Ziff. 15) | Fr. 150.–/Schwangerschaft | Fr. 150.–/Schwangerschaft | Fr. 150.–/Schwangerschaft | Fr. 150.–/Schwangerschaft |
| Einmaliges Stillgeld (Art. 5, Abs. 2, Ziff. 16) | Fr. 100.– | Fr. 100.– | Fr. 100.– | Fr. 100.– |
| Ultraschalluntersuchungen (Art. 5, Abs. 2, Ziff. 17) | Fr. 80.–/Schwangerschaft | Fr. 150.–/Schwangerschaft | Fr. 200.–/Schwangerschaft | Fr. 250.–/Schwangerschaft |
| Impfungen (Art. 5, Abs. 2, Ziff. 18) | 90% der Kosten, max. Fr. 100.–/Kalenderjahr | 90% der Kosten, max. Fr. 150.–/Kalenderjahr | 90% der Kosten, max. Fr. 200.–/Kalenderjahr | 90% der Kosten, max. Fr. 250.–/Kalenderjahr |
| Elisa- oder HIV-Test (Art. 5, Abs. 2, Ziff. 19) | Fr. 50.–/Kalenderjahr | Fr. 50.–/Kalenderjahr | Fr. 50.–/Kalenderjahr | Fr. 50.–/Kalenderjahr |
| Freiwillige Sterilisation (Art. 5, Abs. 2, Ziff. 20) | 80% der Kosten, max. Fr. 200.– | 80% der Kosten, max. Fr. 300.– | 80% der Kosten, max. Fr. 400.– | 80% der Kosten, max. Fr. 500.– |
| Unfallbedingte Zahnbehandlungen (Art. 5, Abs. 2, Ziff. 21) | 80% der Kosten, Fr. 3'000.–/Fall | 80% der Kosten, Fr. 4'000.–/Fall | 80% der Kosten, Fr. 6'000.–/Fall | 80% der Kosten, Fr. 8'000.–/Fall |
| Krankheitsbedingte Zahnpflege (Art. 5, Abs. 2, Ziff. 22) | keine Leistungen | 80% der Kosten, max. Fr. 100.– alle 3 Jahre | 80% der Kosten, max. Fr. 150.– alle 3 Jahre | 80% der Kosten, max. Fr. 200.– alle 3 Jahre |
| Transportkosten (Art. 5, Abs. 2, Ziff. 23) | 50% der Kosten, max. Fr. 500.–/Kalenderjahr | 80% der Kosten, max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr | 80% der Kosten, max. Fr. 2'000.–/Kalenderjahr | 80% der Kosten, max. Fr. 2'500.–/Kalenderjahr |
| Kapital pro Kalenderjahr | Fr. 8'000.– | Fr. 10'000.– | Fr. 15'000.– | Fr. 20'000.– |
| Groupe Mutuel Assistance (Art. 5, Abs. 2, Ziff. 24) | Leistungen, welche die obligatorische Pflegeversicherung übersteigen | Leistungen, welche die obligatorische Pflegeversicherung übersteigen | Leistungen, welche die obligatorische Pflegeversicherung übersteigen | Leistungen, welche die obligatorische Pflegeversicherung übersteigen |