

Überblick über die Zusatzversicherungen gemäss VVG



Überblick

Zusatzversicherungen Global

3-4

- GB** Global AMB
- GI** Global classic
- GL** Global, Stufen 1 bis 4
- GM** Global mi-privée
- GP** Global privée
- GX** Global flex
- GC** Global confort, Stufen 1 bis 4
- GF** Global famille
- GT** Global temporis
- GO** Global smart

Heilungskosten-Zusatzversicherungen

5

- SC** Heilungskosten-Zusatzversicherung, Stufen 1 bis 4
- SB** Krankenpflege-Zusatzversicherung mit Bonus
- SA** Krankenpflege-Zusatzversicherung Alterna
- SP** Versicherung Vitalis

Spitalzusatzversicherungen

5-6

- HC** Spitalzusatzversicherung, Stufen 1 bis 4
- HB** Spitalzusatzversicherung H-Bonus
- HS** Hôpital senior, Stufen 1 bis 4
- KH** Kapitalversicherung bei Spitalaufenthalt H-Capital
- BH** Taggeldversicherung bei Spitalaufenthalt

Reiseversicherung und Auslandhilfe

6

- MU** Mundo

Zahnpflegeversicherung

7

- DP** Zahnpflegeversicherung Dentaire plus

Zusatzversicherungen Unfall

7-8

- AB** Acrobat, die Unfallversicherung für Kinder bis 18 Jahre
- AJ** ActiVita, die Unfallversicherung ab 18 Jahren

Taggeldversicherung

8

- PI** Einzel-Taggeldversicherung
- AM** Taggeldversicherung bei Hausarbeitsunfähigkeit Sekunda

Rechtsschutzversicherungen

9-10

- LJ** Legis^{priva}, Privat-Rechtsschutzversicherung
- LJ** Legis^{strada}, Mobilitäts-Rechtsschutzversicherung
- LJ** Legis^{duo}, kombinierte Privat- und Mobilitäts-Rechtsschutzversicherung
- LG** Legis^{sana}, Patienten-Rechtsschutzversicherung

Kapitalversicherungen und Renten

11-12

- ID** ProVista, die Kapitalversicherung bei Invalidität oder Tod infolge Unfalls
- AD** ProVista^{light}, Kapitalversicherung bei Tod infolge Unfalls
- IC** Kapitalversicherung bei Invalidität oder Tod infolge Krankheit oder Unfalls
- IM** SanaVista, die Kapitalversicherung bei Invalidität oder Tod infolge Krankheit
- KP** KidsProtect, Rente für erkrankte Kinder

Wichtige Informationen

13-15

Zusatzversicherungen Global

Risikotragender Versicherer: Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG – Martigny

Die Versicherungskombinationen Global ergänzen die obligatorische Krankenpflegeversicherung optimal und bieten eine umfassende Deckung der Kosten sowohl für Krankenpflege als auch für Spitalaufenthalt.

□ GB Global AMB

- Beitritt möglich für Personen mit einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) beim Krankenversicherer AMB Versicherungen AG
- **zwei Module zur Auswahl:**
 - **Basismodul:** Zugang zu zahlreichen Leistungen wie Spitalaufenthalt in der allgemeinen Abteilung ganze Schweiz, freie Wahl des Arztes ganze Schweiz, nicht kassenpflichtige Medikamente, Transportkosten, Bade- oder Erholungskuren, Brillen, orthodontische und zahnärztliche Behandlungen für Kinder, Hilfe im Ausland, Gesundheitsprävention (Rückenschule, Check-up, jährliche Zahnkontrolle)
 - **Modul «Option Komplementärmedizin»:** Übernahme der Kosten bis max. Fr. 10'000.– pro Jahr für Behandlungen und Medikamente der Komplementärmedizin
- Prämienermässigung von 25% auf das Basismodul und 50% auf das Modul «Option Komplementärmedizin», sofern die vergüteten Leistungen in der Referenzperiode den Maximalbetrag von Fr. 150.– nicht überschreiten (nach Abzug der allfälligen Franchise). Mutterschaftsleistungen werden bei der Bestimmung des Rabattanspruchs nicht angerechnet.
- Familienbonus von 50% auf das Basismodul und das Modul «Option Komplementärmedizin» für Kinder bis 18 Jahre (bzw. 25 Jahre, wenn sie im gleichen Haushalt mit mindestens einem Elternteil leben), sofern mindestens ein Elternteil die OKP beim Versicherer AMB Versicherungen AG abgeschlossen hat. Der Bonus entfällt, wenn diese Bedingungen nicht mehr erfüllt sind.
- Familienbonus von 80% auf das Basismodul und das Modul «Option Komplementärmedizin» für Kinder bis 18 Jahre, sofern mindestens ein Elternteil die OKP und die Zusatzversicherung Global AMB beim Versicherer AMB Versicherungen AG abgeschlossen hat. Der Bonus entfällt, wenn diese Bedingungen nicht mehr erfüllt sind.
- Sind obenerwähnte Bedingungen nicht mehr erfüllt (Kündigung einer Versicherung, die Anspruch auf den Rabatt gibt), erhält der Versicherte keinen Rabatt auf das Produkt GB mehr.
- Franchise von Fr. 230.– bei Leistungen des Moduls «Option Komplementärmedizin» ab dem 1. Januar nach dem Jahr, in dem der Versicherte seinen 18. Geburtstag feierte.

□ GI Global classic

- **zwei Module zur Auswahl:**
 - **Basismodul:** Zugang zu zahlreichen Leistungen wie Spitalaufenthalt in der allgemeinen Abteilung ganze Schweiz, nicht kassenpflichtige Medikamente, Transportkosten, Bade- oder Erholungskuren, Brillen und Kontaktlinsen, Impfungen, Hilfe im Ausland

- **Modul Option «plus»:** Komplementärmedizin, Gesundheitsförderung (Fitness, Rückenschule, Entziehungskuren bei Tabak- und Alkoholsucht), Ernährungsberatungen, zweites ärztliches Gutachten
- Spitalleistungen bei Schwangerschaft und Niederkunft werden erst nach einer Karenzfrist von zwölf Monaten ab Inkrafttreten der Versicherung erbracht
- Familienbonus für Kinder, wenn mindestens ein Elternteil bestimmte Versicherungsprodukte abgeschlossen hat. Der Bonus entfällt, wenn die Bedingungen nicht mehr erfüllt sind oder die versicherte Person das 18. Altersjahr vollendet hat.
- Auf die komplementärmedizinischen Leistungen wird ab dem 1. Januar nach Vollendung des 18. Altersjahrs des Versicherten eine Franchise von Fr. 300.– erhoben.

□ GL Global, Stufen 1 bis 4

- **vier verschiedene Leistungsstufen zur Auswahl:** GL 1, 2, 3 und 4
- Spitalaufenthalt in der allgemeinen Abteilung, ganze Schweiz
- Spitalleistungen bei Schwangerschaft und Niederkunft werden erst nach einer Karenzfrist von zwölf Monaten ab Inkrafttreten der Versicherung erbracht
- Kostenübernahme Komplementärmedizin gemäss Liste, Bade- oder Erholungskuren, nicht kassenpflichtige Medikamente, Brillen und Kontaktlinsen, Transportkosten, Haushaltshilfe, Impfungen, Hilfe im Ausland. Die Kostenübernahme ist in jeder Leistungsstufe begrenzt.
- **zwei Franchisen zur Auswahl:** Fr. 0.– oder Fr. 150.–

□ GM Global mi-privée

- Beitritt bis zum vollendeten 55. Lebensjahr möglich
- Spitalaufenthalt in der halbprivaten Abteilung, ganze Schweiz
- Spitalleistungen bei Schwangerschaft und Niederkunft werden erst nach einer Karenzfrist von zwölf Monaten ab Inkrafttreten der Versicherung erbracht
- Kostenübernahme Komplementärmedizin gemäss Liste, Bade- oder Erholungskuren, nicht kassenpflichtige Medikamente, Brillen und Kontaktlinsen, Transportkosten, Haushaltshilfe, Impfungen, Hilfe im Ausland
- **drei Franchisen zur Auswahl** für Leistungen bei Spitalaufenthalt: Fr. 0.–, Fr. 1'000.– oder Fr. 3'000.–

□ GP Global privée

- Beitritt bis zum vollendeten 55. Lebensjahr möglich
- Spitalaufenthalt in der privaten Abteilung, ganze Schweiz (Erweiterung weltweit möglich, mit eingeschränkter Dauer und begrenztem Leistungsbetrag gemäss den Besonderen Bedingungen)

- Spitalleistungen bei Schwangerschaft und Niederkunft werden erst nach einer Karenzfrist von zwölf Monaten ab Inkrafttreten der Versicherung erbracht
- Kostenübernahme Komplementärmedizin gemäss Liste, Bade- oder Erholungskuren, nicht kassenpflichtige Medikamente, Brillen und Kontaktlinsen, Transportkosten, Haushaltshilfe, Impfungen, Hilfe im Ausland
- drei Franchisen zur Auswahl für Leistungen bei Spitalaufenthalt: Fr. 0.–, Fr. 1'000.– oder Fr. 3'000.–

□ **GX Global flex**

- Beitritt bis zum vollendeten 55. Lebensjahr möglich
- **zwei Module zur Auswahl:**
 - **Basismodul Hospiflex:** Wahl zwischen allgemeiner, halbprivater oder privater Abteilung bei jedem Spitalaufenthalt je nach Art des vorzunehmenden Eingriffs und freie Wahl des Arztes oder des Spezialisten, Kostenbeteiligung des Versicherten gemäss gewählter Abteilung
 - **Zusatzmodul Careflex:** unbegrenzte Deckung für verschiedene Leistungen bei ambulanten Behandlungen (Komplementärmedizin, nicht kassenpflichtige Medikamente, Transportkosten, Bade- oder Erholungskuren) und Gesundheitsprävention (Fitness, Check-up, jährliche Zahnkontrolle)
- **Leistungsausschluss:** bei Mutterschaft

□ **GC Global confort, Stufen 1 bis 4**

- Beitritt bis zum vollendeten 55. Lebensjahr möglich
- **vier verschiedene Leistungsstufen zur Auswahl:** GC 1, 2, 3 und 4
- freie Wahl des Hotelkomforts im Ein- oder Zweibettzimmer, ganze Schweiz (Behandlung entsprechend der allgemeinen Abteilung), gemäss der Liste der unter Vertrag stehenden Spitäler
- Spitalleistungen bei Schwangerschaft und Niederkunft werden erst nach einer Karenzfrist von zwölf Monaten ab Inkrafttreten der Versicherung erbracht
- Kostenübernahme Komplementärmedizin gemäss Liste, Bade- oder Erholungskuren, nicht kassenpflichtige Medikamente, Brillen und Kontaktlinsen, Transportkosten, Haushaltshilfe, Impfungen, Hilfe im Ausland. Die Kostenübernahme ist in jeder Leistungsstufe begrenzt.
- **zwei Franchisen zur Auswahl:** Fr. 0.– oder Fr. 150.–

□ **GF Global famille**

- Versicherungsschutz für die ganze Familie, insbesondere für Leistungen der Komplementärmedizin, Bade- und Erholungskuren, nicht kassenpflichtige Medikamente, Brillen und Kontaktlinsen, Transportkosten, Hilfe im Ausland
- spezielle Leistungen für Kinder (0 bis 18 Jahre) wie Begleitkosten bei Spitalaufenthalt (Baby Care), jährlicher Beitrag für eine sportliche Betätigung oder Auszahlung einer Versicherungssumme bei Invalidität oder Tod des Kindes infolge Unfalls
- Spitalleistungen bei Schwangerschaft und Niederkunft werden erst nach einer Karenzfrist von zwölf Monaten ab Inkrafttreten der Versicherung erbracht
- Prämienermässigung ab dem zweiten Kind

□ **GT Global temporis**

- Möglichkeit zum sofortigen Abschluss einer zeitlich begrenzten Versicherungsdeckung «Global» mit Prämienermässigung und begrenzten Leistungen (in Kombination mit einer Versicherung GL, GM, GP oder GC)
- späterer Beitritt ohne erneute Gesundheitsprüfung möglich

□ **GO Global smart, Stufen 1 bis 3**

- **drei Deckungsstufen zur Auswahl:** GO 1, 2 und 3
- Spitalaufenthalt gemäss gewählter Deckungsstufe in der allgemeinen, halbprivaten oder privaten Abteilung in der ganzen Schweiz
- die Spitalleistungen bei Schwangerschaft und Niederkunft werden erst nach einer Karenzfrist von zwölf Monaten nach Inkrafttreten des Vertrags gewährt
- in allen Deckungsstufen Kostenübernahme Komplementärmedizin gemäss Liste, nicht kassenpflichtige Medikamente, Brillen und Kontaktlinsen, Transportkosten, Haushaltshilfe und Präventivleistungen (Fitness, Check-ups, Impfungen); die Kostenübernahme ist in jeder Deckungsstufe begrenzt
- Stufe 2 und 3: Kostenübernahme bei Zahnbehandlungen sowie Bade- und Rekonvaleszenzkuren in der Schweiz; die Kostenübernahme ist in jeder Deckungsstufe begrenzt
- in allen drei Stufen: Kostenübernahme bei notfallmässigen Behandlungen im Ausland (ambulante und stationäre Behandlungen gemäss KVG, Transportkosten, Repatriierung, Such- und Rettungskosten, Besuch durch ein Familienmitglied) bis maximal Fr. 100'000.–/Jahr
- gegen Prämienzuschlag können Versicherte mit Stufe 3 die Option «Upgrade notfallmässiger Spitalaufenthalt im Ausland» abschliessen; sie garantiert eine zusätzliche Übernahme der Spitalkosten bis zu Fr. 3'000.– pro Tag während maximal 60 Tagen pro Kalenderjahr
- **zwei Franchisen zur Auswahl:** Fr. 0.– oder Fr. 500.– (Versicherte mit Stufe 3 können auch eine Franchise von Fr. 1'000.– wählen)
- Versicherte können den Vertrag nach drei Versicherungsjahren auf das Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auflösen

Heilungskosten-Zusatzversicherungen

Die Heilungskosten-Zusatzversicherungen und Spezialversicherungen bieten Ihnen Zugang zu zahlreichen Leistungen, die nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckt sind.

□ **SC Heilungskosten-Zusatzversicherung, Stufen 1 bis 4**

- › vier verschiedene Leistungsstufen zur Auswahl: SC 1, 2, 3 und 4
- › Zugang zu zahlreichen Leistungen wie nicht kassenpflichtige Medikamente, Komplementärmedizin gemäss Liste, Bade- oder Erholungskuren, Brillen und Kontaktlinsen, Transportkosten, Haushaltshilfe, Impfungen. Die Kostenübernahme ist in jeder Leistungsstufe begrenzt.
- › zwei Franchisen zur Auswahl: Fr. 0.– oder Fr. 50.–

□ **SB Krankenpflege-Zusatzversicherung mit Bonus**

- › Beitritt bis zum vollendeten 60. Lebensjahr möglich
- › flexible Versicherung mit unbegrenzten Leistungen und vorteilhaften Prämienermässigungen dank Bonussystem, berechnet auf dem Leistungsvolumen einer Referenzperiode; die Erhöhung der Prämie ist auf maximal 100% der ordentlichen Prämie begrenzt
- › zahlreiche Leistungen werden unbegrenzt vergütet, wie Komplementärmedizin, nicht kassenpflichtige Medikamente, Transportkosten, Badekuren, freie Arztwahl ganze Schweiz
- › Leistungen zur Gesundheitsprävention: Rückenschule, Fitness, Entziehungskuren bei Tabak- und Alkoholsucht, jährliche Zahnkontrolle
- › wenn keine Leistungen bezogen werden, sind dank des Bonussystems attraktive Prämienermässigungen möglich
- › **Franchise:** Fr. 150.– (Leistungen zur Gesundheitsprävention unterliegen nicht der Franchise)

□ **SA Krankenpflege-Zusatzversicherung Alterna**

- › Kostenübernahme zu 80% für Behandlungen der Komplementärmedizin, die von FMH-Ärzten erbracht werden
- › anerkannte Therapien: Anthroposophische Medizin, Akupunktur, Ätiopathie, Aurikulothérapie, Autogenes Training, Biodynamik, Bioresonanz, Chinesische Medizin, Elektroakupunktur, EMDR (Therapie durch Augenbewegungen), Homöopathie, Magnetfeldtherapie, Medizinische Hypnose, Mesotherapie, Neuraltherapie, Ortho-Bionomie, Osteopathie, Phytotherapie, Rebirthing und Sophrologie
- › Kostenübernahme für Medikamente der Komplementärmedizin, max. Fr. 2'000.–/Jahr
- › Kombinationsrabatt für Personen, die bestimmte Versicherungsprodukte abgeschlossen haben. Der Rabatt entfällt, wenn diese Bedingungen nicht mehr erfüllt sind.

□ **SP Versicherung Vitalis**

- › Beitritt bis zum vollendeten 60. Lebensjahr möglich
- › die Prämie ist für alle Versicherten gleich
- › Kostenübernahme für Leistungen wie Bade- oder Erholungskuren, Haushaltshilfe, Transport- und Rettungskosten, Hilfsmittel, vorbeugende Massnahmen (z. B. Gesundheits-Check-up) und Palliativpflege
- › 10% Beteiligung bei Kosten für Hilfsmittel, Kuren und Gesundheitsprävention

Spitalzusatzversicherungen

Durch die Spitalzusatzversicherungen erhalten Sie zusätzlich zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung einen gewissen Komfort und eine erweiterte Deckung in der Schweiz sowie im Ausland.

□ **HC Spitalzusatzversicherung, Stufen 1 bis 4**

- › Beitritt bis zum vollendeten 60. Lebensjahr möglich
- › vier verschiedene Leistungsstufen: HC 1, 2, 3 und 4:
 - › allgemeine Abteilung ganze Schweiz (Stufe 1)
 - › halbprivate Abteilung ganze Schweiz (Stufe 2)
 - › private Abteilung ganze Schweiz (Stufe 3)

- › private Abteilung weltweit (Stufe 4), mit eingeschränkter Dauer und begrenztem Leistungsbetrag gemäss den besonderen Bedingungen
- › freie Wahl des Spitals
- › Spitalleistungen bei Schwangerschaft und Niederkunft werden erst nach einer Karenzfrist von zwölf Monaten ab Inkrafttreten der Versicherung erbracht
- › drei Wahlfranchisen für die Stufen 2, 3 und 4: Fr. 0.–, Fr. 1'000.– oder Fr. 3'000.–

□ **HB Spitalzusatzversicherung H-Bonus**

- Beitritt bis zum vollendeten 60. Lebensjahr möglich
- Wahl der allgemeinen, halbprivaten oder privaten Abteilung bei Spitaleintritt
- Kostenbeteiligung des Versicherten je nach gewählter Abteilung (allgemeine Abteilung Fr. 0.–, halbprivate Abteilung Fr. 100.– pro Tag, maximal 30 Tage pro Kalenderjahr, private Abteilung Fr. 200.– pro Tag, maximal 20 Tage pro Kalenderjahr)
- Spitalleistungen bei Schwangerschaft und Niederkunft werden erst nach einer Karenzzeit von 12 Monaten ab Inkrafttreten der Versicherung erbracht
- Bonussystem mit zwei Prämienstufen: 80% und 100%. Bei Abschluss der Versicherung beträgt die Prämie 80% der ordentlichen Prämie. Bei einem Spitalaufenthalt in der privaten oder halbprivaten Abteilung steigt die Prämie im Kalenderjahr nach der Referenzperiode auf 100%. Diese Prämie gilt während drei Jahren.

□ **HS Hôpital senior, Stufen 1 bis 4**

- Zusatzversicherung bei Spitalaufenthalt für Personen im Alter von über 55 Jahren, kein Höchstalter
- die Prämie, für Männer und Frauen identisch, wird nach einem progressiven Index, der aufgrund des Alters des Versicherten variiert, festgesetzt. Bis zum 55. Altersjahr beträgt der Index 100 und steigt pro Lebensjahr um 7 Punkte. Ausschlaggebend ist das im Verlauf des Kalenderjahres erreichte Alter.
- **vier verschiedene Leistungsstufen zur Auswahl:**
HS 1, 2, 3 und 4:
 - Hotelkomfort im Zweibettzimmer, Behandlung entsprechend der allgemeinen Abteilung in einem unter Vertrag stehenden Spital (Stufe 1)
 - Hotelkomfort im Einbettzimmer, Behandlung entsprechend der allgemeinen Abteilung in einem unter Vertrag stehenden Spital (Stufe 2)
 - Zweibettzimmer, Behandlung in der halbprivaten Abteilung (Stufe 3)
 - Einbettzimmer, Behandlung in der privaten Abteilung (Stufe 4)

- während des ersten Versicherungsjahres (zwölf Monate) gewährt der Versicherer nur Spitalaufenthaltsleistungen in der allgemeinen Abteilung in der ganzen Schweiz. Nach Ablauf dieses ersten Jahres tritt der Leistungsanspruch der Versicherung Hôpital senior gemäss der vom Versicherten gewählten Stufe in Kraft.
- **drei Wahlfranchisen für die Stufen 3 und 4:**
Fr. 0.–, Fr. 2'000.– oder Fr. 5'000.–

□ **KH Kapitalversicherung bei Spitalaufenthalt H-Capital**

- **neun verschiedene jährliche Versicherungssummen** zur Auswahl, um wirtschaftliche Folgen zu decken, die bei einem akuten stationären Spitalaufenthalt von mehr als 24 Stunden entstehen, z. B. Haushaltshilfe oder Kinderbetreuung
Folgende jährliche, im Voraus vereinbarte Versicherungssummen stehen zur Auswahl:
 - Fr. 300.– ➤ Fr. 500.– ➤ Fr. 600.–
 - Fr. 900.– ➤ Fr. 1'000.– ➤ Fr. 1'200.–
 - Fr. 1'500.– ➤ Fr. 2'000.– ➤ Fr. 2'500.–
- **Leistungsausschluss:** Mutterschaft, ambulante Behandlungen, Spitalaufenthalt bei Behandlungen, die vom KVG nicht anerkannt werden, teilstationäre Spitalaufenthalte und Aufenthalte, die ausschliesslich dem UVG, IVG oder MVG unterstehen

□ **BH Taggeldversicherung bei Spitalaufenthalt**

- Beitritt bis zum vollendeten 60. Lebensjahr möglich
- Sicherheit bei finanziellen Schwierigkeiten, die durch einen Spitalaufenthalt entstehen können
- die Leistungen können bis zu Fr. 200.–/Tag betragen
- Leistungsbegrenzung bei Spitalaufenthalt (90 Tage/Jahr)
- der Anspruch auf Versicherungsleistungen beginnt nach einer Karenzzeit von sechs Monaten; bei Mutterschaft wird das Taggeld erst nach einer Versicherungsdauer von zwölf Monaten ausgerichtet
- der Leistungsanspruch erlischt nach der Auszahlung von 360 Taggeldern innert vier Kalenderjahren und die Versicherungsdeckung endet

Reiseversicherung und Auslandhilfe

In Notfällen verfügen Sie über weltweiten Versicherungsschutz für Krankheit und Unfall.

□ **MU Versicherung Mundo**

- weltweiter Versicherungsschutz bei Krankheit und Unfall
- Übernahme der Kosten bis max. Fr. 100'000.–/Jahr wie z. B. für ambulante Behandlungen und Spitalaufenthalte, medizinisch notwendige Transporte, Repatriierungs-, Such- und Rettungskosten
- **Leistungsausschluss:** freiwillige Behandlungen im Ausland, Krankheiten, die zum Zeitpunkt der Abreise ins Ausland be-

- reits behandelt werden und noch nicht geheilt sind, Leiden, die unter Vorbehalt stehen, psychische Leiden und persönliche Auslagen (Getränke, Telefongespräche u. a.)
- Kombinationsrabatt für Personen, die bestimmte Versicherungsprodukte abgeschlossen haben. Der Rabatt entfällt, sobald diese Bedingungen nicht mehr erfüllt sind.

Zahnpflegeversicherung

Durch die Zahnpflegeversicherung sind die Behandlungskosten beim Zahnarzt und Kieferorthopäden gedeckt.

□ DP Zahnpflegeversicherung Dentaire plus

› vier verschiedene Leistungsstufen zur Auswahl:

- DP0, 1, 2 und 3
- › Beitritt zur Stufe 0 bis 18 Jahre möglich, bis zum vollendeten 60. Lebensjahr für die Stufen 1 bis 3
- › **Dentaire plus-Kids (DP0):** nur Kieferorthopädie-Kosten, zu 75% vergütet, max. Fr. 15'000.–/Jahr (Stufe 0)
- › **DP1 bis DP3:** Zahnpflegekosten, inkl. Kieferorthopädie, Beitrag von Fr. 75.– an prophylaktische Kontrollen und Laborkosten:
 - › DP1: 75% des gemäss UVG-Tarif fakturierten Betrags, max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr (Stufe 1)
 - › DP2: 75% des gemäss UVG-Tarif fakturierten Betrags, max. Fr. 3'000.–/Kalenderjahr (Stufe 2)
 - › DP3: 75% des gemäss UVG-Tarif fakturierten Betrags, max. Fr. 15'000.–/Kalenderjahr (Stufe 3)
- › In allen Stufen werden die Leistungen erst nach einer Karenzfrist von drei Monaten ab Inkrafttreten der Versicherung erbracht, Leistungen für prothetische Behandlungen nach zwölf Monaten. Der Leistungsanspruch infolge eines Unfalls beginnt sofort.

- › **Leistungsausschluss:** für die zum Zeitpunkt der Aufnahme fehlenden oder bereits ersetzten Zähne, zahnärztliche Behandlungen aufgrund eines Unfalls vor Beitritt, bereits beim Beitritt geplante Behandlungen sowie Behandlungen, für die das UVG, das IVG, das MVG oder ein Dritter leistungspflichtig sind
- › Per 1. Januar nach dem Jahr, in dem ein Versicherter mit Stufe 0 seinen 18. Geburtstag feiert, wird er automatisch von Stufe 0 in Stufe 1 übertragen, sofern er nicht bereits in einer Stufe 1, 2 oder 3 gedeckt ist. Ein allfälliger Familienbonus entfällt. Der Versicherte kann den Übertrag schriftlich innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der neuen Police ablehnen.

Zusatzversicherungen Unfall

Zusätzlich zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung und den Versicherungen für Invalidität und Unfall bieten wir Versicherungsdeckungen, die auf jede Ihrer Lebensphasen zugeschnitten sind.

□ AB Acrobat, die Unfallversicherung für Kinder bis 18 Jahre

- › Beitritt bis zum vollendeten 18. Lebensjahr möglich
- › für Versicherte bis 18 Jahre ist die Prämie in allen Deckungsstufen gleich
- › **drei Deckungsstufen zur Auswahl, weltweit gültig:**
 - › **Acrobat^{eco}:** Spitalaufenthalt in der privaten Abteilung in der ganzen Schweiz, freie Wahl des Spezialisten, Kosten für Nachholunterricht, ästhetische Chirurgie, Haushaltshilfe, Transport-, Such- und Rettungskosten
 - › **Acrobat^{light}:** ambulante Behandlungen und Spitalaufenthalt in der allgemeinen Abteilung schweizweit, Kapitalauszahlungen bei Invalidität (bis Fr. 700'000.–) oder Todesfall (Fr. 10'000.–), Kosten für Nachholunterricht, ästhetische Chirurgie, Haushaltshilfe, Transport-, Such- und Rettungskosten

- › **Acrobat^{standard}:** Spitalaufenthalt in der privaten Abteilung in der ganzen Schweiz, freie Wahl des Spezialisten, Kapitalauszahlungen bei Spitalaufenthalt (Fr. 500.–), Invalidität (bis Fr. 700'000.–) oder Todesfall (Fr. 10'000.–), Groupe Mutuel Assistance bei Notfällen in der Schweiz und im Ausland, Kosten für Nachholunterricht, ästhetische Chirurgie, Haushaltshilfe, Transport-, Such- und Rettungskosten
- › Versicherte mit Stufen Acrobat^{light} und Acrobat^{standard} werden per 1. Januar des Jahres nach Erreichen des 18. Altersjahrs automatisch in die Versicherung ProVista (ID) mit der gleichen Versicherungssumme übertragen. Versicherte mit Stufe Acrobat^{eco} werden per 1. Januar des Jahres nach Erreichen des 18. Altersjahres automatisch in die Versicherung ActiVita (AJ) übertragen.

□ **AJ ActiVita, die Unfallversicherung ab 18 Jahren**

- Beitritt bis zum vollendeten 60. Lebensjahr möglich
- **in der Schweiz und im Ausland:** stationäre Behandlungen in der privaten Abteilung, freie Wahl des Spezialisten, Kosten für Suche, Rettung und Notfalltransporte, Repatriierung, telefonische Rechtshilfe rund um die Uhr

- **in der Schweiz:** stationäre Rehabilitationsbehandlungen, Transportkosten zur medizinischen Behandlung (Fr. 1'500.–/Fall), ästhetische Chirurgie (Fr. 60'000.–/Fall), Hausüberwachungsdienst (Fr. 1'500.–/Fall), Vergütung eines Sportabonnements (Fr. 500.–/Fall)
- **Leistungsausschluss:** berufliche und sportliche Aktivitäten und Wagnisse im Sinn des UVG

Taggeldversicherung

Bei Krankheit, Unfall oder Spitalaufenthalt sichert Sie die Taggeldversicherung gegen die wirtschaftlichen Folgen eines unerwarteten Erwerbsausfalls ab.

□ **PI Einzel-Taggeldversicherung**

- Beitritt möglich vom vollendeten 15. Lebensjahr bis zum vollendeten 55. Lebensjahr
- das Ablaufdatum des Vertrags ist auf den 31. Dezember eines Kalenderjahres festgelegt und auf der Police angegeben
- der Vertrag kann unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres per eingeschriebenen Brief gekündigt werden sowie aufgrund der in Artikel 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgezählten Gründe
- attraktive Deckung der Risiken Krankheit und/oder Unfall, insbesondere für Selbstständigerwerbende
- Krankentaggeld bis zu Fr. 600.–/Tag
- Leistungsdauer während 365, 730 oder 1'095 Kalendertagen
- verschiedene Wartezeiten zur Auswahl
- interessante Prämienermässigungen
- eine vollständige oder teilweise Erwerbsunfähigkeit muss dem Versicherer innert 15 Tagen ab Beginn der Arbeitsunterbrechung und mit einem Arztzeugnis gemeldet werden
- **Leistungsausschluss** für alle Fälle gemäss Artikel 9, Absatz 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

□ **AM Taggeldversicherung bei Hausarbeitsunfähigkeit Sekunda**

- Beitritt möglich ab dem vollendeten 18. Altersjahr und bis zum vollendeten 55.
- Auszahlung einer Taggeldentschädigung bei Hausarbeitsunfähigkeit (HAU) infolge Unfalls; die Risiken Krankheit und Mutterschaft sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen
- Taggeld bis zu Fr. 50.–/Tag
- Auszahlung der Leistung bei ärztlich bestätigter HAU; liegt der Grad der HAU unter 25%, besteht kein Leistungsanspruch
- Wartezeit von 15 Tagen
- Auszahlung der Leistungen während höchstens 365 Tagen für eine oder mehrere HAU
- neben der Auflösung gemäss den Allgemeinen Bedingungen endet der Vertrag am Ende des Monats, in dem der Versicherte 65 Jahre alt wird, und/oder wenn die Leistungsdauer ausgeschöpft ist.

Rechtsschutzversicherungen

Risikotragender Versicherer:

Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG – Martigny

Abwicklung der Schadenfälle:

Dextra Rechtsschutz AG – Zürich

□ LJ Privat- Rechtsschutzversicherung Legis^{priva}

- › Beitritt möglich für alle natürlichen Personen mit Wohnsitz in der Schweiz
- › verschiedene örtliche Geltungsbereiche je nach versicherten Risiken, zuständigem Gerichtsstand und anwendbarem Recht, nämlich Schweiz, EU/EWR und Europa
- › der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherten, bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland, bei Kündigung des Versicherungsvertrags durch die versicherte Person oder der GMA AG
- › der Versicherte und die GMA AG können nach jedem Schadenfall vom Vertrag zurücktreten
- › **Familienbonus** für Kinder unter 25 und zusätzliche Personen, die im gleichen Haushalt mit einer erwachsenen Person wohnen, die ebenfalls die Versicherung Legis^{priva} abgeschlossen hat
- › Rechtsassistance von der Dextra Rechtsschutz AG und Kostenübernahme bis Fr. 250'000.– pro Versicherungsfall gemäss der abschliessenden Liste der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Art. 12), insbesondere: Anwaltskosten, Expertisenkosten und Fahrspesen bei gerichtlicher Vorladung wenn höher als Fr. 100.–
- › Wartefrist von 3 Monaten ohne Kostenübernahme von Leistungen für Streitigkeiten aus Verträgen, dem Eigentumsrecht und dem Nachbarrecht sowie für Rechtsberatungen zu Personenrecht, Familienrecht (ohne Scheidungsrecht), Erbrecht. Die Wartefrist entfällt bei Vorliegen einer Vorversicherung desselben Risikos bei einem anderen Versicherer und zeitlich nahtlosem Übergang.
- › Beschränkung des Einschreitens des Rechtsdienstes der Dextra Rechtsschutz AG für Fälle mit Streitwert unter Fr. 2'000.–. Liegt der Streitwert unter Fr. 2'000.–, besteht der Versicherungsschutz für externe Leistungen, falls der Versicherte gerichtlich belangt und die Gegenpartei dabei durch einen Anwalt vertreten wird.
- › **versicherte Eigenschaften:** insbesondere als Privatperson, Berufsausübender in unselbstständiger Stellung, Mieter, Vertragspartei
- › **versicherte Risiken:** Schadenersatzrecht, Versicherungsrecht, Arbeitsvertrag (als Arbeitnehmer, bis zu einem Streitwert von Fr. 100'000.–, darüber hinaus erfolgt die Kostenübernahme proportional gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen), Mietvertrag (als Mieter), Werkvertrag (versichertes Gebäude, wenn eine offizielle Bewilligung notwendig ist, bis zur Gesamtbausumme von Fr. 100'000.–), Konsumenten- und Vertragsrecht (gemäss abschliessender Aufzählung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, insbesondere Kauf/Verkauf, Miete, Leasing, Sofortkredit, Kreditkarte, Pauschalreisen), Straf- und Verwaltungsrecht (Verteidigung

des Versicherten in gegen ihn selbst gerichteten Straf- und Verwaltungsstrafverfahren wegen fahrlässig begangener Straftaten), Eigentums- und Sachenrecht (Streitigkeiten des Versicherten als Immobilieneigentümer in Bezug auf im Grundbuch eingetragene aktive und passive Dienstbarkeiten sowie Grundlasten, Grenzstreitigkeiten bezogen auf das versicherte Gebäude), Stockwerkeigentumsrecht (Streitigkeiten über die Aufteilung der gemeinsamen Kosten zwischen den Miteigentümern), Nachbarrecht (Streitigkeiten zivilrechtlicher Natur des Eigentümers gemäss abschliessender Aufzählung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen), Personenrecht, Familienrecht (ohne Scheidungsrecht), Erbrecht (Beschränkung auf Fr. 500.– pro Streitigkeit)

- › **nicht versicherte Risiken und Kosten, Einschränkungen und Ausschlüsse:** Einschränkungen und Ausschlüsse: gemäss detaillierter Beschreibung in Artikel 18 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Die üblichsten Ausschlüsse sind: Streitigkeiten des Versicherten in der Eigenschaft als Arbeitgeber, Patient, Käufer, Eigentümer, Entleiher, Mieter, Halter oder Lenker von Motorfahrzeugen, Streitigkeiten der versicherten Person im Zusammenhang mit Erwerb/Veräusserung (Verkauf und Tausch, Schenkung u. a.) von Gebäuden und Grundstücken, Grundpfand, Bauhandwerkerpfandrecht, selbstständige Erwerbstätigkeit des Versicherten, Inkasso von Forderungen, Abwehr von Haftpflichtansprüchen, die an den Versicherten durch Dritte gestellt werden, Streitigkeiten, die dem Versicherten als Beteiligter an Raufereien oder Schlägereien entstehen, Streitigkeiten des Versicherten im Zusammenhang mit der Begehung von Verbrechen und anderen vorsätzlichen Vergehen sowie der Versuch dazu, Streitigkeiten im Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen, Aufruhr, Streiks, Unruhen aller Art, Erdbeben, Vulkanausbrüchen, anderen Naturkatastrophen sowie der Veränderung der Atomstruktur. Die Versicherung deckt keine Schäden, die der Versicherte erlitten hat und Kosten zulasten einer Drittperson oder Haftpflichtversicherung sowie Bussen, zu denen der Versicherte verurteilt wurde. Es bestehen Einschränkungen der Versicherungsdeckung, insbesondere hinsichtlich Streitigkeiten bezüglich Nachbarrecht.

□ LJ Mobilitäts- Rechtsschutzversicherung Legis^{strada}

- › Beitritt möglich für alle natürlichen Personen mit Wohnsitz in der Schweiz
- › verschiedene örtliche Geltungsbereiche je nach versicherten Risiken, zuständigem Gerichtsstand und anwendbarem Recht, nämlich Schweiz, EU/EWR und Europa
- › der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherten, bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland, bei Kündigung des Versicherungsvertrags durch die versicherte Person oder der GMA AG

- der Versicherte und die GMA AG können nach jedem Schadenfall vom Vertrag zurücktreten
- **Familienbonus** für Kinder unter 25 und zusätzliche Personen, die im gleichen Haushalt mit einer erwachsenen Person wohnen, die ebenfalls die Versicherung Legis^{strada} abgeschlossen hat
- Rechtsschutz von Dextra Rechtsschutz AG und Kostenübernahme bis Fr. 250'000.– pro Versicherungsfall gemäss der abschliessenden Liste der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Art. 12), insbesondere Anwaltskosten, Expertisenkosten, Fahrspesen bei gerichtlicher Vorladung wenn höher als Fr. 100.–
- Beschränkung des Einschreitens des Rechtsdienstes der Dextra Rechtsschutz AG für Fälle mit Streitwert unter Fr. 2'000.–. Liegt der Streitwert unter Fr. 2'000.–, besteht der Rechtsschutz für externe Leistungen, falls der Versicherte gerichtlich belangt und die Gegenpartei dabei durch einen Anwalt vertreten wird.
- **Wartefrist** drei Monate ohne Kostenübernahme von Leistungen für Streitigkeiten aus Verträgen. Die Wartefrist entfällt bei Vorliegen einer Vorversicherung desselben Risikos bei einem anderen Versicherer und zeitlich nahtlosem Übergang.
- **versicherte Eigenschaften:** insbesondere ermächtigt der Lenker jedes beliebigen Fahrzeugs im Strassenverkehr, Eigentümer, Halter der auf ihren Namen für den Strassenverkehr zugelassenen Fahrzeuge, Fussgänger, Radfahrer, Reiter auf öffentlichem Boden, einschliesslich Benützung von Rollschuhen, Rollbrettern und Trottinette, Passagiere irgendeines Transportmittels, Inhaber eines Führerausweises für Fahrzeuge im Strassenverkehr
- **versicherte Risiken:** Straf- und Verwaltungsrecht (insbesondere für Straf- und Verwaltungsstrafverfahren wegen fahrlässig begangenen Widerhandlungen gegen die Gesetzgebung über den Strassenverkehr, Verwaltungsverfahren bezüglich des Führerausweises), Schadenersatzrecht, Versicherungsrecht, Vertragsrecht bezüglich auf den Namen der versicherten Person zugelassene Fahrzeuge (gemäss folgender abschliessender Liste: Kauf/Verkauf, Leasing, Reparatur/Unterhalt, Entlehnung, Leihe)
- **nicht versicherte Risiken und Kosten, Einschränkungen und Ausschlüsse:** gemäss detaillierter Beschreibung in den Artikeln 13, 14 und 20 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Die häufigsten Ausschlüsse sind: Streitigkeiten aus Verträgen, die der Versicherte gewerbsmässig getätigt hat, die Verteidigung des Versicherten als Lenker eines Fahrzeugs, wenn er zur Zeit des Ereignisses den erforderlichen Führerausweis nicht besass, die Abwehr von Haftpflichtansprüchen, die an den Versicherten durch Dritte gestellt werden, Streitigkeiten in Verbindung mit einer aktiven Teilnahme an Rennen und anderen Wettfahrten aller Art mit Motorfahrzeugen, Streitigkeiten, die dem Versicherten als Beteiligter an Raufereien oder Schlägereien entstehen, Streitigkeiten des Versicherten im Zusammenhang mit der Begehung von Verbrechen und anderen vorsätzlichen Vergehen sowie der Versuch dazu, Streitigkeiten im Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen, Aufruhr, Streiks, Unruhen aller Art, Erdbeben, Vulkanausbrüchen, anderen Naturkatastrophen sowie der Veränderung der Atomstruktur. Die Versicherung deckt keine Schäden, die der Versicherte erlitten hat und Kosten zulasten einer Drittperson oder Haftpflichtversicherung sowie Bussen, zu denen der Versicherte verurteilt wurde, Kosten für Blutanalysen oder ähnliche Analysen sowie medizinische Untersuchungen, die im

Rahmen einer strafrechtlichen Massnahme oder durch eine Verwaltungsbehörde angeordnet wurden sowie die Kosten im Zusammenhang mit von Verwaltungsbehörden angeordneter Verkehrserziehung.

□ **LJ Kombinierte Privat- und Mobilitäts-Rechtsschutzversicherung Legis^{duo}**

- Beitritt möglich für alle natürlichen Personen mit Wohnsitz in der Schweiz
- Legis^{duo} kombiniert die Leistungen der Produkte Legis^{priva} und Legis^{strada} zu den produktspezifischen Versicherungsbedingungen

□ **LG Patienten-Rechtsschutzversicherung Legis^{sana}**

- Beitritt möglich für alle natürlichen Personen mit Wohnsitz in der Schweiz
- der Vertrag endet beim Tod des Versicherten, beim Verlegen des Wohnsitzes ins Ausland, bei der Kündigung durch die versicherte Person
- die Prämie ist einheitlich für die Versicherten von 0 bis 18 Jahren und von 19 bis 99 Jahren
- Rechtsschutz der Dextra Rechtsschutz AG und Kostenübernahme bis Fr. 300'000.– pro Versicherungsfall für rechtliche Vorgehen bei Diagnose- und Behandlungsfehlern, insbesondere Kosten für Anwälte und andere Rechtsbeistände, Expertisenkosten, Gerichts- und Verfahrenskosten
- **Leistungsausschluss:** psychische oder psychotherapeutische Behandlungen sowie die Anfechtung von Honoraren oder Rechnungen, Schadenersatz und Zinsen, Kosten zulasten eines haftpflichtigen Dritten oder seines Versicherers und Kosten zulasten des Haftpflichtversicherers des Versicherten

Kapitalversicherung und Rente

Risikotragende Versicherer: Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG – Martigny,
für die Versicherungen ProVista (ID), ProVista^{light} (AD) und KidsProtect (KP)

Groupe Mutuel Leben GMV AG – Martigny, für die Kapitalversicherung bei Invalidität
oder Tod infolge Krankheit oder Unfalls (IC) und die Versicherung SanaVista (IM)

Durch die Auszahlung eines Kapitals oder einer Rente schützen Sie Ihre Familie und sorgen für die finanziellen Folgen einer unfall- oder krankheitsbedingten Invalidität oder eines Todesfalls vor.

ID ProVista AD ProVista^{light} Kapitalversicherungen bei Invalidität und/oder Todesfall infolge Unfalls

- zwei Deckungsstufen zur Auswahl:
 - ProVista: Kapital bei Invalidität oder Tod infolge Unfalls
 - ProVista^{light}: Kapital bei Tod infolge Unfalls
- Beitritt bis zum vollendeten 65. Lebensjahr möglich
- die Prämien werden nach Altersgruppe und versichertem Kapitalbetrag abgestuft
- freie Wahl zwischen unterschiedlich kombinierbaren Versicherungssummen bis max. Fr. 200'000.– bei Tod und Fr. 400'000.– bei einer unfallbedingten Invalidität (im Verhältnis zum Invaliditätsgrad progressiv bis zu 350%)
- für Kinder beträgt das Höchstkapital bei Tod:
 - Fr. 2'500.– für Kinder bis zwei Jahre und sechs Monate
 - Fr. 20'000.– für Kinder ab zwei Jahren und sechs Monaten bis 12 Jahre
- die Versicherungssummen werden per 1. Januar nach dem vollendeten 70. Altersjahr gekürzt (Fr. 10'000.– im Todesfall und Fr. 30'000.– im Invaliditätsfall)

IC Kapitalversicherung bei Invalidität oder Tod infolge Krankheit oder Unfalls

- zwei Versicherungsdeckungen zur Auswahl:
 - Krankheit und Unfall oder
 - nur Krankheit
- Beitritt möglich vom vollendeten 15. Lebensjahr bis zum vollendeten 55. Lebensjahr
- Auflösung des Vertrags durch den Versicherten jederzeit auf Ende eines Monats möglich
- Ende der Versicherung: spätestens am Ende des Monats, in dem die versicherte Person das 65. Altersjahr (Männer) oder das 62. Altersjahr (Frauen) erreicht
- Schutz vor den wirtschaftlichen Folgen von Invalidität oder Tod infolge Krankheit oder Unfalls
- Auszahlung einer Versicherungssumme von max. Fr. 200'000.–, beispielsweise für den Erwerb von kostspieligen Einrichtungen und Ausrüstungen oder professionelle Hilfe
- Leistungsausschluss, wenn der Versicherungsnehmer oder der Anspruchsberechtigte den Schadenfall absichtlich herbeigeführt hat

IM SanaVista, die Kapitalversicherung bei Invalidität oder Tod infolge Krankheit

- verschiedene Versicherungssummen zur Auswahl zur Deckung der wirtschaftlichen Folgen von Invalidität oder Tod infolge Krankheit
- Versicherte können den Vertrag nach 5 Versicherungsjahren auf das Ende eines Kalenderjahres auflösen
- Ende der Versicherung: spätestens am Ende des Monats, in dem die versicherte Person das 65. Altersjahr (Männer) oder das 62. Altersjahr (Frauen) erreicht

KidsProtect unterstützt Familien mit krebserkrankten Kindern finanziell.
Die Eltern erhalten ab Behandlungsbeginn eine Monatsrente.

□ KP KidsProtect, Rente für erkrankte Kinder

- Beitritt bis 17 Jahre möglich für alle in der Schweiz wohnhaften Personen, die nicht an einer Krebserkrankung leiden oder gelitten haben
- Fr. 4'000.– Monatsrente (während maximal 15 Monaten innerhalb von 60 Monaten) bei Krebserkrankung des versicherten Kindes
- Rente wird nur überwiesen, wenn sich das Kind Behandlungen gemäss der Definition in den Besonderen Versicherungsbedingungen (Art. 2) unterzieht
- freie Verwendung der Rente, ohne Verpflichtungen und Rechtfertigung
- Einheitsprämie unabhängig von Alter und Geschlecht des Kindes
- keine Franchise
- **Karenzfrist:** Versicherungsdeckung beginnt drei Monate nach dem in der Versicherungspolice festgelegten Inkrafttreten der Versicherung
- **Ausschlüsse:** insbesondere für Krebserkrankungen, die bereits vor Vertragsabschluss aufgetreten sind oder ärztlich diagnostiziert wurden, oder in den ersten drei Monaten nach Vertragsabschluss auftreten oder ärztlich diagnostiziert werden, sowie für Krebserkrankungen bei einem HIV-positiven Versicherten
- Versicherungsvertrag und Leistungsanspruch enden am Ende des Kalenderjahres, in dem der Versicherte das 17. Lebensjahr erreicht, ausser bei laufenden Schadenfällen; 60 Monate nach der Krebsdiagnose oder bei Erschöpfung des Leistungsanspruchs, je nachdem, welcher Fall eher eintritt

Wichtige Informationen

Nachfolgende Informationen umfassen nur die wichtigsten Punkte. Andere Rechte und Pflichten sind in den Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen und im VVG aufgezählt.

Versicherungsantrag

Die Unterzeichnung des Versicherungsantrags ist keine Offertenanfrage, sondern eine formelle Erklärung an den Versicherer, eine oder mehrere Zusatzversicherungen abschliessen zu wollen. Der Antragsteller bleibt gemäss Artikel 1 VVG an den Antrag gebunden.

Es steht dem Versicherer frei, den Antrag anzunehmen, ihn abzulehnen oder Vorbehalte anzubringen.

Für jedes Versicherungsprodukt mit eigenen besonderen Bedingungen wird ein individueller, separater Vertrag erstellt.

Mindestvertragsdauer

Die Mindestvertragsdauer der Zusatzversicherungen gemäss VVG beträgt fünf Jahre, mit Ausnahme der Versicherung Global smart, die eine Mindestvertragsdauer von 3 Jahren hat, der Produkte Alterna, Mundo und Legis^{sana}, für welche die Mindestvertragsdauer ein Jahr beträgt, der Versicherungen Legis^{priva}, Legis^{strada} und Legis^{duo}, deren Mindestvertragsdauer nach Wahl bei fünf oder acht Jahren liegt, und der Einzeltaggeldversicherung PI, bei der das Ablaufdatum des Vertrags in der Police aufgeführt ist.

Wird der Vertrag nicht auf Ende der Mindestvertragsdauer gekündigt, verlängert er sich stillschweigend um ein weiteres Jahr.

Ende des Versicherungsvertrags

Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag kündigen:

- auf das Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten, jedoch frühestens auf das Ende der Mindestvertragsdauer (Ausnahmen: PI, IC und GO)

- nach jedem Schadenfall, für den der Versicherer eine Leistung erbringen muss, spätestens zehn Tage, nachdem er von der Auszahlung der Entschädigung Kenntnis erhalten hat. Der Versicherungsschutz erlischt 14 Tage nach Eintreffen der Kündigung beim Versicherer.
- bei Erhöhung der Prämien, innert einer Frist von 30 Tagen nach Erhalt der neuen Police oder Mitteilung der Erhöhung
- bei Verletzung der Informationspflicht durch den Versicherer gemäss VVG Artikel 3a

Der Versicherer kann den Vertrag kündigen:

- bei Verschweigen wichtiger Informationen oder bei unrichtigen Angaben (Falschaussage/Verletzung der Anzeigepflicht)
- bei den Produkten Legis^{priva}, Legis^{strada} und Legis^{duo} kann der Versicherer spätestens bei Zahlung des Schadenfalls vom Vertrag zurücktreten

Der Versicherungsvertrag sowie der Anspruch auf Leistungen erlöschen insbesondere:

- mit dem Tod des Versicherten
- 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

Aufnahmebedingungen

Die Aufnahme in eine Versicherung kann verweigert oder gewissen Bedingungen unterstellt werden (z. B. bereits bestehende Erkrankungen, medizinische Untersuchung, Alter zum Zeitpunkt des Antrags).

Prämien

Die Prämien werden nach Geschlecht, Region und Altersgruppe abgestuft. Es gelten folgende Altersklassen: 0 bis 18 Jahre, 19 bis 25 Jahre und ab dem 26. bis zum 70. Altersjahr Abstufungen von jeweils fünf Jahren. Die 71- bis 99-Jährigen bilden eine einheitliche Altersklasse.

Der Versicherte, der während des Jahres das Höchstalter seiner Altersgruppe erreicht, wird auf Beginn des nächsten Kalenderjahres automatisch in die nächsthöhere Altersklasse übertragen. Wie die Versicherungen Mundo, Legis und Dentaire plus sehen einige Produkte eine andere Tarifstruktur vor.

Der Betrag der Prämien für die ausgewählten Produkte wird im Versicherungsantrag, in der Offerte und in der Versicherungspolice festgelegt. Kann die Prämie vor dem Inkrafttreten der Versicherung noch ändern, wird dies in der Police erwähnt.

Werden Familienboni gewährt, entfallen diese und die normale Prämie wird fällig, sobald die auf Seite 3 des vorliegenden Dokuments erwähnten Bedingungen für den Familienbonus nicht mehr erfüllt sind.

Pflichten des Versicherten

Schadenminderungspflicht

Bei Krankheit oder Unfall hat der Versicherte sich so schnell wie möglich einer geeigneten medizinischen Behandlung zu unterziehen. Der Versicherte wird angehalten, sich an die Anweisungen des Arztes zu halten und Handlungen zu vermeiden, die zu einer Verschlechterung seines Gesundheitszustandes beitragen könnten.

Der Versicherte hat sich vor jeder Behandlung zu informieren, ob die gewählte Therapie, der Leistungserbringer und die Einrichtung, in der er sich behandeln lassen wird, vom Versicherer anerkannt sind. Jeder freiwillige Wechsel der Therapieform oder des Therapeuten im Lauf der Behandlung bedarf der vorgängigen Bewilligung des Versicherers. Dafür stellt der Versicherer je nach gewählter Versicherung eine Liste zur Verfügung mit Hilfsmitteln, Therapeuten, Einrichtungen mit Vereinbarungen, Institutionen, Sportclubs und Vereinen, Organisationen, Partnern, Beratungsstellen und Ernährungskursen u. a., die er anerkennt.

Anzeigepflicht – Fristen

- Der Versicherer muss innert fünf Tagen über den Eintritt in ein Spital oder in eine Klinik informiert werden. Die Meldung hat vor dem Eintritt zu erfolgen, wenn eine Kostengutsprache verlangt wird.
- Das Gesuch um Zustimmung für Bade- oder Erholungskuren und die ärztliche Kurverordnung muss dem Versicherer spätestens 20 Tage vor Kurantritt eingereicht werden.
- Der Versicherte oder der Anspruchsberechtigte müssen den Versicherer so schnell wie möglich, jedoch innert zehn Tagen über allfällige Unfälle informieren.
- Der Tod der versicherten Person muss dem Versicherer vom Anspruchsberechtigten innert 30 Tagen mitgeteilt werden.
- Bei den Produkten Legis^{priva}, Legis^{strada}, Legis^{duo} und Legis^{sana} muss der Schadenfall der Dextra Rechtsschutz AG so schnell wie möglich gemeldet werden.

Zusammenarbeitspflicht

Der Versicherte muss den Versicherer vollständig und ehrlich über den Versicherungsfall (Krankheit, Unfall, Mutterschaft, Rechtsfall)

sowie über frühere Erkrankungen und Unfälle informieren.

Der Versicherer ist berechtigt, zu diesem Zweck eigene Nachforschungen anzustellen und Informationen von Drittpersonen einzuholen. Insbesondere ermächtigt der Versicherte 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.

Zahlung der Prämien, Franchise und Selbstbehalte

Die Prämien sind vom Versicherten jährlich im Voraus zu bezahlen, Franchise und Selbstbehalte innert 30 Tagen ab Rechnungsstellung. Gegen Prämienzuschlag kann eine andere Vereinbarung getroffen werden. Bei Nichtentrichten nach Versand einer Mahnung kann der Versicherer den Leistungsanspruch einstellen. Der Versicherte hat während der Einstellung der Leistungspflicht kein Anrecht auf Leistungen, auch wenn die Prämien in der Folge weiterhin bezahlt werden.

Beginn des Vertrags und der Versicherungsdeckung

Der Versicherungsvertrag ist abgeschlossen, wenn der Versicherer dem Antragsteller seine Annahme des Versicherungsantrags mitgeteilt hat.

Die Versicherungsdeckung beginnt am in der Versicherungspolice bestätigten Datum für das Inkrafttreten des Vertrags.

Die in den Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen festgehaltenen Warte- und Karenzfristen bleiben vorbehalten.

Warte- und Karenzfristen

Gewisse Leistungen werden erst nach Ablauf einer Wartefrist, die bei Eintreten des Versicherungsfalls mit Anspruch auf Versicherungsleistungen beginnt, übernommen.

Gewisse Leistungen werden erst nach Ablauf einer Karenzfrist, die ab dem Inkrafttreten des Vertrags beginnt, übernommen.

Deckungsänderung

Der Antrag auf Deckungserhöhung (zum Beispiel Senkung der Franchise oder Erhöhung des versicherten Kapitals) innerhalb desselben Produkts gilt als Antrag auf einen neuen Vertrag im Sinn von VVG Artikel 1.

Der Versicherer behält sich das Recht vor, den Antrag zu den Bedingungen und innerhalb der Fristen von VVG Artikel 1 anzunehmen oder abzulehnen. Insbesondere beginnen die Mindestdauer und die Wartezeiten erneut zu laufen und es gehen keine Rechte des alten Vertrags auf den neuen über.

Umfang der Versicherungsdeckung

Die Höhe, der Prozentsatz, die zeitliche Begrenzung sowie die Bedingungen der Leistungserbringung (z. B. auf ärztliche Verordnung) sind in den Besonderen Bedingungen für jedes Produkt einzeln beschriebenen, insbesondere in den zusammenfassenden Leistungstabellen.

Die Spitalversicherungen gewähren nur Leistungen, wenn die medizinische Einrichtung vom Versicherer anerkannt ist. Für Spitalaufenthalte in nicht anerkannten Einrichtungen können die Leistungen eingeschränkt oder sogar abgelehnt werden. Die ent-

sprechenden Bedingungen sind in den Besonderen Bedingungen für jedes Produkt beschrieben. In jedem Fall ist der Versicherte verpflichtet, sich vor einem Spitalaufenthalt zu erkundigen, ob die Einrichtung vom Versicherer anerkannt ist.

Leistungsbegrenzungen finden insbesondere bei den Produkten GB, GI, GL, GM, GP, GX, GC, GF, HC, HB, HS und AJ Anwendung, entweder für Aufenthalte in einer psychiatrischen Einrichtung oder für stationäre Rehabilitationen oder für Notfallbehandlungen im Ausland.

In Allgemeinspitälern sind die Leistungen der Versicherungen GM, GP, GC, HC und HS auf 90 Tage begrenzt. Bei der Versicherung GO sind die Leistungen für Versicherte in der halbprivaten oder privaten Abteilung auf 180 Tage begrenzt.

Für Verträge der Versicherungen Legis^{sana}, Legis^{priva}, Legis^{strada}, und Legis^{duo} gelten Beschränkungen bei Summen und Gebühren. Ausserdem sind spezielle Streitwerte sowie Beschränkungen des örtlichen Geltungsbereichs für die Versicherungen Legis^{sana}, Legis^{priva}, Legis^{strada} und Legis^{duo} vorgesehen.

Durch die Groupe Mutuel anerkannte Leistungserbringer, Kureinrichtungen und Gesundheitsförderungsmassnahmen

Links und Kriterien stehen auf der Website des Versicherers zur Verfügung oder werden auf Anfrage des Versicherungsnehmers oder einer versicherten Person abgegeben.

Die Links und Kriterien umfassen folgende Bereiche:

- Komplementärmedizin
- nicht ärztliche Psychotherapeuten / unabhängige Psychologen
- Erholungskuren
- Badekuren
- Entziehungskuren bei Alkohol- und Tabakabhängigkeit
- Fitness
- Rückenschule

Die Kostenübernahme für Leistungen ist abhängig vom abgeschlossenen Produkt und von der gewählten Leistungsstufe. Der Versicherer kann die Links und Kriterien für die Anerkennung jederzeit ändern.

Dem Versicherungsnehmer steht durch solche Anpassungen kein Kündigungsrecht zu.

Leistungsausschlüsse

Keine Versicherungsdeckung besteht für:

- Krankheiten, Unfälle und ihre Folgen, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses oder nach Erlöschen des Versicherungsvertrags bereits bestanden
- Krankheiten, Unfälle und ihre Folgen, die sich aufgrund des Verhaltens des Versicherten ereignen, wie beispielsweise Selbstmordversuch, Selbstverstümmelung, Alkoholsucht und andere Suchterkrankungen, Medikamentenmissbrauch, Geschlechtsumwandlung, Wagnisse und Teilnahme an Schlägereien und Raufereien
- Folgen von kriegerischen Ereignissen im Ausland, ausser wenn die Erkrankung oder der Unfall innert 15 Tagen nach erstmaligem Auftreten der kriegerischen Ereignisse in dem Land eintritt, in dem sich der Versicherte aufhält, und er von deren Ausbruch überrascht worden ist
- andere Ausschlüsse in Zusammenhang mit spezifischen Produkten

Die Ausschlüsse sind in den Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen abschliessend aufgezählt.

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

Vermittler der Groupe Mutuel

Die durch die Groupe Mutuel zugelassenen Vermittler sind im Besitz einer Akkreditierungskarte, die sie Ihnen bei jedem Kontakt vorweisen.

Datenschutz

Persönliche und sensible Daten

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

Gesetzliche Grundlage

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

Zweckbestimmung

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

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

Sicherheit

Bei der Bearbeitung von Personendaten und im Hinblick auf die mit der Bearbeitung verbundenen Risiken verpflichten sich die Groupe Mutuel, ihre Versicherungsvermittler und andere Beauftragte (z. B. ein Rückversicherer), alle erforderlichen Massnahmen zu treffen, um die Datenschutzbestimmungen einzuhalten. Diese Bestimmungen umfassen insbesondere die technischen, physischen und organisatorischen Massnahmen, die erforderlich sind, um die Sicherheit von Personendaten zu gewährleisten und deren Änderung, Beschädigung oder Zugriff durch unbefugte Dritte zu verhindern.

Datenübertragung

Die Daten werden vertraulich behandelt und können an Dritte (z. B. Versicherungsvermittler, Rückversicherer, Ärzte, Begünstigte, IV-Stellen und Sozialversicherungsträger des Wohnsitzlandes der versicherten Person) weitergegeben werden, auch ins Ausland. Diese Weitergabe erfolgt auf der Grundlage von gesetzlichen Verpflichtungen, von Gerichtsentscheiden, der allgemeinen Versicherungsbedingungen oder der Zustimmung der betroffenen Personen. Die Zustimmung muss ausdrücklich erfolgen, wenn es sich um sensible Daten handelt. Wenn die Datenverarbeitung einem Unter-, Outsourcing- oder Kooperationsvertrag mit Dritten unterliegt, verpflichten sich diese im Rahmen ihres Vertragsverhältnisses mit der Groupe Mutuel, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen einzuhalten. Die Groupe Mutuel wählt Unterauftragnehmer mit den erforderlichen Garantien aus. Die Daten, die den Versicherungsvermittlern anvertraut werden, werden erfasst und der Groupe Mutuel für die Bearbeitung der Versicherungsanträge und für die administrative und finanzielle Koordination zwischen dem Versicherungsvermittler und der Groupe Mutuel weitergegeben. Letztere ist nicht verantwortlich für die Bearbeitung von Personendaten, welche die betroffenen Personen möglicherweise Dritten genehmigt haben oder die unabhängig von der Groupe Mutuel erfolgt sind.

Es obliegt den betroffenen Personen, sich auf die Datenschutzrichtlinien dieser Dritten zu beziehen, um die Bedingungen der durchgeführten Bearbeitungen zu überprüfen oder ihre Rechte in Bezug auf diese Bearbeitungen auszuüben.

Erstellung von Nutzerprofilen

Während der vertraglichen Beziehung zwischen der betroffenen Person und der Groupe Mutuel ist es möglich, dass für die betroffene Person ein Nutzerprofil erstellt wird, damit der Versicherer ihr Dienstleistungen und Produkte anbieten kann, die ihren Erwartungen, ihrem Profil und ihren Bedürfnissen entsprechen.

Die Modalitäten der Profilerstellung sind in der entsprechenden Datenschutzrichtlinie präzisiert. Für die oben genannten Zwecke können weitere Arten der Profilerstellung eingesetzt werden.

Aufbewahrungsdauer

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

Zugriffsrechte und Recht auf Korrektur

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

Data Protection Officer

Die Groupe Mutuel hat einen Data Protection Officer ernannt, der unter folgender Adresse kontaktiert werden kann:

dataprotection@groupemutuel.ch.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf der Webseite der Groupe Mutuel:

www.groupemutuel.ch.

Versicherungsprodukte, die Ihren Anforderungen gerecht werden

Die Groupe Mutuel vereint mehrere unabhängige Gesellschaften, die in den Bereichen Kranken- und Unfallversicherung, Lebensversicherung, Vermögensversicherungen und Unternehmensversicherungen (Krankentaggeld, Unfallversicherung, berufliche Vorsorge und Krankenzusatzversicherung) tätig sind. Erfahren Sie mehr über unser breites Angebot an Versicherungsprodukten.

Unverbindliche, individuelle Beratung

Montag bis Freitag, 8.00 bis 12.00 Uhr und 13.30 bis 17.00 Uhr



Groupe Mutuel

Gesundheit[®] Leben[®] Vermögen[®] Unternehmen[®]

AMB Versicherungen AG

Route de Verbier 13 – CH-1934 Le Châble – Tel. 058 758 60 70 – www.amb-assurances.ch



Avenir Krankenversicherung AG – Easy Sana Krankenversicherung AG – Mutuel Krankenversicherung AG – Philos Krankenversicherung AG – SUPRA-1846 SA – AMB Versicherungen AG
Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG – Mutuel Versicherungen AG – Groupe Mutuel Leben GMV AG
Von der Groupe Mutuel verwaltete Stiftungen: Groupe Mutuel Vorsorge-GMP – Mutuelle Neuchâteloise Krankenversicherung