groupemutuel

Besondere Bedingungen der Versicherung Global GEM

GGGA01-A3 – Ausgabe 01.06.2021 (mit Nachtrag vom 01.01.2024)

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Zweck der Versicherung	**Art. 8**	Leistungsanspruch
Art. 2	Gedeckte Risiken	**Art. 9**	Franchise
Art. 3	Aufnahmebedingungen	**Art. 10**	Prämien
Art. 4	Besondere Bestimmungen	**Art. 11**	Austritt aus dem Kreis der Versicherten des kollektiven Versicherungsprogramms GEM und Auflösung der Rahmenvereinbarung
Art. 5	Aufrechterhalten und Ende der Deckung bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland	**Art. 12**	Datenschutz
Art. 6	Auflösung des Versicherungsvertrags		
Art. 7	Versicherte Leistungen		

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

Art. 1 Zweck der Versicherung

1. Zweck dieser Versicherung ist es, den Versicherten im Zusammenhang mit der Rahmenvereinbarung, die zwischen der «Groupement des Entreprises Multinationales» (GEM) und dem Versicherer abgeschlossen wurde, die spezifischen Leistungen in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) auszurichten.
2. Den Personen, die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) unterstellt waren und ihre Versicherungsdeckung gemäss Artikel 7a der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) durch den Abschluss einer freiwilligen Krankenpflegeversicherung gemäss Versicherungsvertragsgesetz (VVG) beibehalten haben, werden die Leistungen der Versicherung Global GEM als Ergänzung zu der genannten Versicherung ausgerichtet.
3. Die Versicherung umfasst vier Deckungsstufen:
   - Stufe 1 Light (Ambulante Behandlungen, Spitalaufenthalt in der allgemeinen Abteilung)
   - Stufe 1 (Ambulante Behandlungen, Spitalaufenthalt in der allgemeinen Abteilung, Zahnbehandlungen)
   - Stufe 2 (Ambulante Behandlungen, Spitalaufenthalt in der halbprivaten Abteilung, Zahnbehandlungen)
   - Stufe 3 (Ambulante Behandlungen, Spitalaufenthalt in der privaten Abteilung, Zahnbehandlungen)

Art. 2 Gedeckte Risiken

Die Leistungen werden bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft ausgerichtet. Der Versicherungsnehmer kann die Unfalldeckung ausschliessen.

Art. 3 Aufnahmebedingungen

Die zwischen der GEM und dem Versicherer abgeschlossene Rahmenvereinbarung bestimmt den Kreis der versicherbaren Personen und die anwendbaren Aufnahmebedingungen für die verschiedenen Kategorien von Antragstellern je nach gewählter Deckungsstufe durch den Versicherten.

Art. 4 Besondere Bestimmungen

In Abweichung von den Artikeln 7 und 8 der vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen können spezifische Regeln hinsichtlich der vorgesehenen Karenzfristen bei Mutterschafts- oder Zahnpflegeleistungen angewendet werden, bei Mitarbeitern ausländischer oder schweizerischer Nationalität, die vom Arbeitgeber in die Schweiz entsandt oder in der Schweiz angestellt wurden, oder bei Mitarbeitern ausländischer oder schweizerischer Nationalität, die vom Arbeitgeber ins Ausland entsandt wurden, und deren Familienmitgliedern.

Art. 5 Aufrechterhalten und Ende der Deckung bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland

1. Personen, die während der Vertragslaufzeit ihren Wohnsitz ins Ausland verlegen, können die Versicherung Global GEM ohne Erhöhung der Versicherungsdeckung beibehalten, wenn sie weiterhin der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG gemäss dem Personenfreizügigkeitsabkommen EU/EFTA oder anderen internationalen Sozialversicherungsabkommen unterstehen, oder über eine Versicherungsdeckung nach Artikel 1 Absatz 2 der vorliegenden Versicherungsbedingungen verfügen.

2. In Abweichung von Artikel 14 Buchstabe d der AVZ ist in diesem Fall keine Vereinbarung mit dem Versicherer notwendig.
3. Der im Ausland wohnhafte Versicherte muss den Versicherer schriftlich innerhalb von 30 Tagen informieren, wenn er die in Artikel 5 Absatz 1 genannten Kriterien der vorliegenden Versicherungsbedingungen nicht mehr erfüllt. Bei Nichterfüllen dieser Pflicht muss der Versicherte dem Versicherer allfällige Leistungen rückerstatten, die ab dem Datum, ab dem die zuvor genannten Kriterien nicht mehr erfüllt sind, ausgerichtet wurden.

Art. 6 Auflösung des Versicherungsvertrags

In Abweichung von Artikel 13 Absatz 2 der AVZ kann der Versicherte den Versicherungsvertrag nach drei Versicherungsjahren und danach jährlich auf das Ende eines Kalenderjahres, unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat und unter Vorbehalt der Bestimmungen von Artikel 11 Absatz 8 der Besonderen Versicherungsbedingungen, kündigen.

Art. 7 Versicherte Leistungen

1. In der Schweiz

	Kostenübernahme	**Beschreibung**
Spitalaufenthalt (inklusive Niederkunft)	Allgemeine Abteilung (Stufe 1 Light und Stufe 1) Halbprivate Abteilung (Stufe 2) Private Abteilung (Stufe 3)	– Freie Wahl in der Schweiz gemäss gewählter Stufe einer Spitaleinrichtung für allgemeine oder psychiatrische Pflege bei Akutkrankheiten. – Übernahme der laut KVG anerkannten Behandlungskosten, Spitalaufenthaltskosten und Arzthonorare gemäss der Tarifvereinbarung mit dem Versicherer oder der kantonalen Tarifordnung. – Die Spitaleinrichtungen müssen im Sinn des KVG anerkannt sein (Listenspitäler) oder einen Tarifvertrag mit der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG für die entsprechenden Abteilungen abgeschlossen haben. – Nach 180 Tagen Spitalaufenthalt innerhalb eines Kalenderjahres werden keine Leistungen für Spitalaufenthalte mehr bezahlt. – Der Versicherte ist verpflichtet, sich zu erkundigen, ob die für die Behandlung gewählte Spitaleinrichtung, Abteilung der Spitaleinrichtung oder Klinik vom Versicherer anerkannt ist.
Limitierte und nicht kassenpflichtige Medikamente	90%	– Von einem Arzt oder einem gemäss KVG anerkannten Leistungserbringer verordnete Medikamente, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen werden. – Ausgenommen: Liste pharmazeutischer Präparate für spezielle Verwendung (LPPV).
Alternativmedizin	75%	– Kostenübernahme der Therapien gemäss unten stehender Liste (Punkt 7.3 Liste der Therapien), die von einem diplomierten Arzt oder einem vom Versicherer anerkannten Naturheilpraktiker erbracht werden. – Vor jeder Behandlung ist der Versicherte verpflichtet, sich zu erkundigen, ob der Therapeut, von dem sich der Versicherte behandeln lassen wird, für die vorgesehene Therapie vom Versicherer anerkannt ist.
Erholungskuren und Badekuren	90%, max. Fr. 1000.– pro Kalenderjahr	– Kosten für die Behandlung und Unterkunft bei Erholungs- und Badekuren in vom Versicherer anerkannten Einrichtungen. – Ein Bewilligungsgesuch und die ärztliche Kurverordnung müssen spätestens 20 Tage vor Kurantritt beim Versicherer eingereicht werden. Andernfalls besteht kein Anspruch auf Leistungen.
Brillen und Kontaktlinsen	– Kinder bis 18 Jahre, Fr. 200.– pro Jahr – Erwachsene ab 19 Jahre, Fr. 500.– alle fünf Jahre	– Kostenübernahme der Brillenfassung, Gläser oder Kontaktlinsen.
Refraktive Chirurgie	90%, max. Fr. 800.– alle drei Jahre	– Die Beteiligung an den Kosten für refraktive Chirurgie wird zusätzlich zu den Kosten für Brillen oder Kontaktlinsen übernommen.
Hilfsmittel	90%, max. Fr. 1000.– pro Kalenderjahr	– Kostenübernahme bei Miete und Kauf von orthopädischen Geräten und Hilfsmitteln (ausgenommen Zahnprothesen) gemäss der Liste des Versicherers.
Geburtszulage	Fr. 300.–	– Der Beitrag wird entrichtet, unabhängig davon, ob es sich um eine einzige oder mehrere Geburten handelt.
Geburtsvorbereitungskurse	Fr. 150.–	– Kurse zur Vorbereitung auf die Geburt oder zur Schmerzerleichterung bei der Geburt, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden.
Impfungen	90%, max. Fr. 500.– pro Kalenderjahr	– Übernahme der Kosten für Impfungen, die in der Schweiz medizinisch vorgeschrieben sind (nicht in der Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV enthalten), sowie für diejenigen, die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) vor einer Auslandreise empfohlen werden.

	Kostenübernahme	Beschreibung
Transport-, Such- und Rettungskosten	100%, unbegrenzt (Transporte) 90%, max. Fr. 75 000.– pro Kalenderjahr (Suche und Rettung)	– Bis zur nächstgelegenen Spitaleinrichtung oder zum nächsten Arzt, sofern diese Transporte medizinisch notwendig sind. – Dieser Betrag wird nur gewährt bei Transport mit Krankenwagen, Helikopter oder bei einer Rettungs- und Suchaktion. Die Kosten der öffentlichen Verkehrsmittel (Bahn, Bus) sind ebenfalls gedeckt, sofern der Transport für eine ambulante Behandlung notwendig ist und dadurch ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann.
Psychotherapie	90%, max. Fr. 1200.– pro Kalenderjahr	– Kostenübernahme bei ärztlich verordneten Behandlungen, die von nichtärztlichen Psychotherapeuten oder selbstständigen Psychologen durchgeführt werden.
Groupe Mutuel Assistance	Gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Groupe Mutuel Assistance	– Umfasst die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Groupe Mutuel Assistance vorgesehenen Leistungen (Repatriierung und Transport bei einem Schadenfall ausserhalb eines Umkreises von 20 Kilometern ab Wohnort des Versicherten). – In Abweichung von Artikel 21 Buchstabe c der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Groupe Mutuel Assistance verzichtet der Versicherer auf einen Leistungsausschluss bei Rekonvaleszenzen sowie Leiden, die noch behandelt werden und noch nicht geheilt sind, und Rückfällen vorgängig zugezogener Krankheiten, welche die Gefahr einer Verschlimmerung mit sich führen.
Begleitkosten bei Spitalaufenthalt	90%, max. Fr. 700.– pro Kalenderjahr	– Kostenübernahme eines zusätzlichen Spitalbetts für ein Familienmitglied, wenn diese Massnahme medizinisch begründet ist.
Haushaltshilfe und Unterbringungskosten	90%, max. Fr. 3000.– pro Kalenderjahr	– Kosten für die medizinisch notwendige Anstellung einer Familienhilfe, die einer amtlichen Stelle angehört und in Vertretung des Versicherten die täglichen Hausarbeiten erledigt. Alle anderen Kosten sind davon ausgenommen (Grundreinigung u. a.). – Kosten für die vorübergehende Unterbringung von Familienmitgliedern, die im gleichen Haushalt wohnen wie der Versicherte, wenn dieser aus medizinischen Gründen hospitalisiert werden muss. Die vorübergehende Unterbringung von Familienmitgliedern muss über eine amtliche Stelle erfolgen. – Der Versicherte ist verpflichtet, vorab die Zustimmung des Versicherers einzuholen.
Freiwillige Sterilisation	90%, max. Fr. 500.–	– Übernahme der Kosten des Eingriffs.
Logopädie	90%, max. Fr. 500.– pro Kalenderjahr	– Kostenübernahme für logopädische Behandlungen, die gemäss KVG nicht anerkannt sind, jedoch von einem Arzt verschrieben und von einem anerkannten Logopäden durchgeführt werden.
Zahnärztliche Behandlungen	75%, max. Fr. 5000.– pro Kalenderjahr (Keine Leistung für die Stufe 1 Light)	1. Folgende Kosten werden übernommen: – zahnärztliche Behandlungen, die von einem diplomierten Zahnarzt erbracht werden – jährliche prophylaktische Zahnkontrolle – dentofaziale Orthopädie – Kronen, Brücken und Prothesen – Laborkosten 2. Karenzfristen: – 3 Monate für krankheitsbedingte zahnärztliche Behandlungen – 12 Monate für krankheitsbedingte prothetische Massnahmen (Zahnersatz, Anbringen von Kronen, Stiftzähnen, Brücken, Teil- oder Vollprothesen u. a.) 3. Der offizielle UVG-Tarif (Nomenklatur und Taxpunktwert) ist massgebend für die Berechnung der übernommenen Leistungen. Der mögliche Aufschlag darf 50% nicht überschreiten.

2. Im Ausland
   1. Die nachstehenden Leistungen werden weltweit (ausgenommen Schweiz) bei Behandlungen übernommen, die nicht durch schweizerische oder ausländische Sozialversicherungen oder andere Privatversicherungen gedeckt sind.
   2. Die versicherten Leistungen entsprechen den in der Schweiz bei ähnlichen Gesundheitsproblemen vergüteten Leistungen.
   3. Für geplante, freiwillige Behandlungen ausserhalb der EU/EFTA/UK muss der Versicherte dem Versicherer eine schriftliche Anfrage vorlegen. Die Kosten werden nur mit vorherigem Einverständnis des Versicherers erstattet. Der Versicherer kann einen detaillierten Kostenvoranschlag verlangen.
   4. Die nachfolgenden Leistungen werden nur übernommen, wenn sie von Personen oder Institutionen mit der von ausländischen sozialen Einrichtungen verlangten Ausbildung, Anerkennung und Erlaubnis durchgeführt werden.
   5. Spitalaufenthalte und andere kostspielige Behandlungen, für die der Leistungserbringer eine Kostengutsprache verlangt, müssen der Groupe Mutuel Assistance mit dem Formular «Gesuch um Kostengutsprache» vorher gemeldet werden. Andernfalls besteht kein Anspruch auf Leistungen. Notfälle müssen der Groupe Mutuel Assistance umgehend gemeldet werden.
   6. Zahlung der Leistungen
      Wenn mehrere Familienmitglieder gleichzeitig krank werden oder verunfallen, muss vom Arzt, Spital, Apotheker u. a. für jeden Versicherten eine separate Rechnung verlangt werden.
      Damit die Kosten rückvergütet werden, muss der Versicherte sämtliche nötigen Belege abgeben (Rechnungen im Original oder gescannt, Arztzeugnisse, Verordnungen etc.). Der Versicherer behält sich das Recht vor, Originaldokumente und Zahlungsbelege zu verlangen. Als Wechselkurs für ausländische Rechnungen gilt der offizielle Währungskurs des Schweizer Frankens am letzten Tag der Behandlung.
      Der Versicherer berücksichtigt die im Behandlungsland

oder in der Region üblichen geltenden Tarife. Er behält sich das Recht vor, eine überhöhte Rechnung zu reduzieren.

7. Besondere Bedingungen gelten für im Ausland wohnhafte Personen, die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG unterstellt bleiben, oder für Personen, die sich für die Aufrechterhaltung ihres Versicherungsschutzes gemäss Artikel 7a der KVV durch den Abschluss einer freiwilligen Krankenpflegeversicherung nach VVG entschieden haben.
   In Abweichung von Artikel 7 Ziffer 2.3 der Besonderen Versicherungsbedingungen wird für freiwillige, geplante Spitalbehandlungen ausserhalb der EU/EFTA/UK keine vorherige Zustimmung des Versicherers benötigt.

	Kostenübernahme	**Beschreibung**
Spitalaufenthalt (inklusive Niederkunft)	Zimmer mit mehr als zwei Betten (Stufe 1 Light und Stufe 1) Zweibettzimmer (Stufe 2) Einbettzimmer (Stufe 3)	– Freie Wahl gemäss gewählter Stufe einer Spitaleinrichtung für allgemeine oder psychiatrische Pflege bei Akutkrankheiten. – Übernahme der vom KVG anerkannten Behandlungskosten, Spitalaufenthaltskosten und Arzthonorare. – Die Einrichtungen müssen im Land, in dem die Behandlung stattfindet, von den zuständigen Gesundheitsbehörden anerkannt sein. – Nach 180 Tagen Spitalaufenthalt innerhalb eines Kalenderjahres werden keine Leistungen für Spitalaufenthalte mehr bezahlt. – Der Versicherte ist verpflichtet, sich beim Versicherer zu erkundigen, ob die Einrichtung, die Abteilung der Einrichtung oder die Klinik zu den von den zuständigen Behörden anerkannten Einrichtungen gehört im Land, in dem die Behandlung stattfindet.
Ambulante Behandlungen	90%	– Untersuchungen, Analysen, Röntgen und anerkannte Medikamente.
Gesetzliche Kostenbeteiligungen	100%	– Übernahme von ausländischen gesetzlichen Kostenbeteiligungen für eine ambulante oder stationäre Behandlung unter Anwendung des Personenfreizügigkeitsabkommens EU/EFTA oder anderen internationalen Sozialversicherungsabkommen.
Alternativmedizin	75%	– Kostenübernahme der Therapien gemäss unten stehender Liste (Punkt 7.3 Liste der Therapien), die von einem diplomierten Arzt oder einem vom Versicherer anerkannten Naturheilpraktiker erbracht werden. – Der Versicherte ist verpflichtet, vor jeder Behandlung die Zustimmung des Versicherers einzuholen. Um die Leistungspflicht abzuschätzen, stützt sich der Versicherer auf die in der Schweiz anwendbaren Kriterien.
Erholungskuren und Badekuren	90%, max. Fr. 1000.– pro Kalenderjahr	– Kosten für die Behandlung und Unterkunft bei Erholungs- und Badekuren in vom Versicherer anerkannten Einrichtungen, gestützt auf die entsprechenden, in der Schweiz anwendbaren Kriterien. – Ein Bewilligungsgesuch und die ärztliche Kurverordnung müssen spätestens 20 Tage vor Kurantritt beim Versicherer eingereicht werden. Andernfalls besteht kein Anspruch auf Leistungen.
Brillen, Kontaktlinsen	– Kinder bis 18 Jahre, Fr. 200.– pro Jahr – Erwachsene ab 19 Jahre, Fr. 500.– alle fünf Jahre	– Kostenübernahme der Brillenfassung, Gläser oder Kontaktlinsen.
Refraktive Chirurgie	90%, max. Fr. 800.– alle drei Jahre	– Die Beteiligung an den Kosten für refraktive Chirurgie wird zusätzlich zu den Kosten für Brillen oder Kontaktlinsen übernommen.
Hilfsmittel	90%, max. Fr. 1000.– pro Kalenderjahr	– Kostenübernahme bei Miete und Kauf von orthopädischen Geräten und Hilfsmitteln (ausgenommen Zahnprothesen). – Um die Anerkennung von Leistungserbringern abzuschätzen, stützt sich der Versicherer auf entsprechende, in der Schweiz anwendbare Kriterien.
Geburtszulage	Fr. 300.–	– Der Beitrag wird entrichtet, unabhängig davon, ob es sich um eine einzige oder mehrere Geburten handelt.
Geburtsvorbereitungskurse	Fr. 150.–	– Kurse zur Vorbereitung auf die Geburt oder zur Schmerzerleichterung bei der Geburt, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden.
Transport-, Such- und Rettungskosten	100%, unbegrenzt (Transporte) 90%, max. Fr. 75 000.– pro Kalenderjahr (Suche und Rettung)	– Bis zur nächstgelegenen Spitaleinrichtung oder zum nächsten Arzt, sofern diese Transporte medizinisch notwendig sind. – Dieser Betrag wird nur gewährt bei Transport mit Krankenwagen, Helikopter oder bei einer Rettungs- und Suchaktion. Die Kosten der öffentlichen Verkehrsmittel (Bahn, Bus) sind ebenfalls gedeckt, sofern der Transport für eine ambulante Behandlung notwendig ist und dadurch ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann.
Impfungen	90%, max. Fr. 500.– pro Kalenderjahr	– Übernahme der Kosten für Impfungen, die in der Schweiz medizinisch vorgeschrieben sind (nicht in der Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV enthalten), sowie für diejenigen, die von den zuständigen Gesundheitsbehörden empfohlen werden.
Psychotherapie	90%, max. Fr. 1200.– pro Kalenderjahr	– Kostenübernahme bei ärztlich verordneten Behandlungen, die von nichtärztlichen Psychotherapeuten oder selbstständigen Psychologen durchgeführt werden.

	Kostenübernahme	Beschreibung
Groupe Mutuel Assistance	Gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Groupe Mutuel Assistance	– Umfasst die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Groupe Mutuel Assistance vorgesehenen Leistungen. – In Abweichung von Artikel 4 Absatz 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Groupe Mutuel Assistance besteht keine Einschränkung für Auslandreisen oder -aufenthalte, die länger als 60 aufeinanderfolgende Tage dauern. – In Abweichung von Artikel 21 Buchstabe c der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Groupe Mutuel Assistance verzichtet der Versicherer auf einen Leistungsausschluss bei Rekonvaleszenzen sowie Leiden, die noch behandelt werden und noch nicht geheilt sind, und Rückfällen vorgängig zugezogener Krankheiten, welche die Gefahr einer Verschlimmerung mit sich führen.
Begleitkosten bei Spitalaufenthalt	90%, max. Fr. 700.– pro Kalenderjahr	– Kostenübernahme eines zusätzlichen Spitalbetts für ein Familienmitglied, wenn diese Massnahme medizinisch begründet ist.
Haushaltshilfe und Unterbringungskosten	90%, max. Fr. 3000.– pro Kalenderjahr	– Kosten für die medizinisch notwendige Anstellung einer Familienhilfe, die einer amtlichen Stelle angehört und in Vertretung des Versicherten die täglichen Hausarbeiten erledigt. Alle anderen Kosten sind davon ausgenommen (Grundreinigung etc.). – Kosten für die vorübergehende Unterbringung von Familienmitgliedern, die im gleichen Haushalt wohnen wie der Versicherte, wenn dieser aus medizinischen Gründen hospitalisiert werden muss. Die vorübergehende Unterbringung von Familienmitgliedern muss über eine amtliche Stelle erfolgen. – Der Versicherte ist verpflichtet, vorab die Zustimmung des Versicherers einzuholen.
Freiwillige Sterilisation	90%, max. Fr. 500.–	– Übernahme der Kosten des Eingriffs.
Logopädie	90%, max. Fr. 500.– pro Kalenderjahr	– Kostenübernahme für logopädische Behandlungen, die gemäss KVG nicht anerkannt sind, jedoch von einem Arzt verschrieben und von einem anerkannten Logopäden durchgeführt werden.
Zahnärztliche Behandlungen	75%, max. Fr. 5000.– pro Kalenderjahr (Keine Leistung für die Stufe 1 Light)	1. Es werden folgende Kosten übernommen: – zahnärztliche Behandlungen, die von einem diplomierten Zahnarzt erbracht werden – jährliche prophylaktische Zahnkontrolle – dentofaziale Orthopädie – Kronen, Brücken und Prothesen – Laborkosten 2. Karenzfristen: – 3 Monate für krankheitsbedingte zahnärztliche Behandlungen – 12 Monate für krankheitsbedingte prothetische Massnahmen (Zahnersatz, Anbringen von Kronen, Stiftzähnen, Brücken, Teil- oder Vollprothesen u. a.) 3. Der offizielle UVG-Tarif (Nomenklatur und Taxpunktwert) ist massgebend für die Berechnung der übernommenen Leistungen. Der mögliche Aufschlag darf 50% nicht überschreiten.

3. Liste der alternativmedizinischen Therapien

Naturheilverfahren	Manuelle Therapien	Weitere Therapien
Akupunktur	Akupressur	Biodynamik
Aromatherapie	Lymphdrainage	Eurythmie
Aurikulotherapie	Etiopathie	Rebirthing
Bioresonanz	Fasciatherapie	Sophrologie
Biotherapie	Haltungstherapie	Tomatis-Methode
Chromotherapie	Kinesiologie	
Ernährungsberatung	Massagen	
Elektroakupunktur	Anthroposophische Medizin	
Geobiologie	Mesotherapie	
Heilkräuter	Metamorphose	
Homöopathie	Orthobionomie	
Iridologie	Osteopathie	
Darmspülung	Polarity	
Lasertherapie	Wiederherstellung des energetischen	
Magnetismus	Gleichgewichts	
Magnetotherapie	Reflexologie	
Moratherapie	Reiki	
Naturheilverfahren	Rolfing	
Sauerstofftherapie	Shiatsu	
Phytotherapie	Trager	
Sympathikotherapie	Autogenes Training	
Schröpfen		

Art. 8 Leistungsanspruch

Die Leistungen werden entsprechend den Behandlungsdaten angerechnet.
Die in der Schweiz und die im Ausland versicherten Leistungen sind nicht kumulierbar.
In Abweichung von Artikel 17 Absatz 4 der AVZ können Versicherte dem Versicherer auf Wunsch in Ausnahmefällen eine Zahlungsadresse im Ausland angeben.
Die nach Anspruchsende anfallenden Kosten (bei zeitlich oder betragsmässig begrenzten Leistungen) können nicht auf das Folgejahr übertragen werden.
Wenn eine ärztliche oder alternativmedizinische Behandlung nicht mehr medizinisch indiziert ist oder keine therapeutische Verbesserung bewirkt, informiert der Versicherer den Versicherten über die Reduktion oder das Ende der Auszahlung von Leistungen. Im Umfang der in den vorliegenden Versicherungsbedingungen vorgesehenen Beiträge vergütet der Versicherer die von der OKP nicht gedeckten Kosten, wenn die Leistungen von einem Arzt mit von der Schweizer Gesetzgebung anerkanntem Diplom oder von einer ordnungsgemäss zugelassenen und vom Versicherer anerkannten Person erbracht werden. Die durch die vorliegenden Bedingungen geregelte Versicherung darf in keinem Fall zur Deckung der gesetzlich vorgegebenen Selbstbehalte und Franchisen in der OKP und in den Zusatzversicherungen dienen.
Die Versicherung deckt jedoch ausländische gesetzliche Kostenbeteiligungen für eine Behandlung ausserhalb der Schweiz, unter Anwendung des Personenfreizügigkeitsabkommens EU/EFTA oder anderen internationalen Sozialversicherungsabkommen, wenn die Gesetzgebung des betreffenden Landes dies nicht verbietet.

1. Umfang und Dauer der Leistungen bei Spitalaufenthalt

a. Die Spitalleistungen werden nur in der akuten Phase der Erkrankung erbracht. Der Leistungsanspruch erlischt, sobald die kranke Person nicht mehr als Akutpatient betrachtet wird, insbesondere bei der Behandlung von stabilisierten oder chronischen Leiden oder wenn der Spitalaufenthalt nicht zur Verbesserung des Gesundheitszustands des Versicherten beiträgt.
b. Wenn ein Versicherter der Versicherung Global GEM Stufe 2 oder 3 aus freien Stücken oder auf den Vorschlag des Versicherers hin auf die Unterbringung in der halbprivaten oder privaten Abteilung verzichtet, kann der Versicherer eine Entschädigung von bis zu 50% der nach seiner Einschätzung gesparten Kosten, maximal jedoch Fr. 5000.– pro Spitalaufenthalt, entrichten. Im Falle einer ambulanten Niederkunft oder einer Niederkunft zuhause ist einzig Artikel 8 Ziffer 2 Buchstabe d anwendbar.

2. Versicherungsschutz bei Mutterschaft

a. Die Leistungen für stationäre Behandlungen bei Schwangerschaft und Niederkunft werden erst 12 Monate nach Inkrafttreten der Versicherung entrichtet, unter Vorbehalt der Freizügigkeitsfälle.
b. Bei einem Schwangerschaftsabbruch nach KVG und für jede weitere Mutterschaftsleistung gilt die Karenzzeit gemäss Absatz a.
c. Wenn die Niederkunft einen Spitalaufenthalt von weniger als sechs Tagen in der halbprivaten oder privaten Abteilung erfordert, entrichtet der Versicherer den Versicherten der Global GEM Stufen 2 und 3 einen Beitrag von Fr. 200.– pro vermiedenem Spitaltag. Bei Spitalaufenthalten, die über Fallpauschalen abgerechnet werden, wird dieser Beitrag nicht entrichtet. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen von Artikel 8 Ziffer 2 Buchstabe a.
d. Im Falle einer ambulanten Niederkunft oder einer Niederkunft zuhause erhalten Versicherte der Stufe 2 der Zusatzversicherung Global GEM einen einmaligen Beitrag von Fr. 800.–, diejenigen der Stufe 3 einen einmaligen Beitrag von Fr. 1200.–, unter Vorbehalt der unter Buchstabe a genannten Karenzfrist.
e. Wenn sich eine Versicherte in der Spitalabteilung aufhält, die ihrem Versicherungsschutz entspricht, übernimmt der Versicherer ebenfalls die Aufenthaltskosten für das Neugeborene während des Spitalaufenthalts der Mutter, wenn das Kind innert 30 Tagen nach seiner Geburt beim gleichen Versicherer für eine Krankenpflegeversicherung versichert wird. Die persönlichen Kosten sind nicht gedeckt. Absatz a bleibt vorbehalten.

3. Organtransplantation

Im Rahmen der vorliegenden Versicherung werden keine Kosten im Zusammenhang mit Organtransplantationen gedeckt.

Art. 9 Franchise

Auf die Leistungen wird eine Franchise von Fr. 300.– pro Kalenderjahr erhoben. Ausgenommen davon sind Brillen, Kontaktlinsen und refraktive Chirurgie.

Art. 10 Prämien

1. Die Prämien sind für Männer und Frauen einheitlich.
2. Erreicht ein Versicherter im Jahresverlauf das Höchstalter seiner Altersklasse, wird er zu Beginn des folgenden Kalenderjahres automatisch in die nächsthöhere Altersklasse umgeteilt. Es gelten folgende Altersklassen:
   – 0 bis 18 Jahre
   – 19 bis 25 Jahre
   – ab dem 26. bis zum 71. Altersjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren

Art. 11 Austritt aus dem Kreis der Versicherten des kollektiven Versicherungsprogramms GEM und Auflösung der Rahmenvereinbarung

1. Beim Austritt aus dem Kreis der Versicherten des kollektiven Versicherungsprogramms GEM gehen die Versicherten automatisch in vergleichbare Produkte der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG über:
   – Global Solution, Stufe 2 (Kategorie GO) mit der Option erweiterte Leistungen, aber ohne die Option Dentaire plus **für ehemalige Versicherte der Global GEM, Stufe 1 Light**
   – Global Solution, Stufe 2 (Kategorie GO) mit der Option erweiterte Leistungen und der Option Dentaire plus, Klasse 1 **für ehemalige Versicherte der Global GEM, Stufe 1**
   – Global Solution, Stufe 3 – halbprivate Abteilung (Kategorie GO) mit der Option erweiterte Leistungen und der

Option Dentaire plus, Klasse 1 **für ehemalige Versicherte der Global GEM, Stufe 2 (halbprivate Abteilung)**
- Global Solution, Stufe 3 – private Abteilung (Kategorie GO) mit der Option erweiterte Leistungen und der Option Dentaire plus, Klasse 1 **für ehemalige Versicherte der Global GEM, Stufe 3 (private Abteilung)**

Die Tarife zu diesen Produkten gelten für die betroffenen Versicherten.

2. Dieselbe Regel gilt für die Familienmitglieder eines verstorbenen Mitarbeitenden, die im Rahmen des kollektiven Versicherungsprogramms versichert sind.
3. Die vor Austritt aus dem Kreis der Versicherten eines kollektiven Versicherungsprogramms der GEM vorhandenen Vorbehalte werden übernommen.
4. Das Inkrafttreten eines Vertrags, der vor dem Austritt aus dem Kreis der Versicherten eines kollektiven Versicherungsprogramms der GEM abgeschlossen wurde, wird bei der Berechnung der Karenzfristen berücksichtigt.
5. Die vor Austritt aus dem Kreis der Versicherten eines kollektiven Versicherungsprogramms der GEM in Anspruch genommenen Leistungen werden bei der Berechnung der Leistungshöchstbeträge berücksichtigt.
6. Die gleichen Bestimmungen sind anwendbar bei der Auflösung der Rahmenvereinbarung zwischen der GEM und dem Versicherer oder der Auflösung der Rahmenvereinbarung zwischen dem Mitgliedsunternehmen der GEM und dem Versicherer.
7. Der Versicherte muss den Versicherer innerhalb von 30 Tagen schriftlich über seinen Austritt aus dem Kreis der Versicherten des kollektiven Versicherungsprogramms informieren.
8. Der Versicherte kann den Vertrag innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der neuen Police kündigen.
9. In der Schweiz wohnhafte Versicherte, die von oben genanntem Kündigungsrecht gemäss Ziffer 8 Gebrauch gemacht haben, können vergleichbare Produkte der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG in Anspruch nehmen:
   - Spitalzusatzversicherung, Klasse 1
     Allgemeine Abteilung (Kategorie HC) und/oder Krankenpflegezusatzversicherung, Klasse 4 (Kategorie SC) und/oder Versicherung Mundo (Kategorie MU) **für ehemalige Versicherte der Global GEM, Stufe 1 Light**
   - Spitalzusatzversicherung, Klasse 1
     Allgemeine Abteilung (Kategorie HC) und/oder Krankenpflegezusatzversicherung, Klasse 4 (Kategorie SC) und/oder Zahnpflegeversicherung Dentaire plus, Klasse 3 (Kategorie DP) und/oder Versicherung Mundo (Kategorie MU) **für ehemalige Versicherte der Global GEM, Stufe 1**
   - Spitalzusatzversicherung, Klasse 2
     Halbprivate Abteilung (Kategorie HC) und/oder Krankenpflegezusatzversicherung, Klasse 4 (Kategorie SC) und/oder Zahnpflegeversicherung Dentaire plus, Klasse 3 (Kategorie DP) und/oder Versicherung Mundo (Kategorie MU) **für ehemalige Versicherte der Global GEM, Stufe 2**
   - Spitalzusatzversicherung, Klassen 3 und 4
     Private Abteilung (Kategorie HC) und/oder Krankenpflegezusatzversicherung, Klasse 4 (Kategorie SC) und/oder Zahnpflegeversicherung Dentaire plus, Klasse 3 (Kategorie DP) und/oder Versicherung Mundo (Kategorie MU) **für ehemalige Versicherte der Global GEM, Stufe 3**

   Die Tarife zu diesen Produkten gelten für die betroffenen Versicherten. Die Bestimmungen der oben genannten Ziffern 2 bis 5 gelten sinngemäss.

Art. 12 Datenschutz

Persönliche und sensible Daten

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

Als persönliche Daten gelten Informationen über die betroffenen Personen, einschliesslich Informationen über die administrative Abwicklung des Versicherungsvertrags. Als sensible Daten gelten insbesondere Informationen über den Gesundheitszustand der versicherten Personen und zu den Schadenfällen. Hauptsächlich werden folgende Kategorien persönlicher und sensibler Daten bearbeitet: Meldedaten der betroffenen Personen, das heisst Personendaten, welche die Groupe Mutuel von den betroffenen Personen erheben kann, wenn diese Interesse bekunden für die von ihr bereitgestellten oder vertriebenen Produkte und Dienstleistungen und/oder beim Abschluss dieser Produkte und Dienstleistungen; Daten mit Bezug auf bereitgestellte Dienstleistungen oder die Funktionsweise von Produkten und Dienstleistungen oder ihrer 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 DSG); dem zwischen der Groupe Mutuel und den betroffenen Personen abgeschlossenen Vertrag; dem überwiegenden öffentlichen Interesse oder dem überwiegenden privaten Interesse (nach DSG) der Groupe Mutuel oder der betroffenen Personen.

Zweckbestimmung

Die persönlichen und sensiblen Daten 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 umzuset-

zen, 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 für statistische Zwecke verwendeten Daten werden anonymisiert.

Sicherheit
Bei der Bearbeitung von Personendaten und im Hinblick auf die mit der Bearbeitung verbundenen Risiken verpflichten sich die Groupe Mutuel, ihre Versicherungsvermittler und anderen Beauftragten (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.

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 dataprotection@groupemutuel.ch kontaktiert werden kann.
Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf der Webseite der Groupe Mutuel: www.groupemutuel.ch.

Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG (GMA AG)

Nachtrag zu den Besonderen Bedingungen - Version vom 01.01.2024 Global GEM - GGGA01

Die Bestimmungen des Nachtrags gelten ab dem 1. Januar 2024 für Personen, die über die Versicherung Global GEM – GGGA01 verfügen.

Versicherte Leistungen
Ersetzt den Teil «Spitalaufenthalt (inklusive Niederkunft)» in Art. 7 Abs. 1, Spalte «Beschreibung».

- Der Versicherte hat die freie Wahl in der Schweiz gemäss gewählter Stufe einer Spitaleinrichtung für allgemeine oder psychiatrische Pflege bei Akutkrankheiten.
- Der Versicherer übernimmt die Kosten von anerkannten Einrichtungen und Ärzten, d.h. von Einrichtungen und Ärzten, mit denen der Versicherer einen Tarifvertrag abgeschlossen hat.
- Bezieht ein Versicherter Leistungen einer nicht anerkannten Einrichtung oder eines nicht anerkannten Arztes, werden ihm für deren Leistungserbringung entsprechend der Behandlungsform (Akutpflege, Rehabilitation oder Psychiatrie) und der Abteilung (halbprivat oder privat) die effektiv in Rechnung gestellten stationären Spitalleistungen ausgerichtet, höchstens aber folgende Beträge pro Spitalübernachtung:

	Betrag pro Spitalübernachtung			
	Akutpflege		**Rehabilitation und Psychiatrie**	
	Halbprivat	**Privat**	**Halbprivat**	**Privat**
Nicht anerkannter Arzt: Rückerstattung der Arztkosten	Fr. 500.–	Fr. 500.–	Fr. 0.–	Fr. 0.–
Nicht anerkanntes Spital: Rückerstattung der Spitalkosten	Fr. 300.–	Fr. 500.–	Fr. 100.–	Fr. 150.–
Spital und Arzt nicht anerkannt: Totale Rückerstattung - Arztkosten - Spitalkosten	Fr. 800.– - Fr. 500.– - Fr. 300.–	Fr. 1'000.– - Fr. 500.– - Fr. 500.–	Fr. 100.– - Fr. 0.– - Fr. 100.–	Fr. 150.– - Fr. 0.– - Fr. 150.–

- Die Liste der Leistungserbringer und der Höchstbeträge steht auf der Website des Versicherers zur Verfügung oder wird auf Anfrage abgegeben. Massgebend ist die zum Zeitpunkt der Behandlung gültige Liste.
- Die Liste der Leistungserbringer kann vom Versicherer jederzeit angepasst werden. Bei einer Anpassung der Liste steht dem Versicherungsnehmer kein Kündigungsrecht zu.
- Nach 180 Tagen Spitalaufenthalt innerhalb eines Kalenderjahres werden keine Leistungen für Spitalaufenthalte mehr bezahlt.
- Der Versicherte ist verpflichtet, sich zu erkundigen, ob die für die Behandlung gewählte Spitaleinrichtung, Abteilung der Spitaleinrichtung oder Klinik vom Versicherer anerkannt ist.