

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Zusatzversicherung Global Corporate

GW

GWGA01-A3 – Ausgabe 01.01.2024

Inhalt

Art. 1	Grundlagen des Versicherungsvertrags	Art. 15	Mehrfachversicherung und Leistungen Dritter
Art. 2	Zweck der Versicherung	Art. 16	Leistungserbringer
Art. 3	Gedeckte Risiken	Art. 17	Tarif der Leistungserbringer
Art. 4	Definitionen	Art. 18	Franchise
Art. 5	Versicherungsnehmer	Art. 19	Prämien
Art. 6	Versicherte Personen und Aufnahmebedingungen	Art. 19a	Zahlung der Prämien
Art. 6a	Versicherungsantrag	Art. 20	Änderung des Prämientarifs
Art. 7	Wählbare Versicherungsdeckungen	Art. 21	Pflichten des Versicherungsnehmers
Art. 8	Beginn, Dauer und Ende des Vertrags	Art. 22	Pflichten im Schadenfall
Art. 9	Beginn und Ende des Versicherungsschutzes	Art. 23	Schadenminderungspflicht
Art. 9a	Art der Versicherung	Art. 24	Anpassung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
Art. 10	Ausscheiden aus dem Kreis der Versicherten	Art. 25	Mitteilungen
Art. 11	Örtlicher Geltungsbereich	Art. 26	Verjährung
Art. 12	Versicherte Leistungen	Art. 27	Erfüllungsort und anwendbares Recht
Art. 13	Leistungsanspruch und Einschränkungen	Art. 28	Gerichtsstand
Art. 14	Leistungsausschlüsse	Art. 29	Datenschutz

Art. 1 Grundlagen des Versicherungsvertrags

1. Grundlagen des Versicherungsvertrags bilden der Versicherungsantrag, die vorliegenden Allgemeinen Bedingungen (AVB) sowie die Versicherungspolice und deren Nachträge.
2. Für Fragen, die nicht durch die oben genannten Grundlagen geregelt sind, richtet sich der Versicherungsvertrag nach den Vorschriften des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908.

Art. 2 Zweck der Versicherung

Diese Versicherung bietet spezifische Leistungen in Ergänzung zu folgenden Versicherungen:

- obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
- freiwillige Krankenpflegeversicherung gemäss Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) nach Art. 7a der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

Art. 3 Gedeckte Risiken

Die Leistungen werden bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft ausgerichtet.

Art. 4 Definitionen

1. Als Krankheit gilt jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit verursacht.
2. Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.
Körperschädigungen nach Art. 6 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) sind Unfällen gleichgestellt.
3. Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit der Mutter.
4. Der Begriff Familienmitglied und der Umfang des Begriffs sind in der Versicherungspolice definiert.

Art. 5 Versicherungsnehmer

1. Der Versicherungsnehmer ist die juristische Person, die mit dem Versicherer einen Versicherungsvertrag abschliesst, um einer Drittperson Versicherungsschutz zu gewähren.
2. Der Sitz des Versicherungsnehmers muss in der Schweiz sein.

Art. 6 Versicherte Personen und Aufnahmebedingungen

1. Versichert sind alle Personen, die zum in der Police genannten Versichertenkreis gehören.
2. Die Aufnahmebedingungen sind in der Versicherungspolice festgehalten.

Art. 6a Versicherungsantrag

1. Die Übermittlung eines Versicherungsantrags ist keine Offertenanfrage, sondern eine ausdrückliche Willenserklärung des Antragstellers an den Versicherer, einen Versicherungsvertrag abzuschliessen. Der Antragsteller bleibt 14 Tage an den Antrag gebunden, bzw. 4 Wochen, wenn medizinische Auskünfte erforderlich sind (VVG Art. 1).
2. Der Antragsteller kann seinen Antrag innerhalb von 14 Tagen nach seinem Antrag auf Vertragsabschluss widerrufen. Diese Frist ist eingehalten, wenn der Antragsteller den Widerruf dem Versicherer gemäss Art. 25 der AVB mitteilt oder die Widerrufserklärung am letzten Tag der Widerrufsfrist der Post übergibt.
3. Wird der Antrag vom Versicherer gestellt, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb von 14 Tagen nach Annahmeerklärung durch den Versicherungsnehmer widerrufen.
4. Der Versicherer behält sich das Recht vor, den Versicherungsantrag anzunehmen oder abzulehnen. Er ist nicht verpflichtet, seinen Entscheid zu begründen.

Art. 7 Wählbare Versicherungsdeckungen

1. Die Versicherung Global Corporate umfasst drei Leistungsstufen:
 - Stufe 1 (allgemeine Abteilung)
 - Stufe 2 (halbprivate Abteilung)
 - Stufe 3 (private Abteilung)
2. Bei Vertragsabschluss wählt der Versicherungsnehmer die Kategorien der versicherten Personen und die Leistungsstufe nach Kategorie.

Art. 8 Beginn, Dauer und Ende des Vertrags

1. Der Versicherungsvertrag ist abgeschlossen, sobald der Versicherer dem Antragsteller die Annahme des Antrags mitgeteilt hat.
2. Das Datum des Vertragsbeginns geht aus der Versicherungspolice hervor.
3. Nach Ablauf der in der Police vereinbarten Dauer verlängert sich der Vertrag jeweils stillschweigend um ein Jahr, wenn er nicht mindestens drei Monate vor Vertragsende gekündigt wird. Dieses Kündigungsrecht kann nur der Versicherungsnehmer geltend machen (Art. 35a Abs. 4 VVG).
4. Um rechtsgültig zu sein, muss die Kündigung spätestens am letzten Tag vor Beginn der Dreimonatsfrist beim Versicherer eintreffen.
5. Nach jedem Schadenfall, für den der Versicherer eine Leistung schuldet, ist der Versicherungsnehmer berechtigt, innert 14 Tagen nachdem er von der Auszahlung der Ent-

schädigung Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurückzutreten. Tritt der Versicherungsnehmer vom Vertrag zurück, erlischt die Versicherung 14 Tage nach dem Eintreffen des Kündigungsschreibens beim Versicherer.

6. Das Recht auf Kündigung infolge Verletzung der Informationspflicht vor Vertragsabschluss durch den Versicherer erlischt vier Wochen nachdem der Versicherungsnehmer von der Pflichtverletzung und den Informationen erfährt, spätestens aber zwei Jahre nach der Verletzung. Die Kündigung wird mit dem Eintreffen beim Versicherer wirksam. Die Prämie ist nur bis Vertragsende zu entrichten, wenn der Vertrag vor Ablauf gekündigt wird oder endet.
7. Bei Vorliegen eines wichtigen Grundes im Sinn von Art. 35b VVG kann der Versicherungsnehmer oder der Versicherer den Vertrag jederzeit kündigen. Der Versicherer hat insbesondere das Recht, den Vertrag bei unrichtigen Angaben, arglistiger Täuschung oder beim Versuch dazu zu kündigen.
8. Der Vertrag endet, wenn der Versicherer den Vertrag gemäss Art. 21 Abs. 1 VVG wegen Nichtbezahlung der Prämien gekündigt hat.
9. Der Versicherer kann den Vertrag bei schuldhafter Verletzung der Pflichten nach Art. 21 Abs. 1–4 der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen kündigen. In diesem Fall endet der Versicherungsvertrag 14 Tage nach der Kündigungsmeldung des Versicherers.
10. Eine Kündigung muss gemäss Art. 25 der vorliegenden Allgemeinen Bedingungen erfolgen.

Art. 9 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz eines Angestellten beginnt jeweils am Tag, an dem er seine Tätigkeit beim Versicherungsnehmer aufnimmt.
2. Der Versicherungsschutz endet, wenn der Versicherte nicht mehr zum in der Police definierten Versichertenkreis zählt.
3. Die Bestimmungen bezüglich Beginn und Ende des Versicherungsschutzes, die für den versicherten Angestellten gelten, sind auch auf dessen Familienmitglieder anwendbar, wenn diese Kategorie zum Kreis der versicherten Personen gehört.
4. Jeder Versicherte kann die Aufhebung seines Versicherungsschutzes Global Corporate beantragen. Dieser Antrag muss schriftlich erfolgen und ist unwiderruflich.
5. Wenn ein Angestellter des Versicherungsnehmers keine Global-Corporate-Versicherungsdeckung mehr hat, endet der Versicherungsschutz in jedem Fall für alle Familienmitglieder des Angestellten.
6. Die Versicherungsdeckung und der Anspruch auf Leistungen erlöschen mit dem Vertragsende.

Art. 9a Art der Versicherung

1. Der Versicherungsschutz Global Corporate ist als Schadenversicherung ausgestaltet.
2. Bei einem als Schadenversicherung ausgestalteten Versicherungsschutz wird der tatsächlich entstandene Schaden bis zur Höhe der versicherten Leistungen bezahlt.

Art. 10 Ausscheiden aus dem Kreis der Versicherten

1. Bei Ausscheiden aus dem in der Versicherungspolice definierten Versichertenkreis können die versicherten Personen, sofern sie über eine obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) nach Krankenversicherungsgesetz (KVG) oder eine freiwillige Krankenpflegeversicherung nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG) gemäss Art. 7a der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verfügen, ihren Versicherungsschutz ohne Gesundheitsprüfung in der Einzelversicherung im folgenden ähnlichen Produkt der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG weiterführen:
 - Global Solution, Stufe 2 (Kategorie GO) mit der Option Dentaire plus, Klasse 1 für ehemalige Versicherte der Global Corporate, Stufe 1 (allgemeine Abteilung)
 - Global Solution, Stufe 3 – halbprivate Abteilung (Kategorie GO) mit der Option Dentaire plus, Klasse 1 für ehemalige Versicherte der Global Corporate, Stufe 2 (halbprivate Abteilung)
 - Global Solution, Stufe 3 – private Abteilung (Kategorie GO) mit der Option Dentaire plus, Klasse 1 für ehemalige Versicherte der Global Corporate, Stufe 3 (private Abteilung)

Die Versicherten haben dieses Recht innert 90 Tagen nach dem Tag, an dem sie aus dem Kreis der Versicherten ausscheiden, geltend zu machen. Sie können sich auch für eine niedrigere Stufe dieses Produkts entscheiden.

Für die betroffenen Versicherten gelten die anwendbaren Prämientarife und Versicherungsbedingungen des Produkts.

2. Wenn der Angestellte des Versicherungsnehmers stirbt, gilt diese Regel analog für seine Familienmitglieder, sofern der Angestellte und dessen Familienmitglieder im Zeitpunkt des Todes versichert waren.
3. Die Versicherungsdauer und die Leistungen, die vor dem Ausscheiden aus dem Kreis der Versicherten in Anspruch genommen worden sind, werden bei der Berechnung der Leistungshöchstbeträge berücksichtigt.
4. Der Versicherungsnehmer muss den Versicherer innerhalb von 30 Tagen schriftlich informieren, wenn eine Person aus dem Kreis der Versicherten ausscheidet.
5. Bei einer Vertragskündigung können die versicherten Personen ihren Versicherungsschutz gemäss Art. 10 Abs. 1–3 der vorliegenden Versicherungsbedingungen in der Einzelversicherung weiterführen, ausser wenn der Versicherungsnehmer den Vertrag gekündigt hat und er für die betroffenen Versicherten bei einem anderen Versicherer einen Kollektiv- oder Rahmenvertrag für die Krankenzusatzversicherung abgeschlossen hat, der keine Gesundheitsprüfung erfordert.
6. Wenn der Versicherungsschutz des Angestellten und seiner Familienmitglieder gemäss Art. 9 Abs. 4 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen endet, erlischt die Versicherungsdeckung ohne Anrecht auf Weiterführung der Versicherung nach Art. 10 Abs. 1–3 dieser Bedingungen.

Art. 11 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt weltweit.

Art. 12 Versicherte Leistungen

1. In der Schweiz

	Kostenübernahme	Beschreibung
Spitalaufenthalt (inklusive Niederkunft)	<p>Allgemeine Abteilung (Stufe 1)</p> <p>Halbprivate Abteilung (Stufe 2)</p> <p>Private Abteilung (Stufe 3)</p>	<p>Beschreibung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Freie Wahl einer Spitaleinrichtung in der Schweiz gemäss gewählter Stufe für allgemeine oder psychiatrische Pflege bei Akutkrankheiten, Mutterschaft und Unfällen <p>Anmerkungen</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 Intervention entsprechend der Leistungsart (Akutpflege, Rehabilitation oder Psychiatrie) und der Abteilung (halbprivat oder privat) die effektiv in Rechnung gestellten stationären Spitalleistungen ausgerichtet, höchstens aber die in Anhang A aufgeführten Beträge pro Spitalübernachtung. – 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 solchen Anpassung entsteht für den Versicherungsnehmer kein Kündigungsrecht. – Die Leistungsdauer in einer psychiatrischen Einrichtung ist innerhalb eines Kalenderjahres auf 180 Tage begrenzt. – Nach 180 Tagen Spitalaufenthalt in der halbprivaten oder privaten Abteilung innerhalb eines Kalenderjahres werden keine Spitalleistungen mehr ausgerichtet. – Die Leistungsdauer in einer psychiatrischen Einrichtung wird von der Leistungsdauer eines Spitalaufenthalts in der halbprivaten oder privaten Abteilung abgezogen. – Verzichtet ein Versicherter freiwillig oder auf Vorschlag des Versicherers auf eine Unterbringung in der halbprivaten oder privaten Abteilung zugunsten der allgemeinen Abteilung, kann der Versicherer eine Entschädigung von bis zu 50 Prozent der nach seiner Einschätzung gesparten Kosten, maximal jedoch Fr. 5000.– pro Spitalaufenthalt, entrichten. <p>Pflicht des Versicherten</p> <ul style="list-style-type: none"> – Der Versicherte ist verpflichtet, sich beim Versicherer zu erkundigen, ob die für die Behandlung gewählte Spitaleinrichtung, Abteilung der Spitaleinrichtung oder Klinik vom Versicherer anerkannt ist.
Limitierte und nicht kassenpflichtige Medikamente	90%	<p>Beschreibung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Von einem Arzt oder einem gemäss KVG anerkannten Leistungserbringer verordnete Medikamente, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen werden <p>Ausschluss</p> <ul style="list-style-type: none"> – Produkte, die auf der Liste pharmazeutischer Präparate für spezielle Verwendung (LPPV) aufgeführt sind
Alternativmedizin	75%	<p>Beschreibung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Therapien gemäss unten stehender Liste (Art. 12 Abs. 3, Liste der Therapien), die von einem diplomierten Arzt oder einem vom Versicherer anerkannten Naturheilpraktiker erbracht werden <p>Anmerkungen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Der Versicherer führt eine Liste der Therapeuten, die für die geplante Therapie anerkannt sind. – Diese Liste steht auf der Website des Versicherers zur Verfügung oder wird auf Anfrage des Versicherungsnehmers oder einer versicherten Person abgegeben. – Der Versicherer kann die Liste jederzeit anpassen. Dem Versicherungsnehmer steht durch solche Anpassungen kein Kündigungsrecht zu.
Erholungs- und Badekuren	90%, max. Fr. 1'000.– / Kalenderjahr	<p>Beschreibung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kosten für die Behandlung und Unterkunft bei Erholungskuren in der Schweiz, wenn die Kur in einer vom Versicherer anerkannten Kureinrichtung und nach einem Spitalaufenthalt verordnet wurde – Behandlungs- und Unterkunftskosten bei einer Badekur in anerkannten Kureinrichtungen gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) – Die Leistungen werden gewährt, wenn sie von einem Arzt verordnet wurden, der gemäss KVG anerkannt ist. <p>Anmerkungen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Einrichtungen. – Diese Liste steht auf der Website des Versicherers zur Verfügung oder wird auf Anfrage des Versicherungsnehmers oder einer versicherten Person abgegeben. – Der Versicherer kann die Liste jederzeit anpassen. Dem Versicherungsnehmer steht durch solche Anpassungen kein Kündigungsrecht zu. <p>Pflicht des Versicherten</p> <ul style="list-style-type: none"> – Spätestens 20 Tage vor Kurantritt müssen ein Antrag auf Kostenübernahme und die ärztliche Kurverordnung beim Versicherer eingereicht werden. Andernfalls besteht kein Anspruch auf Leistungen.

	Kostenübernahme	Beschreibung
Brillen, Kontaktlinsen oder refraktive Chirurgie	<p>Brillen und Kontaktlinsen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kinder bis 18 Jahre, Fr. 200.– pro Jahr – Erwachsene ab 19 Jahren, Fr. 500.– alle 5 Jahre <p>Refraktive Chirurgie</p> <ul style="list-style-type: none"> – Beteiligung von 90%, max. Fr. 800.– alle 3 Jahre 	<p>Beschreibung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Der vorgesehene Betrag gilt für die Kosten von Brillen und Kontaktlinsen, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden. – Die Beteiligung an den Kosten für refraktive Chirurgie wird zusätzlich zu den Kosten für Brillen oder Kontaktlinsen übernommen.
Hilfsmittel	90%, max. Fr. 1'000.– / Kalenderjahr	<p>Beschreibung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kostenübernahme bei Miete und Kauf von orthopädischen Geräten und Hilfsmitteln (ausgenommen Zahnprothesen) gemäss der Liste des Versicherers
Geburtszulage	Fr. 300.– pro Niederkunft	<p>Beschreibung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Der Beitrag wird entrichtet, unabhängig davon ob es sich um eine einzige oder mehrere Geburten handelt. – Geburtsvorbereitungskurse, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden
Geburtsvorbereitungskurse	Fr. 150.– pro Schwangerschaft	
Impfungen	90%, max. Fr. 500.– / Kalenderjahr	<p>Beschreibung</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 vor einer Auslandsreise empfohlen werden
Transport-, Such- und Rettungskosten	100%, unbegrenzt (Transporte) 90%, max. Fr. 75'000.– pro Kalenderjahr (Suche und Rettung)	<p>Beschreibung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bis zur nächstgelegenen Spitalanlage oder zum nächsten Arzt, sofern diese Transporte medizinisch notwendig sind. <p>Anmerkungen</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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. 1'200.– / Kalenderjahr	<p>Beschreibung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kostenübernahme bei ärztlich verordneten Behandlungen, die von nichtärztlichen Psychotherapeuten oder selbstständigen Psychologen durchgeführt werden <p>Anmerkungen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Therapeuten. – Diese Liste steht auf der Website des Versicherers zur Verfügung oder wird auf Anfrage des Versicherungsnehmers oder einer versicherten Person abgegeben. – Der Versicherer kann die Liste jederzeit anpassen. Dem Versicherungsnehmer steht durch solche Anpassungen kein Kündigungsrecht zu.
Begleitkosten bei Spitalaufenthalt	90%, max. Fr. 700.– / Kalenderjahr	<p>Beschreibung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kostenübernahme eines zusätzlichen Spitalbetts für ein Familienmitglied, wenn diese Massnahme medizinisch begründet ist
Haushaltshilfe und Unterbringungskosten	90%, max. Fr. 3'000.– / Kalenderjahr	<p>Beschreibung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kosten für die medizinisch notwendige Anstellung einer Haushaltshilfe, 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 und aus Alters- oder Gesundheitsgründen von ihm abhängig sind, wenn dieser aus medizinischen Gründen hospitalisiert werden muss. Die vorübergehende Unterbringung von Familienmitgliedern muss über eine amtliche Stelle erfolgen. <p>Pflicht des Versicherten</p> <ul style="list-style-type: none"> – Der Versicherte ist verpflichtet, vorab die Zustimmung des Versicherers einzuholen.
Freiwillige Sterilisation	90%, max. Fr. 500.–	<p>Beschreibung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Übernahme der Kosten des Eingriffs
Logopädie	90%, max. Fr. 500.– / Kalenderjahr	<p>Beschreibung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kostenübernahme für logopädische Behandlungen, die gemäss KVG nicht anerkannt sind, jedoch von einem Arzt verschrieben und von einem anerkannten Logopäden durchgeführt werden

	Kostenübernahme	Beschreibung
Zahnärztliche Behandlungen	75%, max. Fr. 5'000.- / Kalenderjahr	<p>Beschreibung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es werden folgende Kosten übernommen: <ul style="list-style-type: none"> • zahnärztliche Behandlungen, die von einem diplomierten Zahnarzt erbracht werden • jährliche prophylaktische Zahnkontrolle • Kieferorthopädie • Kronen, Brücken und Prothesen • Laborkosten <p>Anmerkungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Für zahnärztliche Behandlungen infolge eines Unfalls, der sich nach dem Inkrafttreten der Versicherung ereignet, besteht sofortiger Leistungsanspruch. - Die Leistungen für zahnärztliche Prothetik (Zahnersatz, Einsetzen von Zahnkronen, Stützähnen, Brücken, Teil- oder Vollprothesen usw.) werden bei einem Unfall nach Inkrafttreten der Versicherung sofort gewährt. In allen anderen Fällen werden diese Leistungen frühestens nach einer Karenzzeit von 12 Monaten übernommen. - Für andere zahnärztliche Behandlungen werden die Versicherungsleistungen frühestens nach drei Monaten Mitgliedschaft ausgerichtet. - Der offizielle UVG-Tarif (Nomenklatur und Taxpunktwert) ist massgebend für die Berechnung der übernommenen Leistungen. Der mögliche Aufschlag darf 50 Prozent nicht überschreiten.

2. Im Ausland

- a. Die nachfolgenden Versicherungsleistungen gelten weltweit, mit Ausnahme der Schweiz, zusätzlich oder ergänzend zu den Sozialleistungen in der Schweiz, respektive zusätzlich oder ergänzend zum Leistungskatalog, der einem Versicherten im Rahmen internationaler Abkommen über die soziale Sicherheit mit der Schweiz zusteht. Für Behandlungen ausserhalb des Wohnlandes des Versicherten, welche die in Art. 36 Abs. 2 KVV erwähnten Kriterien eines Notfalls nicht erfüllen, übernimmt die Versicherung Global Corporate auch den Teil der Leistungen, der bei einem Notfall von der OKP übernommen worden wäre.
- b. Unter Vorbehalt der Fälle, welche die Leistungsaushilfe in Mitgliedsstaaten der EU und der EFTA betreffen, entsprechen die Versicherungsleistungen den bei ähnlichen gesundheitlichen Problemen in der Schweiz gedeckten Versicherungsleistungen.
- c. Für geplante, freiwillige Behandlungen ausserhalb der EU/EFTA 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.
- d. Die nachfolgenden Leistungen werden übernommen, wenn sie von Personen oder Institutionen mit der von ausländischen sozialen Einrichtungen verlangten Ausbildung, Anerkennung und Zulassung durchgeführt werden.
- e. 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 Leistungsanspruch. Notfälle müssen der Groupe Mutuel Assistance umgehend gemeldet werden.

f. 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 erstattet werden, muss der Versicherte sämtliche nötigen Belege im Original oder gescannt abgeben (Rechnungen, Arztzeugnisse, Verordnungen usw.). 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.
- g. In Abweichung von Art. 12 Abs. 2 Bst. c der vorliegenden Versicherungsbedingungen müssen Personen, die ausserhalb der EU/EFTA wohnhaft sind und der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG unterstellt bleiben, oder solche, die sich mit dem Abschluss einer freiwilligen Krankenpflegeversicherung nach VVG für die Aufrechterhaltung ihres Versicherungsschutzes gemäss Art. 7a KVV entschieden haben, bei freiwilligen Behandlungen in ihrem Wohnland nicht die vorherige Zustimmung des Versicherers einholen.

	Kostenübernahme	Beschreibung
Spitalaufenthalt (inklusive Niederkunft)	Zimmer mit mehr als zwei Betten (Stufe 1) Zweibettzimmer (Stufe 2) Einzelzimmer (Stufe 3)	Beschreibung – Freie Wahl einer Spitaleinrichtung gemäss gewählter Stufe für allgemeine oder psychiatrische Pflege bei Akutkrankheiten, Mutterschaft und Unfällen – Gemäss KVG anerkannte Behandlungskosten, Spitalaufenthaltskosten und Arzthonorare Anmerkungen – Die Einrichtungen müssen im Land, in dem die Behandlung stattfindet, von den zuständigen Gesundheitsbehörden anerkannt sein. – Für den Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung werden nach 180 Tagen Aufenthalt innerhalb eines Kalenderjahres keine Leistungen mehr ausbezahlt. – Nach 180 Tagen Spitalaufenthalt im Ein- oder Zweibettzimmer innerhalb eines Kalenderjahres werden keine Leistungen für Spitalaufenthalte mehr ausgerichtet. – Die Leistungsdauer in einer psychiatrischen Einrichtung wird von der Leistungsdauer eines Spitalaufenthalts im Zweibett- oder Einzelzimmer abgezogen. Pflicht des Versicherten – Der Versicherte ist verpflichtet, sich beim Versicherer zu erkundigen, ob die Einrichtung, die Abteilung der Einrichtung oder die Klinik zu den Einrichtungen gehört, die von den zuständigen Behörden des Landes, in dem die Behandlung stattfindet, anerkannt sind.
Ambulante Behandlungen	90%	Beschreibung – Untersuchungen, Analysen, Röntgenaufnahmen und anerkannte Medikamente
Gesetzliche Kostenbeteiligungen	100%	Beschreibung – Übernahme der ausländischen gesetzlichen Kostenbeteiligungen für eine ambulante oder stationäre Behandlung unter Anwendung des Personenfreizügigkeitsabkommens EU/EFTA oder anderen internationalen Sozialversicherungsabkommen, unter Vorbehalt des ausländischen Rechts
Alternativmedizin	75%	Beschreibung – Therapien gemäss unten stehender Liste (Art. 12 Abs. 3, Liste der Therapien), die von einem diplomierten Arzt oder einem vom Versicherer anerkannten Naturheilpraktiker erbracht werden Anmerkung – Der Versicherte ist verpflichtet, sich beim Versicherer zu erkundigen, ob der Therapeut, bei dem er sich behandeln lassen wird, vom Versicherer für die geplante Therapie anerkannt ist. Um die Leistungspflicht abzuschätzen, stützt sich der Versicherer auf die in der Schweiz anwendbaren Kriterien.
Erholungs- und Badekuren	90%, max. Fr. 1'000.– / Kalenderjahr	Beschreibung – Kosten für die Behandlung und Unterkunft bei einer Erholungskur in einer Kureinrichtung, die vom Versicherer nach in der Schweiz anwendbaren Kriterien anerkannt ist, und sofern die Kur nach einem Spitalaufenthalt verordnet wurde – Kosten für die Behandlung und Unterkunft bei einer Badekur in einer Kureinrichtung, die vom Versicherer nach in der Schweiz anwendbaren Kriterien anerkannt ist – Die Leistungen werden gewährt, wenn sie von einem Arzt verordnet wurden, der von den zuständigen Gesundheitsbehörden anerkannt ist. Pflicht des Versicherten – Spätestens 20 Tage vor Kurantritt müssen ein Antrag auf Kostenübernahme und die ärztliche Kurverordnung beim Versicherer eingereicht werden. Andernfalls besteht kein Anspruch auf Leistungen.
Brillen, Kontaktlinsen oder refraktive Chirurgie	Brillen und Kontaktlinsen – Kinder bis 18 Jahre, Fr. 200.– pro Jahr – Erwachsene ab 19 Jahren, Fr. 500.– alle 5 Jahre Refraktive Chirurgie – Beteiligung von 90%, max. Fr. 800.– alle 3 Jahre	Beschreibung – Der vorgesehene Betrag gilt für die Kosten von Brillen und Kontaktlinsen, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden. – Die Beteiligung an den Kosten für refraktive Chirurgie wird zusätzlich zu den Kosten für Brillen oder Kontaktlinsen übernommen.
Hilfsmittel	90%, max. Fr. 1'000.– / Kalenderjahr	Beschreibung – Kostenübernahme bei Miete und Kauf von orthopädischen Geräten und Hilfsmitteln (ausgenommen Zahnprothesen) gemäss der Liste des Versicherers – Um die Anerkennung von Leistungserbringern abzuschätzen, stützt sich der Versicherer auf die in der Schweiz anwendbaren Kriterien.
Geburtszulage Geburtsvorbereitungskurse	Fr. 300.– pro Niederkunft Fr. 150.– pro Schwangerschaft	Beschreibung – Der Beitrag wird entrichtet, unabhängig davon ob es sich um eine einzige oder mehrere Geburten handelt. – Geburtsvorbereitungskurse, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden
Impfungen	90%, max. Fr. 500.– / Kalenderjahr	Beschreibung – 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

	Kostenübernahme	Beschreibung
Transport-, Such- und Rettungskosten	100%, unbegrenzt (Transporte) 90%, max. Fr. 75'000.- / Kalenderjahr (Suche und Rettung)	Beschreibung – Bis zur nächstgelegenen Spital Einrichtung oder zum nächsten Arzt, sofern diese Transporte medizinisch notwendig sind Anmerkungen – 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. 1'200.- / Kalenderjahr	Beschreibung – Kostenübernahme bei ärztlich verordneten Behandlungen, die von nichtärztlichen Psychotherapeuten oder selbstständigen Psychologen durchgeführt werden Anmerkung – Der Versicherte ist verpflichtet, sich beim Versicherer zu erkundigen, ob der Therapeut, bei dem er sich behandeln lassen wird, für die geplante Therapie vom Versicherer anerkannt ist. Um die Leistungspflicht abzuschätzen, stützt sich der Versicherer auf die in der Schweiz anwendbaren Kriterien.
Begleitkosten bei Spitalaufenthalt	90%, max. Fr. 700.- / Kalenderjahr	Beschreibung – Kostenübernahme eines zusätzlichen Spitalbetts für ein Familienmitglied, wenn diese Massnahme medizinisch begründet ist
Haushaltshilfe und Unterbringungskosten	90%, max. Fr. 3'000.- / Kalenderjahr	Beschreibung – Kosten für die medizinisch notwendige Anstellung einer Haushaltshilfe, 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 und aus Alters- oder Gesundheitsgründen von ihm abhängig sind, wenn dieser aus medizinischen Gründen hospitalisiert werden muss. Die vorübergehende Unterbringung von Familienmitgliedern muss über eine amtliche Stelle erfolgen. Pflicht des Versicherten – Der Versicherte ist verpflichtet, vorab die Zustimmung des Versicherers einzuholen.
Freiwillige Sterilisation	90%, max. Fr. 500.-	Beschreibung – Übernahme der Kosten des Eingriffs
Logopädie	90%, max. Fr. 500.- / Kalenderjahr	Beschreibung – Kostenübernahme für logopädische Behandlungen, die gemäss KVG nicht anerkannt sind, jedoch von einem Arzt verschrieben und von einem Logopäden durchgeführt werden, der vom Versicherer anerkannt ist
Zahnärztliche Behandlungen	75%, max. Fr. 5'000.- / Kalenderjahr	Beschreibung – Es werden folgende Kosten übernommen: • zahnärztliche Behandlungen, die von einem diplomierten Zahnarzt erbracht werden • jährliche prophylaktische Zahnkontrolle • Kieferorthopädie Orthopädie • Kronen, Brücken und Prothesen • Laborkosten Anmerkungen – Für zahnärztliche Behandlungen infolge eines Unfalls, der sich nach dem Inkrafttreten der Versicherung ereignet, besteht sofortiger Leistungsanspruch. – Die Leistungen für zahnärztliche Prothetik (Zahnersatz, Einsetzen von Zahnkronen, Stützähnen, Brücken, Teil- oder Vollprothesen usw.) werden bei einem Unfall nach Inkrafttreten der Versicherung sofort gewährt. In allen anderen Fällen werden diese Leistungen frühestens nach einer Karenzzeit von zwölf Monaten übernommen. – Für andere zahnärztliche Behandlungen werden die Versicherungsleistungen frühestens nach drei Monaten Mitgliedschaft ausgerichtet. – Der offizielle UVG-Tarif (Nomenklatur und Taxpunktwert) ist massgebend für die Berechnung der übernommenen Leistungen. Der mögliche Aufschlag darf 50 Prozent nicht überschreiten. – Behandlungen ausserhalb der Schweiz werden übernommen, wenn die Ausbildung des medizinischen Personals im Ausland der schweizerischen Ausbildung entspricht und die Kosten nicht höher sind als für die gleiche Behandlung in der Schweiz.

3. Liste der alternativmedizinischen Therapien

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

4. Groupe Mutuel Assistance

a. Örtlicher Geltungsbereich

Der Versicherte hat weltweit Anspruch auf die Leistungen der «Groupe Mutuel Assistance», auch im Wohnland ausserhalb eines Umkreises von 20 km ab seinem Hauptwohnsitz.

b. Versicherte Leistungen

1. Suche, Rettung und Transport

- Organisation der Suche und Rettung gemäss Art. 12 Abs. 1 und 2 der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, wenn sich der Versicherte nachweisbar in einer Notlage befindet, welche die anfallenden Kosten rechtfertigt
- Organisation der Transporte gemäss Art. 12 Abs. 1 und 2 der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, bis zum nächstgelegenen Spital oder zum nächsten Arzt, sofern diese Transporte medizinisch notwendig sind

2. Repatriierung

- Organisation und Kostenübernahme der unter medizinischer Aufsicht vorgenommenen Repatriierung in ein Spital in der Nähe des Wohnorts des Versicherten
- Organisation und Kostenübernahme der Repatriierung des Versicherten nach einem Spitalaufenthalt an seinen Wohnort, ohne medizinische Begleitung

3. Rückführung der sterblichen Überreste

Im Todesfall des Versicherten: Organisation und Übernahme der Kosten des Transports der sterblichen Überreste in einem Linienflugzeug oder einem dafür vorgesehenen Fahrzeug, unter Einhaltung der nationalen Gesetzgebungen oder internationalen Vereinbarungen über den Leichentransport, bis zum Wohnort des verstorbenen Versicherten, unter der Voraussetzung, dass die Überführung realisierbar ist und die Familie oder der Vertreter des verstorbenen Versicherten die nötigen Vorkehrungen für die Entgegennahme des Leichnams getroffen hat.

- Für die versicherten Kosten werden Leistungen bis

höchstens Fr. 10'000.– ausgerichtet.

- Die Beerdigungskosten sowie weitere Bestattungskosten sind davon ausgeschlossen.
- Ausgeschlossen sind Rückführungen in Regionen, in denen das Eidgenössische Departement für auswärtige Angelegenheiten (EDA) von Reisen abrät oder die von Krieg, Revolution, Aufruhr oder anderen innerpolitischen Unruhen betroffen sind.

4. Rückführung von Kindern

Organisation und Kostenübernahme der Rückführung von Kindern des Versicherten, die unter 18 Jahre alt sind und sich noch vor Ort befinden, falls nötig mit Begleitung, an den Wohnsitz des Versicherten oder eines Familienangehörigen des Versicherten, wenn infolge eines Ereignisses, das eine Hilfeleistung begründet, niemand für die Kinder sorgen kann.

5. Vorschuss für Behandlungskosten

Muss die versicherte Person ausserhalb der Schweiz hospitalisiert werden oder sich einer teuren Behandlung unterziehen, kann bei Notwendigkeit über die Notrufzentrale der Groupe Mutuel Assistance ein Kostenvorschuss vereinbart werden.

6. Versand von Medikamenten

In Notfällen kann die Notrufzentrale «Groupe Mutuel Assistance» wesentliche Medikamente, die vor Ort nicht erhältlich sind, zustellen. Die Notrufzentrale übernimmt die Versandkosten via Linienflugzeug oder Dienstpost; die Medikamentenkosten gehen zulasten des Versicherten.

7. Transportkosten für Dritte

Wenn ein alleinreisender Versicherter seit mehr als sieben Tagen in einem Spital ausserhalb seines Wohnlandes behandelt wird, stellt die Notrufzentrale «Groupe Mutuel Assistance» einer vom Patienten bezeichneten Person, die im gleichen Land wohnt wie er, einen Transportgutschein für den Hin- und Rückflug in der Economyklasse zur Verfügung, um ihn zu besuchen. Die Unterkunftskosten werden von dieser Person selbst getragen.

c. Pflichten des Versicherungsnehmers und des Versicherten
In Ergänzung der Bedingungen in Art. 21 und 22 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen muss der Versicherungsnehmer oder der Versicherte die Notrufzentrale «Groupe Mutuel Assistance» sofort benachrichtigen, wenn ein Ereignis eingetreten ist, das einen Antrag auf Hilfeleistungen begründet (die Telefonnummer steht auf der Versicherungspolice und der Versicherungsbestätigung). In jedem Fall entscheiden die Ärzte der Notrufzentrale «Groupe Mutuel Assistance», wenn nötig in Absprache mit dem behandelnden Arzt des Versicherten, über die Art der Dienstleistungen und deren Kostenübernahme. Der Versicherte ist berechtigt, auf dem Rechtsweg eine Beschwerde einzureichen. Es besteht kein Anspruch auf die in diesem Art. 12 Abs. 4 erwähnten Leistungen, wenn die Notrufzentrale «Groupe Mutuel Assistance» sie nicht vorher genehmigt hat. Der Versicherer verzichtet jedoch auf sein Recht, die Leistungen abzulehnen, wenn der Versicherte beweisen kann, dass sie medizinisch notwendig waren.

d. Einschränkungen

Der Versicherer lehnt jegliche Haftung ab, Dienstleistungen zu garantieren oder sie zu gegebener Zeit zu erbringen, wenn ihm dies unmöglich wäre aufgrund von Streik oder Umständen ausserhalb seines Einflussbereichs, einschliesslich in Fällen höherer Gewalt (Krieg, Invasion, feindliche Aggressionen, erklärte oder nicht erklärte Feindseligkeiten, Bürgerkrieg, Rebellion, Revolution, Aufstand, Aufruhr oder Unruhen, Flugverbote oder durch die lokale Gesetzgebung auf erlegte Verbote).

e. Leistungsausschlüsse

In Ergänzung der Bedingungen in Art. 14 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die in Art. 12 Abs. 4 vorgesehenen Leistungen nicht gedeckt, wenn die Notrufzentrale «Groupe Mutuel Assistance» nicht kontaktiert worden ist.

Ebenfalls ausgeschlossen sind:

- leichte Erkrankungen und Körperschädigungen, die vor Ort behandelt werden können und den Versicherten nicht daran hindern, seine Reise fortzusetzen
- Fälle, in denen der Zustand des Versicherten es zulässt, sitzend und ohne medizinische Begleitung zu reisen, ausser wenn sich die Ärzte der Notrufzentrale «Groupe Mutuel Assistance» einverstanden erklären, die Kosten zu übernehmen
- Schwangerschaften, ausser bei deutlichen und unvorhersehbaren Komplikationen
- Psychische Erkrankungen, die bereits behandelt werden

Art. 13 Leistungsanspruch und Einschränkungen

1. Die Leistungen werden entsprechend den Behandlungsdaten angerechnet. Die nach Anspruchsende anfallenden Kosten (bei zeitlich oder betragsmässig begrenzten Leistungen) können nicht auf das Folgejahr übertragen werden.
2. Die in der Schweiz und ausserhalb der Schweiz versicherten Leistungen sind nicht kumulierbar.

3. Auf Anfrage können die Versicherten dem Versicherer eine Zahlungsadresse im Ausland angeben.
4. Werden Versicherungsleistungen geltend gemacht, muss der Versicherte dem Versicherer alle ärztlichen Zeugnisse, Berichte, Belege und Rechnungen der verschiedenen Leistungserbringer innerhalb der in Art. 26 der vorliegenden Allgemeinen Bedingungen vorgesehenen Fristen vorlegen.
5. 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.

6. Im Umfang der in diesen Allgemeinen 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 dienen.

Die Versicherung deckt jedoch ausländische gesetzliche Kostenbeteiligungen für eine Behandlung ausserhalb der Schweiz, unter Anwendung des Personenfreizügigkeitsabkommens EU und EFTA oder anderen internationalen Sozialversicherungsabkommen, wenn die Gesetzgebung des betreffenden Landes dies nicht verbietet.

7. Umfang und Dauer der Leistungen bei Spitalaufenthalt

a. Bei Krankheit oder Unfall werden die Spitalleistungen ausschliesslich in der Akutphase ausgerichtet. Der Leistungsanspruch erlischt bei der Behandlung von stabilisierten oder chronischen Leiden oder wenn der Spitalaufenthalt nicht zur Verbesserung des Gesundheitszustands des Versicherten beiträgt.

b. Verzichtet ein Versicherter der Versicherung Global Corporate Stufe 2 oder 3 aus freiem Willen oder auf Antrag des Versicherers auf den Aufenthalt in der halbprivaten oder privaten Abteilung, kann der Versicherer eine Entschädigung von bis zu 50 Prozent der nach seiner Einschätzung gesparten Kosten, maximal jedoch Fr. 5'000.– pro Spitalaufenthalt, entrichten. Bei einer ambulanten Entbindung oder der Entbindung zuhause wird dieser Betrag nicht entrichtet.

c. Die Spitalleistungen in einer psychiatrischen Einrichtung und in der halbprivaten oder privaten Abteilung werden nach 180 Tagen innerhalb eines Kalenderjahres nicht mehr vergütet. Die Leistungsdauer in einer psychiatrischen Einrichtung wird von der Leistungsdauer eines Spitalaufenthalts in der halbprivaten oder privaten Abteilung abgezogen.

8. Versicherungsschutz bei Mutterschaft

a. Die Leistungen für stationäre Behandlungen bei Schwangerschaft und Niederkunft werden erst zwölf 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 Art. 13 Abs. 8 Bst. a dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

c. Wenn die Niederkunft einen Spitalaufenthalt von weni-

ger als sechs Tagen in der halbprivaten oder privaten Abteilung erfordert, entrichtet der Versicherer den Versicherten der Global Corporate Stufen 2 und 3 einen Beitrag von Fr. 200.– pro vermiedenem Spitaltag. Bei Spitalaufenthalt, die über Fallpauschalen abgerechnet werden, wird dieser Beitrag nicht entrichtet. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen von Art. 13 Abs. 8 Bst. a.

- d. Bei einer ambulanten Niederkunft oder einer Niederkunft zuhause erhalten Versicherte der Stufe 2 der Zusatzversicherung Global Corporate einen einmaligen Beitrag von Fr. 800.–, diejenigen der Stufe 3 einen einmaligen Beitrag von Fr. 1'200.–, unter Vorbehalt der in Art. 13 Abs. 8 Bst. a genannten Karenzfrist.
9. Bei verspäteter Schadenmeldung behält sich der Versicherer das Recht vor, die Leistungen zu kürzen oder zu verweigern. Diese Sanktion ist nicht anwendbar, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht den Umständen nach nicht auf ein Verschulden des Versicherungsnehmers oder des Versicherten zurückzuführen ist oder wenn der Versicherungsnehmer oder der Versicherte nachweist, dass die Pflichtverletzung weder Einfluss auf den Eintritt des Ereignisses noch auf den Umfang der Leistungen gehabt hat (Art. 45 VVG).
10. Der Versicherer haftet nicht für die Verschlimmerung der Folgen eines versicherten Ereignisses, die auf die verspätete Konsultation eines Therapeuten oder die Nichtbeachtung dessen Verordnungen zurückzuführen ist.
11. Der Leistungsempfänger hat gegenüber dem Versicherer ein eigenes Recht.

Art. 14 Leistungsausschlüsse

1. Es besteht kein Versicherungsschutz:

- a. für Erkrankungen, Mutterschaft, Unfälle und ihre Folgen nach Erlöschen des Vertrags und nach Ausscheiden aus dem Kreis der Versicherten, selbst wenn während der Versicherungsdauer Leistungen erbracht worden sind
- b. für die Kosten von unwirksamen, unzuweckmässigen und unwirtschaftlichen Behandlungen. Unwirksam heisst, dass die Wirksamkeit der Behandlung nicht nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen ist. Eine Behandlung ist unzuweckmässig, wenn sie kontraindiziert, nicht angemessen oder die medizinische Indikation nicht eindeutig erwiesen ist. Eine Behandlung ist unwirtschaftlich, wenn sie durch eine kostengünstigere hätte ersetzt werden können oder sie unnötig ist
- c. für Behandlungen bei Unfruchtbarkeit
- d. – für Eingriffe zur Korrektur oder Beseitigung von Schönheitsfehlern, es sei denn, sie werden durch ein versichertes Ereignis notwendig
– für Verjüngungskuren oder Eingriffe zur Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- e. für Behandlungen, die aufgrund von Suizid oder vorsätzlicher Selbstverstümmelung und den Versuchen dazu erfolgen
- f. bei Gesundheitsschäden, die durch ionisierende oder radioaktive Strahlungen verursacht wurden
- g. für die Folgen von Kriegseignissen:
 - in der Schweiz
 - ausserhalb der Schweiz, es sei denn, der Versicherte sei von den Ereignissen in dem Land, in dem er sich

aufhält, überrascht worden und der Unfall oder die Krankheit trete innerhalb von 15 Tagen seit Beginn der Ereignisse ein

- h. für die Folgen von Unruhen jeglicher Art und die Massnahmen zu deren Bekämpfung, es sei denn, der Versicherte beweise, dass er nicht auf der Seite der Unruhestifter aktiv oder durch Aufwiegelung an den Unruhen beteiligt war
 - i. bei durch Alkoholabhängigkeit bedingten Erkrankungen
 - j. für Krankheiten und Unfälle, die auf übermässigen Medikamenten- oder Alkoholkonsum oder auf den Konsum von Betäubungsmitteln (Drogen) zurückzuführen sind
 - k. für Geschlechtsumwandlung, inkl. Behandlungen und Folgen
 - l. bei Organtransplantationen, für die der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) in Solothurn Fallpauschalen vereinbart hat. Diese Regel gilt auch für Spitaleinrichtungen
 - m. in Fällen, in denen der Versicherte und/oder der Versicherungsnehmer falsche oder gefälschte Rechnungen ausgestellt hat, sowie bei Versicherungsbetrug oder dem Versuch dazu durch den Versicherten und/oder den Versicherungsnehmer
 - n. in Fällen, in denen der Versicherungsnehmer oder der Versicherte ihre Pflichten gemäss Art. 22 Abs. 3 dieser allgemeinen Versicherungsbedingungen verletzt haben. Die Bestimmungen von Art. 45 VVG sind anwendbar, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht den Umständen nach nicht auf ein Verschulden des Versicherungsnehmers oder des Versicherten zurückzuführen ist oder wenn der Versicherungsnehmer oder der Versicherte nachweist, dass die Pflichtverletzung weder Einfluss auf den Eintritt des Ereignisses noch auf den Umfang der Leistungen gehabt hat. In einem solchen Fall muss die versäumte Handlung unmittelbar nach Beseitigung des Hindernisses nachgeholt werden.
2. Ausgeschlossen sind zudem Erkrankungen und Unfälle des Versicherten:
- a. bei Militärdienst ausserhalb der Schweiz
 - b. bei Erdbeben
 - c. bei der Ausübung eines vorsätzlichen Verbrechens, Vergehens oder dem Versuch dazu sowie bei Teilnahme an Kriegs- oder Terrorakten
 - d. bei Verkehrsunfällen, die auf Alkoholmissbrauch zurückzuführen sind, wenn die Alkoholkonzentration zum Zeitpunkt des Vorfalls gemäss Strassenverkehrsgesetz einen schweren Verstoss darstellt
 - e. bei Beteiligung an Schlägereien und Raufereien, ausser wenn der Versicherte als Unbeteiligter oder bei Hilfeleistung für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt wird
 - f. bei Gefahren, denen sich der Versicherte dadurch aussetzt, dass er andere stark provoziert
 - g. Bei Beteiligung an Wagnissen. Wagnisse sind Handlungen, mit denen sich der Versicherte einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne die Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken.

Art. 15 Mehrfachversicherung und Leistungen Dritter

1. Alle Leistungen gemäss den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden ergänzend zu den Leistungen der Sozial- und Privatversicherer oder haftpflichtiger Drittpersonen gewährt.
2. Bei einer Mehrfachversicherung gemäss VVG haftet jeder Versicherer für den Schaden in dem Verhältnis, in dem die von ihm versicherte Summe zur Gesamtversicherungssumme steht.
3. Gegenüber haftpflichtigen Dritten tritt der Versicherer im Zeitpunkt des Eintretens des versicherten Ereignisses bis zur Höhe der erbrachten Leistungen in die Ansprüche der versicherten Person ein. Der Versicherer ist nicht an Vereinbarungen zwischen dem Versicherten und leistungspflichtigen Drittpersonen gebunden.

Art. 16 Leistungserbringer

1. Die Leistungsübernahme beschränkt sich auf Leistungserbringer, die sowohl von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG als auch vom Versicherer anerkannt sind.
2. Andere Leistungserbringer, die in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG nicht zugelassen sind, können vom Versicherer anerkannt werden.
3. Der Versicherer kann eine Liste der anerkannten oder nicht anerkannten Leistungserbringer führen. Diese Listen stehen auf der Website des Versicherers zur Verfügung oder werden auf Anfrage der versicherten Person abgegeben.
4. Der Versicherer kann den Kreis der anerkannten oder nicht anerkannten Leistungserbringer jederzeit anpassen.
5. Dem Versicherungsnehmer steht durch solche Anpassungen kein Kündigungsrecht zu.

Art. 17 Tarif der Leistungserbringer

1. Der Versicherer übernimmt die in den schweizerischen Sozialversicherungen gültigen Tarife sowie private Tarife gemäss den vertraglichen Vereinbarungen oder gemäss den üblichen Normen.
2. Vereinbarungen über Honorare zwischen Leistungserbringern und versicherten Personen sind für den Versicherer nicht verbindlich.
3. Bei Streitigkeiten über den Leistungstarif überträgt der Versicherte seine Rechte gegen den Leistungserbringer an den Versicherer.

Art. 18 Franchise

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

Art. 19 Prämien

1. Die Versicherungsprämie wird auf Grundlage des Alters der versicherten Personen berechnet.
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 85. Altersjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren
3. Eine Änderung der Altersklasse führt grundsätzlich zu einer automatischen Anpassung der Prämie.
 4. Die ursprüngliche Prämie ist in der Versicherungspolice erwähnt.
 5. Bei jeder Änderung, die der Versicherungsnehmer im Rahmen seiner Pflichten gemäss Art. 21 Abs. 2–3 der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen meldet, wird die Prämie entsprechend angepasst.

Art. 19a Zahlung der Prämien

Der Versicherungsnehmer zahlt die Versicherungsprämie gemäss dem in der Versicherungspolice aufgeführten Zahlungsrhythmus.

Art. 20 Änderung des Prämientarifs

1. Der Versicherer kann den Prämientarif jedes Jahr anpassen, insbesondere aufgrund:
 - der Entwicklung der Schadenhäufigkeit oder der Schadenbelastung
 - der Anpassung des Umfangs des Versicherungsschutzes gemäss Art. 24 dieser AVB
2. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer mindestens 30 Tage vor Ablauf der Versicherungsperiode über die neuen Bestimmungen des Vertrags zu informieren.
3. Bei einer Erhöhung des Prämientarifs (siehe Abs. 1 dieses Artikels) hat der Versicherungsnehmer das Recht, seinen von der Erhöhung betroffenen Versicherungsvertrag auf das Ende der laufenden Versicherungsperiode zu kündigen, unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt der Police oder der Mitteilung der Erhöhung. Die Kündigung muss innert dieser Frist beim Versicherer eingehen. Falls der Versicherungsnehmer den Vertrag nicht kündigt, gilt dies als Zustimmung zu den Prämienanpassungen.
4. Bei einer Senkung des Prämientarifs (siehe Abs. 1 dieses Artikels) steht dem Versicherungsnehmer kein Kündigungsrecht zu.

Art. 21 Pflichten des Versicherungsnehmers

1. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die versicherten Personen über den wesentlichen Inhalt des vorliegenden Vertrags sowie über Änderungen und Kündigung des Vertrags zu informieren. Dazu gibt ihm der Versicherer das Dokument «Praktische und rechtliche Informationen gemäss Versicherungsvertragsgesetz (VVG)» ab.
2. Der Versicherer muss innert 30 Tagen über den Eintritt von Personen in den Kreis der versicherten Personen informiert werden.
3. Der Versicherungsnehmer muss den Versicherer innerhalb von 30 Tagen schriftlich informieren, wenn eine Person aus dem Kreis der Versicherten ausscheidet.
4. Der Versicherer stellt dem Versicherungsnehmer jährlich eine Liste der Versicherten zu. Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, innert 30 Tagen ab dem Versand dieser Liste zu kontrollieren, ob die Versicherten zu den versicherbaren Personen gehören.

5. Der Austausch zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer (Arbeitgeber) beschränkt sich auf administrative Informationen. Zwischen Arbeitgeber und Versicherer dürfen ohne die ausdrückliche Zustimmung der versicherten Person (Arbeitnehmer) keine sensiblen persönlichen Daten ausgetauscht werden.

Art. 22 Pflichten im Schadenfall

1. Der Versicherte ist verpflichtet, sich beim Versicherer zu erkundigen, ob die für die Behandlung gewählte Spital- oder Kureinrichtung, Abteilung der Spital- oder Klinik vom Versicherer anerkannt ist.
2. Vor jeder Behandlung muss sich der Versicherte erkundigen, ob der Leistungserbringer, bei dem er sich behandeln lassen wird, zu den vom Versicherer anerkannten Leistungserbringern gehört.
3. Der Versicherte oder der Versicherungsnehmer ist verpflichtet:
 - a. den Versicherer spätestens innerhalb von 5 Tagen über den Eintritt des Versicherten in ein Spital oder eine Klinik zu informieren. Wird eine Kostengutsprache verlangt, muss die Meldung vor dem Eintritt erfolgen.
 - b. den Versicherer so schnell wie möglich, spätestens aber innerhalb von 10 Tagen über einen Unfall des Versicherten zu informieren. Er muss Folgendes angeben:
 - Zeitpunkt, Ort, Umstände und Folgen des Unfalls
 - Name des Arztes oder des Spitals
 - allfällige Haftpflichtige und beteiligte Versicherer
 - c. dem Versicherungsunternehmen jede Auskunft über die ihm bekannten Tatsachen zu erteilen, die zur Ermittlung der Umstände, unter denen der Schadenfall eingetreten ist, oder zur Feststellung der Folgen des Schadenfalls beitragen können, und zwar innerhalb der in Art. 26 der vorliegenden Bedingungen vorgesehenen Fristen. Der Versicherte ist verpflichtet, alle erforderlichen Original- oder digitalen Belege vorzulegen (detaillierte Rechnungen, ärztliche Zeugnisse, Verordnungen etc.), sofern er sie ohne erhebliche Kosten beschaffen kann. Der Versicherer behält sich das Recht vor, Originaldokumente und Zahlungsbelege zu verlangen.
 - d. vor Beginn einer Bade- oder Erholungskur ein Gesuch um Kostenübernahme sowie die ärztliche Verordnung einzureichen
 - e. die Therapeuten, die ihn behandelt haben, ausdrücklich zu ermächtigen, dem Vertrauensarzt des Versicherers alle Auskünfte zu erteilen, die er für die Beurteilung des Falls benötigt. Er entbindet sie zu diesem Zweck von der beruflichen Schweigepflicht.
 - f. sich als Versicherter medizinischen Gutachten zu unterziehen, die der Bestimmung der Diagnose und der Festlegung des Leistungsanspruchs dienen. Solche Gutachten werden vom Versicherer auf seine Kosten in Auftrag gegeben und von Ärzten oder Spezialisten seiner Wahl durchgeführt, um den Gesundheitszustand des Versicherten einzuschätzen.
 - g. für geplante freiwillige Spitalbehandlungen ausserhalb der EU, der EFTA und seines Wohnlandes das vorgängige Einverständnis des Versicherers einzuholen.
 - h. Spitalaufenthalte und andere kostspielige Behandlungen ausserhalb der Schweiz vorgängig der Groupe Mutuel

Assistance mit dem Formular «Gesuch um Kostengutsprache» zu melden. Notfälle ausserhalb der Schweiz sind der Notrufzentrale der Groupe Mutuel Assistance unverzüglich zu melden (Telefonnummer auf der Versicherungspolice und der Versicherungsbestätigung).

4. Bei Verletzung der in Art. 22 Abs. 3 Bst. c der vorliegenden AVB erwähnten Pflicht kann der Versicherer die Zahlung der Leistungen verweigern, bis er die Auskünfte und Belege erhalten hat, aus denen er die Berechtigung des Anspruchs des Versicherungsnehmers oder des Versicherten bestimmen kann.
5. Bei Verletzung der in Art. 22 Abs. 3 Bst. e, f, g und h der vorliegenden AVB erwähnten Pflichten kann der Versicherer die Leistungen kürzen oder verweigern. Gemäss Art. 14 Abs. 1 Bst. n dieser AVB entfallen diese Sanktionen, wenn die Verletzung der Pflichten nicht auf ein Verschulden der versicherten Person zurückzuführen ist oder wenn die versicherte Person nachweisen kann, dass die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Ereignisses und den Umfang der Leistungen hat.

Art. 23 Schadenminderungspflicht

1. Der Versicherte hat ab Beginn einer Erkrankung und/oder eines Unfalls einen zugelassenen diplomierten Therapeuten zu konsultieren und seinen Anweisungen Folge zu leisten. Er muss alles vermeiden, was seiner Genesung schaden oder seine Krankheit verlängern könnte, und die Anweisungen des Therapeuten bezüglich der zugelassenen Ausgangszeiten befolgen.
2. Der Versicherte darf den Therapeuten nicht dazu verleiten, unnötige und unwirtschaftliche Untersuchungen und Behandlungen durchzuführen (z. B. unnötige Hausbesuche, stationäre statt ambulante Behandlungen, Medizintourismus).

Art. 24 Anpassung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1. Der Versicherer ist berechtigt, die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen anzupassen, insbesondere bei grundlegenden Änderungen wie:
 - a. Fortschritte der modernen Medizin
 - b. Anwendung neuer und kostenintensiver Therapieformen, beispielsweise Operationstechniken, Medikamente und Ähnliches
 - c. erweiterte Anzahl oder Niederlassung neuartiger Leistungserbringer
 - d. Leistungsänderungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
2. Die neuen Bedingungen gelten für den Versicherungsnehmer, wenn sie gemäss Absatz 1 während der Geltungsdauer der Versicherung angepasst werden.
3. Der Versicherer teilt den Versicherungsnehmern die Anpassungen mit. Falls der Versicherungsnehmer damit nicht einverstanden ist, kann er den Vertrag auf das Datum des Inkrafttretens der Anpassungen kündigen. Trifft innert 30 Tagen keine Kündigungsmittelteil beim Versicherer ein, gilt dies als Zustimmung zu den neuen Bestimmungen.

Art. 25 Mitteilungen

1. Die Mitteilungen des Versicherungsnehmers, des Versicherten und des Versicherers sind rechtsgültig, wenn sie schriftlich oder über jegliches andere Mittel erfolgen, das den Nachweis durch Text ermöglicht (E-Mail oder vom Versicherer zur Verfügung gestellte Kommunikationsmittel). Ausgenommen davon sind die sozialen Netzwerke.
2. Die Mitteilungen des Versicherungsnehmers oder des Versicherten müssen über die Korrespondenz- oder E-Mail-Adressen übermittelt werden, die auf den offiziellen Dokumenten des Versicherers aufgeführt sind.
3. Die Mitteilungen des Versicherers erfolgen rechtsgültig an die letzte vom Versicherungsnehmer oder vom Versicherer angegebene Korrespondenz- oder E-Mail-Adresse.

Art. 26 Verjährung

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

Art. 27 Erfüllungsort und anwendbares Recht

1. Ohne gegenteilige besondere Bestimmungen müssen die vertraglichen Pflichten auf Schweizer Boden und in Schweizer Franken erfüllt werden.
2. Es gilt ausschliesslich das Schweizer Recht.

Art. 28 Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten steht dem Versicherungsnehmer, Versicherten oder Anspruchsberechtigten wahlweise der Gerichtsstand an seinem schweizerischen Wohnsitz oder am Sitz des Versicherers oder am schweizerischen Arbeitsort für den im Ausland wohnhaften Versicherten zur Verfügung.

Art. 29 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 Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG. Die Datenbearbeitung wird an die Groupe Mutuel Services AG (nachfolgend Groupe Mutuel), eine Gesellschaft der Groupe Mutuel Holding AG, delegiert. Beide Gesellschaften sind dem Bundesgesetz über den Datenschutz unterstellt (DSG).

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 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 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 sowie 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 angebotenen Dienstleistungen zu verbessern und weiterzuentwickeln, die Versicherungskosten zu optimieren und wirtschaftlich zu halten, Akquisitions- und Marketingmassnahmen umzusetzen, 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 damit verbundenen Risiken verpflichten sich die Groupe Mutuel, ihre Versicherungsvermittler und anderen Beauftragten (z. B. ein Rückversicherer), alle erforderlichen Massnahmen zur Einhaltung der Datenschutzbestimmungen zu treffen. Dazu gehören insbesondere die technischen, physischen und organisatorischen Massnahmen, die erforderlich sind, um die Sicherheit von Personendaten zu gewährleisten und deren Veränderung, 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. Bei sensiblen Daten muss

die Zustimmung ausdrücklich erfolgen. Wenn die Datenverarbeitung einem Unter-, Outsourcing- oder Kooperationsvertrag mit Dritten unterliegt, verpflichten sich diese im Rahmen ihres Vertragsverhältnisses mit der Groupe Mutuel zur Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen.

Die Groupe Mutuel wählt Unterauftragnehmer aus, die die erforderlichen Garantien bieten. Die den Versicherungsvermittlern anvertrauten Daten 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, die 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 dataprotection@groupemutuel.ch kontaktiert werden kann.

Weitere Informationen zum Datenschutz sind auf der Website der Groupe Mutuel verfügbar: www.groupemutuel.ch.

Anhang A

Höchstbeträge für Spitalleistungen von nicht vom Versicherer anerkannten Einrichtungen oder Ärzten (Art. 12 Abs. 1 der vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen, Rubrik Spitalaufenthalt in der Schweiz).

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:				
Gesamtrückerstattung	Fr. 800.-	Fr. 1'000.-	Fr. 100.-	Fr. 150.-
- Arztkosten	- Fr. 500.-	- Fr. 500.-	- Fr. 0.-	- Fr. 0.-
- Spitalkosten	- Fr. 300.-	- Fr. 500.-	- Fr. 100.-	- Fr. 150.-