groupemutuel

Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global Business

GK

GKGA01-A4 – Ausgabe 01.01.2024

Inhalt

Art. 1 Zweck der Versicherung
Art. 2 Gedeckte Risiken
Art. 3 Aufnahmebedingungen
Art. 4 Besondere Bestimmungen
Art. 5 Auflösung des Versicherungsvertrags
Art. 6 Versicherte Leistungen
Art. 7 Leistungsanspruch
Art. 8 Prämien
Art. 9 Ausscheiden aus dem Kreis der Versicherten eines kollektiven Versicherungsprogramms und Auflösung der Rahmenvereinbarung

Die untenstehenden Bestimmungen ergeben sich aus den Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen AVZ (Ausgabedatum gemäss Versicherungspolice), sofern die vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen nicht davon abweichen.

Art. 1 Zweck der Versicherung

1. Zweck dieser Zusatzversicherung ist es, den Versicherten spezifische Leistungen in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) zu bieten.
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 Business als Ergänzung zu der genannten Versicherung ausgerichtet.
3. Die Zusatzversicherung Global Business umfasst drei Deckungsstufen (Basismodul):
   – Stufe 1
   – Stufe 2
   – Stufe 3
4. Dieses Basismodul kann mit der Option «Dentaire plus» ergänzt werden.

Art. 2 Gedeckte Risiken

Die Leistungen des Produkts Global Business werden bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft ausgerichtet.

Art. 3 Aufnahmebedingungen

1. Nur Personen, die dem Kreis der versicherbaren Personen angehören, können der Versicherung Global Business beitreten. Der Kreis der versicherbaren Personen wird in der Rahmenvereinbarung zwischen einem Unternehmen und dem Versicherer festgelegt. Darin werden auch die Beitrittsbedingungen für die verschiedenen Kategorien von Antragstellern geregelt. Die Antragsteller müssen beim Eintritt in die Versicherung in der Schweiz wohnhaft sein.
2. Es wird keine Altersgrenze für den Beitritt zur Versicherung Global Business Stufe 1 festgelegt. Für die Stufen 2 und 3 ist das Höchstalter auf das vollendete 65. Altersjahr festgelegt. Die in Artikel 6 Absatz 5 der vorliegenden Bedingungen genannten Aufnahmebedingungen für die Option «Dentaire plus» bleiben vorbehalten.

Art. 4 Besondere Bestimmungen

1. In Abweichung von Artikel 14 Buchstabe d der AVZ bleibt der Versicherungsvertrag bei der Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland bestehen, ohne dass weitere Vereinbarungen nötig sind.
2. In Abweichung von Artikel 6 Absatz 5 und Artikel 7 Absatz 7 der vorliegenden Versicherungsbedingungen gilt keine Karenzfrist für Zahnpflegeleistungen und Mutterschaftsleistungen für Mitarbeiter ausländischer oder schweizerischer Nationalität, die vom Arbeitgeber in die Schweiz entsandt oder in der Schweiz angestellt werden oder für Mitarbeiter ausländischer oder schweizerischer Nationalität, die vom Arbeitgeber ins Ausland entsandt werden und deren Familienmitglieder.
3. Personen, die während der Vertragslaufzeit ihren Wohnsitz ins Ausland verlegen, können die Versicherung Global Business 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.
4. Ein im Ausland wohnhafter Versicherter muss den Versicherer schriftlich innerhalb von 30 Tagen informieren, wenn er die in Artikel 4 Absatz 3 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. 5 Auflösung des Versicherungsvertrags

1. 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 drei Monaten und unter Vorbehalt der Bestimmungen von Artikel 9 der vorliegenden Versicherungsbedingungen kündigen.
2. Wenn die in Artikel 4 Absatz 3 der vorliegenden Versicherungsbedingungen erwähnten Kriterien nicht mehr erfüllt sind, kündigt der Versicherer die Versicherung Global Business rückwirkend auf das Datum, an dem der im Ausland wohnhafte Versicherte die betreffenden Kriterien nicht mehr erfüllt.

Art. 6 Versicherte Leistungen

1. In der Schweiz

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Details
Spitalaufenthalt	Allgemeine Abteilung	Freie Wahl der Spitalabteilung mit folgenden Kostenbeteiligungen zulasten des Versicherten: – allgemeine Abteilung Fr. 0.– – halbprivate Abteilung Fr. 100.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr – private Abteilung Fr. 200.–/Tag, max. 20 Tage/Kalenderjahr	Private Abteilung	**Beschreibung** – Der Versicherte hat die freie Wahl einer Spitaleinrichtung in der Schweiz gemäss gewählter Stufe für allgemeine oder psychiatrische Pflege bei Akutkrankheiten, Unfällen und Mutterschaft – 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, jedoch höchstens 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 Anpassung der Liste steht dem Versicherungsnehmer kein Kündigungsrecht zu. **Anmerkungen** – Die Leistungsdauer in einer psychiatrischen Einrichtung ist innerhalb eines Kalenderjahres auf 60 Tage begrenzt. – Nach 180 Tagen Spitalaufenthalt in der halbprivaten oder privaten Abteilung innerhalb eines Kalenderjahres werden keine Leistungen für Spitalaufenthalt mehr ausgerichtet. – Die Dauer der Leistungen in einer psychiatrischen Einrichtung (60 Tage) wird den oben genannten 180 Tagen Spitalaufenthalt in der halbprivaten oder privaten Abteilung angerechnet. **Pflicht des Versicherten** – Der Versicherte ist verpflichtet, sich zu erkundigen, ob die für die Behandlung gewählte Spitaleinrichtung, Abteilung der Spitaleinrichtung oder Klinik vom Versicherer anerkannt ist.
Ambulante chirurgische Eingriffe	Keine Leistungen	Max. Fr. 400.–/Kalenderjahr	Max. Fr. 600.–/Kalenderjahr	– Wenn sich der Versicherte einer ambulanten chirurgischen Behandlung in einem Operationssaal unterziehen muss, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen und von einem gemäss KVG anerkannten Leistungserbringer durchgeführt wird, erstattet der Versicherer folgende Kosten: • Unterbringung des Versicherten und seiner Begleitpersonen in einer Spitaleinrichtung oder einem Hotel für die Nacht direkt vor und/oder nach der Behandlung • Transport des Versicherten zwischen seinem Wohnort und dem betreffenden Leistungserbringer (Hin- und Rückweg in öffentlichen Verkehrsmitteln oder dem Taxi)
Limitierte und nicht kassenpflichtige Medikamente	90%	90%	90%	**Beschreibung** – Von einem Arzt oder einem gemäss KVG anerkannten Leistungserbringer verordnete Medikamente, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen werden **Ausschluss** – Auf der Liste pharmazeutischer Präparate für spezielle Verwendung (LPPV) aufgeführte Produkte
Transport- und Rettungskosten	90%	90%	90%	**Beschreibung** – Bis zur nächstgelegenen Spitaleinrichtung oder zum nächsten Arzt, sofern diese Transporte medizinisch notwendig sind **Anmerkung** – Dieser Beitrag wird nur bei einem Transport mit der Ambulanz oder dem Helikopter gewährt. 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.

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Details
Alternativmedizin	30%, max. Fr. 2000.–/ Kalenderjahr	60%, max. Fr. 3000.–/ Kalenderjahr	90%, max. Fr. 4000.–/ Kalenderjahr	**Beschreibung** – Kostenübernahme der Therapien gemäss unten stehender Liste (Artikel 6 Absatz 3, Liste der Therapien), die von einem diplomierten Arzt oder einem vom Versicherer anerkannten Naturheilpraktiker erbracht werden **Pflicht des Versicherten** – Vor jeder Behandlung ist der Versicherte verpflichtet, sich zu erkundigen, ob der Therapeut, von dem er sich behandeln lassen wird, für die vorgesehene Therapie vom Versicherer anerkannt ist.
Brillen und Kontaktlinsen	Fr. 150.– alle 3 Jahre	Fr. 200.– alle 3 Jahre	Fr. 200.– alle 3 Jahre	– Kaufpreis der Brillenfassung, Gläser oder Kontaktlinsen
Badekuren	Keine Leistungen	50%, max. 30 Tage/ Kalenderjahr	90%, max. 30 Tage/ Kalenderjahr	**Beschreibung** – Behandlungs- und Unterkunftskosten bei einer Badekur in anerkannten Kureinrichtungen gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), sofern die Leistungen von einem gemäss KVG anerkannten Arzt verschrieben wurden. **Pflicht des Versicherten** – Ein Bewilligungsgesuch und die ärztliche Kurverordnung müssen spätestens 20 Tage vor Kurantritt beim Versicherer eingereicht werden. Andernfalls besteht kein Anspruch auf Leistungen.
Erholungskuren	Keine Leistungen	50%, max. 30 Tage/ Kalenderjahr	90%, max. 30 Tage/ Kalenderjahr	**Beschreibung** – 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 **Pflicht des Versicherten** – Ein Bewilligungsgesuch und die ärztliche Kurverordnung müssen spätestens 20 Tage vor Kurantritt beim Versicherer eingereicht werden. Andernfalls besteht kein Anspruch auf Leistungen.
Haushaltshilfe	50%, max. Fr. 1500.–/ Kalenderjahr	50%, max. Fr. 1500.–/ Kalenderjahr	90%, max. Fr. 2500.–/ 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.). **Anmerkung** – Es wird keine Leistung erbracht, wenn der Versicherte von der Invalidenversicherung (IV) als invalid anerkannt wird, über eine Hilflosenentschädigung verfügt oder sich in einem Spital, in einer Kur- oder Erholungseinrichtung aufhält. **Pflicht des Versicherten** – Der Versicherte ist verpflichtet, vorab die Zustimmung des Versicherers einzuholen.
Impfungen	90%	90%	90%	– 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 Auslandreise empfohlen werden
Gesundheitscheck	90%, max. Fr. 600.– alle 3 Jahre	90%, max. Fr. 800.– alle 3 Jahre	90%, max. Fr. 1000.– alle 3 Jahre	– Es werden nur Gesundheitschecks übernommen, die von einem gemäss KVG anerkannten Arzt durchgeführt werden.
Zweitmeinung	90%	90%	90%	– Kostenübernahme für ein zweites ärztliches Gutachten vor einer Spitaleinweisung. Die Bezeichnung «Zweitmeinung» muss auf der Honorarrechnung vermerkt sein.
Gesundheitsförderung	50%, max. Fr. 200.–/ Kalenderjahr	50%, max. Fr. 200.–/ Kalenderjahr	50%, max. Fr. 200.–/ Kalenderjahr	**Beschreibung** – Kosten in Verbindung mit der Gesundheitsförderung in folgenden Bereichen: • Fitness • Rückenschule • Alkohol- und Tabakentzugskuren **Anmerkung** – Sollten in einem gleichen Kalenderjahr mehrere gesundheitsfördernde Massnahmen durchgeführt werden, beträgt die maximale Leistung Fr. 200.–.
Ultraschalluntersuchungen bei Schwangerschaft	Fr. 150.– pro Schwangerschaft	Fr. 150.– pro Schwangerschaft	Fr. 150.– pro Schwangerschaft	– Ultraschalluntersuchungen, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden
Geburtsvorbereitungskurse	Fr. 150.– pro Schwangerschaft	Fr. 150.– pro Schwangerschaft	Fr. 150.– pro Schwangerschaft	– Kurse zur Vorbereitung auf die Geburt oder zur Schmerzerleichterung bei der Geburt, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden
Einmaliges Stillgeld	Fr. 100.– pro Kind	Fr. 100.– pro Kind	Fr. 100.– pro Kind	– Vorausgesetzt die Mutter stillt ihr Kind während mindestens 30 Tagen und die Stilldauer wird vom Arzt oder der Hebamme bestätigt. Bei Mehrlingsgeburten wird das Stillgeld pro Kind ausgezahlt.

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.

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. Mit Ausnahme der Leistungen «Brillen und Kontaktlinsen» sowie «Option Dentaire plus» muss der Versicherte bei freiwilligen Behandlungen im Ausland schriftlich die Zustimmung des Versicherers einholen. Die Leistungen werden nur nach vorheriger Zustimmung des Versicherers übernommen.

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 u. a.). 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 Artikel 5 Absatz 2 Buchstabe c der vorliegenden Versicherungsbedingungen müssen im Ausland wohnhafte Personen, die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG unterstellt bleiben, oder Personen, die sich mit dem Abschluss einer freiwilligen Krankenpflegeversicherung nach VVG für die Aufrechterhaltung ihres Versicherungsschutzes gemäss Artikel 7a KVV entschieden haben, bei freiwilligen Behandlungen in ihrem Wohnland nicht die vorherige Zustimmung des Versicherers einholen. Obenerwähnter Buchstabe e bleibt vorbehalten.

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Details
Spitalaufenthalt	Zimmer mit mehr als zwei Betten	Freie Wahl der Spitalabteilung mit folgenden Kostenbeteiligungen zulasten des Versicherten: – Zimmer mit mehr als zwei Betten Fr. 0.– – Zweibettzimmer Fr. 100.–/Tag, max. 30 Tage/ Kalenderjahr – Einzelzimmer Fr. 200.–/Tag, max. 20 Tage/ Kalenderjahr	Einzelzimmer	**Beschreibung** – Freie Wahl einer Spitaleinrichtung gemäss gewählter Stufe für allgemeine oder psychiatrische Pflege bei Akutkrankheiten, Unfällen und Mutterschaft – Gemäss KVG anerkannte Behandlungskosten, Pensionskosten im Spital und Arzthonorare **Anmerkungen** – Die Einrichtungen müssen im Land, in dem die Behandlung stattfindet, von den zuständigen Gesundheitsbehörden anerkannt sein. – Die Leistungsdauer in einer psychiatrischen Einrichtung ist innerhalb eines Kalenderjahres auf 60 Tage begrenzt. – Nach 180 Tagen Spitalaufenthalt im Einzel- oder Zweibettzimmer innerhalb eines Kalenderjahres werden keine Leistungen für Spitalaufenthalte mehr ausgerichtet. – Die Dauer der Leistungen in einer psychiatrischen Einrichtung (60 Tage) wird den oben genannten 180 Tagen Spitalaufenthalt im Einzel- oder Zweibettzimmer angerechnet. – Die Spitalleistungen im Ausland sind auf höchstens Fr. 3000.–/Tag begrenzt. **Pflicht des Versicherten** – Der Versicherte ist verpflichtet, sich beim Versicherer zu erkundigen, ob die Einrichtung, die Abteilung der Einrichtung oder die Klinik im Land, in dem die Behandlung stattfindet, zu den von den zuständigen Behörden anerkannten Einrichtungen gehört.
Ambulante chirurgische Eingriffe	Keine Leistungen	Max. Fr. 400.–/ Kalenderjahr	Max. Fr. 600.–/ Kalenderjahr	– Wenn sich der Versicherte einer ambulanten chirurgischen Behandlung in einem Operationssaal unterziehen muss, die gemäss Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bezahlt wird und die von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der von den Gesundheitsbehörden im Land, in dem die Behandlung stattfindet, anerkannt ist, übernimmt der Versicherer folgende Kosten: • Unterbringung des Versicherten und seiner Begleitpersonen in einer Spitaleinrichtung oder einem Hotel für die Nacht direkt vor und/oder nach der Behandlung • Transport des Versicherten zwischen seinem Wohnort und dem betreffenden Leistungserbringer (Hin- und Rückweg in öffentlichen Verkehrsmitteln oder dem Taxi)

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Details
Ambulante Behandlungen	90%	90%	90%	– Untersuchungen, Analysen, Radiographien und anerkannte Medikamente – Gesetzliche Kostenbeteiligungen gemäss Artikel 7 Absatz 5 der vorliegenden Bedingungen
Transport- und Rettungskosten	90%	90%	90%	**Beschreibung** – Bis zur nächstgelegenen Spitaleinrichtung oder zum nächsten Arzt, sofern diese Transporte medizinisch notwendig sind. **Anmerkung** – Dieser Beitrag wird nur bei einem Transport mit der Ambulanz oder dem Helikopter gewährt. 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.
Alternativmedizin	30%, max. Fr. 2000.–/ Kalenderjahr	60%, max. Fr. 3000.–/ Kalenderjahr	90%, max. Fr. 4000.–/ Kalenderjahr	**Beschreibung** – Kostenübernahme der Therapien gemäss unten stehender Liste (Artikel 6 Absatz 3, Liste der Therapien), die von einem diplomierten Arzt oder einem vom Versicherer anerkannten Naturheilpraktiker erbracht werden **Pflicht des Versicherten** – Der Versicherte ist verpflichtet, vor jeder Behandlung die Zustimmung des Versicherers einzuholen. Um die Leistungspflicht abzuschätzen, stützt sich der Versicherer auf entsprechende, in der Schweiz anwendbare Kriterien.
Brillen und Kontaktlinsen	Fr. 150.– alle 3 Jahre	Fr. 200.– alle 3 Jahre	Fr. 200.– alle 3 Jahre	– Kaufpreis der Brillenfassung, Gläser oder Kontaktlinsen
Badekuren	Keine Leistungen	50%, max. 30 Tage/ Kalenderjahr	90%, max. 30 Tage/ Kalenderjahr	**Beschreibung** – Behandlungs- und Pensionskosten bei Badekuren in vom Versicherer in Übereinstimmung mit den in der Schweiz anwendbaren Kriterien anerkannten Kureinrichtungen, sofern die Kur von einem von den zuständigen Gesundheitsbehörden anerkannten Arzt verschrieben wird. **Pflicht des Versicherten** – Ein Bewilligungsgesuch und die ärztliche Kurverordnung müssen spätestens 20 Tage vor Kurantritt beim Versicherer eingereicht werden. Andernfalls besteht kein Anspruch auf Leistungen.
Bade- und Erholungskuren	Keine Leistungen	50%, max. 30 Tage/ Kalenderjahr	90%, max. 30 Tage/ Kalenderjahr	**Beschreibung** – Kosten für die Behandlung und Unterkunft bei Erholungskuren, wenn die Kur in einer vom Versicherer nach in der Schweiz anwendbaren Kriterien anerkannten Kureinrichtung und nach einem Spitalaufenthalt verordnet wurde **Pflicht des Versicherten** – Ein Bewilligungsgesuch und die ärztliche Kurverordnung müssen spätestens 20 Tage vor Kurantritt beim Versicherer eingereicht werden. Andernfalls besteht kein Anspruch auf Leistungen.
Haushaltshilfe	50%, max. Fr. 1500.–/ Kalenderjahr	50%, max. Fr. 1500.–/ Kalenderjahr	90%, max. Fr. 2500.–/ 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.). **Anmerkung** – Es wird keine Leistung erbracht, wenn der Versicherte von der Invalidenversicherung (IV) als invalid anerkannt wird, über eine Hilflosenentschädigung verfügt oder sich in einem Spital, in einer Kur- oder Erholungseinrichtung aufhält. **Pflicht des Versicherten** – Der Versicherte ist verpflichtet, vorab die Zustimmung des Versicherers einzuholen.
Impfungen	90%	90%	90%	– 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
Gesundheitscheck	90%, max. Fr. 600.– alle 3 Jahre	90%, max. Fr. 800.– alle 3 Jahre	90%, max. Fr. 1000.– alle 3 Jahre	– Es werden nur Gesundheitschecks übernommen, die von einem von den zuständigen Gesundheitsbehörden anerkannten Arzt durchgeführt werden.
Zweitmeinung	90%	90%	90%	– Kostenübernahme für ein zweites ärztliches Gutachten vor einer Spitaleinweisung. Die Bezeichnung «Zweitmeinung» muss auf der Honorarrechnung vermerkt sein.
Gesundheitsförderung	50%, max. Fr. 200.–/ Kalenderjahr	50%, max. Fr. 200.–/ Kalenderjahr	50%, max. Fr. 200.–/ Kalenderjahr	**Beschreibung** – Kosten in Verbindung mit der Gesundheitsförderung in folgenden Bereichen: • Fitness • Rückenschule • Alkohol- und Tabakentzugskuren **Anmerkung** – Sollten in einem gleichen Kalenderjahr mehrere gesundheitsfördernde Massnahmen durchgeführt werden, beträgt die maximale Leistung Fr. 200.–.

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Details
Ultraschalluntersuchungen bei Schwangerschaft	Fr. 150.– pro Schwangerschaft	Fr. 150.– pro Schwangerschaft	Fr. 150.– pro Schwangerschaft	– Ultraschalluntersuchungen, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden
Geburtsvorbereitungskurse	Fr. 150.– pro Schwangerschaft	Fr. 150.– pro Schwangerschaft	Fr. 150.– pro Schwangerschaft	– Kurse zur Vorbereitung auf die Geburt oder zur Schmerzerleichterung bei der Geburt, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden
Einmaliges Stillgeld	Fr. 100.– pro Kind	Fr. 100.– pro Kind	Fr. 100.– pro Kind	– Vorausgesetzt die Mutter stillt ihr Kind während mindestens 30 Tagen und die Stilldauer wird vom Arzt oder der Hebamme bestätigt. Bei Mehrlingsgeburten wird das Stillgeld pro Kind ausgezahlt.

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	
Ernährungsberatung	Kinesiologie	
Elektroakupunktur	Lymphdrainage	
Geobiologie	Massagen	
Heilkräuter	Mesotherapie	
Homöopathie	Metamorphose	
Iridologie	Orthobionomie	
Darmspülung	Osteopathie	
Lasertherapie	Polarity	
Magnetismus	Reflexologie	
Magnetotherapie	Reiki	
Moratherapie	Rolfing	
Naturheilverfahren	Shiatsu	
Sauerstofftherapie	Trager	
Phytotherapie	Wiederherstellung des energetischen Gleichgewichts	
Sympathikotherapie		
Schröpfen		

4. Groupe Mutuel Assistance

a. Umfasst die in den Allgemeinen Bedingungen der Groupe Mutuel Assistance vorgesehenen Leistungen (Repatriierung und Transport bei einem Schadenfall ausserhalb eines Umkreises von 20 Kilometern ab Wohnort des Versicherten in der Schweiz und im Ausland)

b. In Abweichung von Artikel 4 Absatz 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Groupe Mutuel Assistance ist die Versicherungsdeckung von Versicherten, die gemäss Artikel 4 Absatz 1 der vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen im Ausland wohnen, in ihrem Wohnland nicht auf 60 aufeinanderfolgende Tage begrenzt.

5. Option «Dentaire plus»

a. Der Versicherte kann den Versicherungsschutz gegen einen Prämienzuschlag um die unten aufgeführten Zahnbehandlungen erweitern. Bei dieser Option gelten folgende Prozentsätze und Höchstbeträge für die Kostenübernahme von Zahnbehandlungskosten:
   - Klasse 1: 75%, max. Fr. 3000.– pro Kalenderjahr
   - Klasse 2: 75%, max. Fr. 15 000.– pro Kalenderjahr

   Die gewählte Option und Versicherungsklasse sind auf der Versicherungspolice vermerkt.

b. Jeder Versicherte kann bis zum vollendeten 60. Altersjahr die Option «Dentaire plus» wählen.

c. Für den Beitritt muss ein vom Versicherer zur Verfügung gestelltes Formular ausgefüllt werden, das vom Versicherten oder dessen gesetzlichem Vertreter unterschrieben ist. Diesem muss ein ärztliches Zeugnis beigelegt werden, das von einem Zahnarzt ausgestellt wurde, der über ein eidgenössisches Diplom oder ein gleichwertiges, in der Schweiz anerkanntes Diplom verfügt.

d. Der Versicherer übernimmt die Honorarkosten des Zahnarztes, der das Zeugnis ausgestellt hat, bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 75.–.

e. Mit der Option «Dentaire plus» werden ausschliesslich folgende Kosten übernommen:
   1. Zahnärztliche Behandlungen, die von einem diplomierten Zahnarzt erbracht werden
   2. Jährliche prophylaktische Zahnkontrolle
   3. Kieferorthopädie
   4. Laborkosten

f. Für zahnärztliche Behandlungen infolge eines Unfalls, der sich nach dem Inkrafttreten der Versicherung ereignet, besteht sofortiger Leistungsanspruch.

g. Die Leistungen für zahnärztliche Prothetik (Zahnersatz, Einsetzen von Zahnkronen, Stiftzähnen, Brücken, Teil- oder Vollprothesen u. a.) 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.
h. Bei allen anderen Zahnbehandlungen unterstehen die Versicherungsleistungen einer dreimonatigen Karenzfrist.
i. Der offizielle UVG-Tarif (Nomenklatur und Taxpunktwert) ist massgebend für die Berechnung der übernommenen Leistungen. Der mögliche Aufschlag darf 50 Prozent nicht überschreiten.
j. Behandlungen im Ausland 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.

Art. 7 Leistungsanspruch

1. Der Leistungsanspruch wird nach den Behandlungsdaten berechnet. Die nach Anspruchsende anfallenden Kosten (bei zeitlich oder betragsmässig begrenzten Leistungen) können nicht auf das Folgejahr übertragen werden.
2. Die in der Schweiz und die im Ausland versicherten Leistungen sind nicht kumulierbar.
3. In Abweichung von Artikel 17 Absatz 4 der AVZ können Versicherte dem Versicherer auf Wunsch in Ausnahmefällen eine Zahlungsadresse im Ausland angeben.
4. Wenn eine ärztliche oder alternativmedizinische Behandlung nicht mehr medizinisch indiziert ist bzw. keine therapeutische Verbesserung bewirkt, informiert der Versicherer den Versicherten über die Reduktion oder das Ende der Auszahlung von Leistungen.
5. 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.
6. Umfang und Dauer der Leistungen bei Spitalaufenthalt
   a. Die Spitalleistungen werden nur in der akuten Phase der Behandlung erbracht. Der Leistungsanspruch erlischt, sobald der Patient 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. Versicherte der Global Business Stufe 2 haben die freie Wahl der Spitalabteilung mit den Kostenbeteiligungen und jährlichen Obergrenzen gemäss Artikel 6 der vorliegenden Versicherungsbedingungen.
      Stellt die Spitaleinrichtung den Ein- und Austrittstag in Rechnung, gelten diese bei der Berechnung der Tage, für die sich der Versicherte an den Spitalkosten beteiligt, als ganze Tage.
      Wenn der Versicherte während eines Kalenderjahres die halbprivate und private Abteilung wählt, muss er sich höchstens bis zum Maximalbetrag für die private Abteilung, d. h. bis zu Fr. 4000.–, an den Spitalkosten beteiligen.
   c. Wenn ein Versicherter der Versicherung Global Business Stufe 3 aus freien Stücken oder auf den Vorschlag des Versicherers hin auf die Unterbringung in der privaten Abteilung verzichtet, kann der Versicherer eine Entschädigung von bis zu 50 Prozent der nach seiner Einschätzung gesparten Kosten, maximal jedoch Fr. 5000.– pro Spitalaufenthalt, entrichten. Bei der ambulanten Entbindung oder der Entbindung zuhause wird dieser Betrag nicht entrichtet.
7. Versicherungsschutz bei Mutterschaft
   a. Die Leistungen für stationäre Behandlungen bei Schwangerschaft und Niederkunft werden erst zwölf Monate nach Inkrafttreten der Versicherung ausgerichtet.
   b. Bei einem Schwangerschaftsabbruch nach KVG und für jede weitere Mutterschaftsleistung gilt die in Absatz a oben genannte Karenzfrist.
   c. Im Fall einer ambulanten Niederkunft oder einer Niederkunft zuhause erhalten Versicherte der Stufe 1 einen Beitrag von Fr. 800.–, Versicherte der Stufe 2 einen Beitrag von Fr. 1000.– und Versicherte der Stufe 3 einen Beitrag von Fr. 1200.– unter Vorbehalt der in Absatz a oben genannten Karenzfrist.
   d. 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 versichert wird. Die persönlichen Kosten sind nicht gedeckt. Die in Absatz a oben genannte Karenzfrist bleibt vorbehalten.

8. Organtransplantation
   Im Rahmen der vorliegenden Versicherung werden keine Kosten im Zusammenhang mit Organtransplantationen gedeckt.
9. Option «Dentaire plus»
   Die in Artikel 6 Absatz 5 der vorliegenden Versicherungsbedingungen aufgeführten Leistungen sind gedeckt, sofern dies explizit in der Versicherungspolice erwähnt ist.

Art. 8 Prämien

1. 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 (Option «Dentaire plus» ausgeschlossen):
   – 0 bis 18 Jahre
   – 19 bis 25 Jahre
   – ab dem 26. bis zum 71. Altersjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren
2. Bei der Option «Dentaire plus» sind die Altersklassen in Stufen von jeweils fünf Jahren gegliedert (0-5 Jahre, 6-10 Jahre usw.). Die Prämien unterliegen den oben erwähnten Altersklassen.

Art. 9 Ausscheiden aus dem Kreis der Versicherten eines kollektiven Versicherungsprogramms und Auflösung der Rahmenvereinbarung

1. Bei Ausscheiden aus dem Kreis der Versicherten der Rahmenvereinbarung gehen die Versicherten automatisch in vergleichbare Produkte der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG über:
   – Ehemalige Versicherte der Global Business Stufe 1 gehen in die Spitalzusatzversicherung Klasse 1 – allgemeine Abteilung (Kategorie HC) und Krankenpflegezusatzversicherung Klasse 1 (Kategorie SC) und Versicherung Mundo (Kategorie MU) über.
   – Ehemalige Versicherte der Global Business Stufe 2 gehen in die Spitalzusatzversicherung H-Bonus (Kategorie HB) und Krankenpflegezusatzversicherung Klasse 3 (Kategorie SC) und Versicherung Mundo (Kategorie MU) über.
   – Ehemalige Versicherte der Global Business Stufe 3 gehen in die Spitalzusatzversicherung Klasse 4 – private Abteilung ohne Franchise (Kategorie HC) und Krankenpflegezusatzversicherung Klasse 4 (Kategorie SC) und Versicherung Mundo (Kategorie MU) über.
   – Ehemalige Versicherte der Option «Dentaire plus» Stufe 1 der Versicherung Global Business gehen in die Zahnpflegeversicherung (Dentaire plus) Klasse 3 inklusive Zusatzklasse 5 (Kategorie DP) über.
   – Ehemalige Versicherte der Option «Dentaire plus» Stufe 2 der Versicherung Global Business gehen in die Zahnpflegeversicherung (Dentaire plus) Klasse 4 inklusive Zusatzklasse 5 (Kategorie DP) über.

   Die Tarife zu diesen Produkten gelten für die betroffenen Versicherten.
2. Dieselbe Regel gilt für die Familienmitglieder eines verstorbenen Mitarbeitenden, die über die Rahmenvereinbarung versichert sind.
3. Bereits bestehende Vorbehalte werden beibehalten.
4. Das Inkrafttreten des vor Ausscheiden aus dem Kreis der Versicherten eines kollektiven Versicherungsprogramms abgeschlossenen Vertrags wird bei der Berechnung der Karenzfristen berücksichtigt.
5. Die vor Ausscheiden aus dem Kreis der Versicherten eines kollektiven Versicherungsprogramms in Anspruch genommenen Leistungen werden bei der Berechnung der Leistungshöchstbeträge berücksichtigt.
6. Bei einer Auflösung der Rahmenvereinbarung zwischen dem versicherten Unternehmen und dem Versicherer gelten die gleichen Bestimmungen.
7. Der Versicherte muss den Versicherer innerhalb von 30 Tagen schriftlich über sein Ausscheiden aus dem Kreis der Versicherten des kollektiven Versicherungsprogramms informieren.
8. Bei der Auflösung einer Rahmenvereinbarung, die eine teilweise oder vollständige Zahlung der Prämien durch das versicherte Unternehmen vorsieht, werden die Prämien für die Versicherungsperioden nach dem Ende der Rahmenvereinbarung direkt dem Versicherten belastet, der für ihre Zahlung haftet.
9. Der Versicherte kann innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der neuen Versicherungspolice den Vertrag oder bestimmte Produkte daraus kündigen oder ohne Gesundheitsprüfung in eine allfällig tiefere Versicherungsstufe dieser Produkte übertreten.
10. Wenn die Versicherung Global Business gemäss Artikel 5 Absatz 2 der vorliegenden Versicherungsbedingungen gekündigt wird, endet der Versicherungsschutz ohne automatischen Übertritt in ähnliche Produkte gemäss vorliegendem Artikel 9 Absätze 1–6.

Anhang A

Höchstbeträge für Spitalleistungen von nicht vom Versicherer anerkannten Einrichtungen oder Ärzten (Art. 6.1 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen, Abschnitt 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: Totale Rückerstattung – Arztkosten – Spitalkosten	Fr. 800.– – Fr. 500.– – Fr. 300.–	Fr. 1000.– – Fr. 500.– – Fr. 500.–	Fr. 100.– – Fr. 0.– – Fr. 100.–	Fr. 150.– – Fr. 0.– – Fr. 150.–