Überblick über die Zusatzversicherungen gemäss VVG

groupemutuel

Überblick

Zusatzversicherung Global smart 3

GO Global smart, Stufen 1 bis 3

Heilungskosten-Zusatzversicherungen 4

SD Krankenpflege-Zusatzversicherung Premium

SO Krankenpflege-Zusatzversicherung Optimum

ST Krankenpflege-Zusatzversicherung Start

Spitalzusatzversicherungen 4-5

HC Spitalzusatzversicherung, Stufen 1 bis 4

HB Spitalzusatzversicherung H-Bonus

HS Hôpital senior, Stufen 1 bis 4

KH Kapitalversicherung bei Spitalaufenthalt H-Capital

BH Taggeldversicherung bei Spitalaufenthalt

Reiseversicherung und Auslandhilfe 5

MU Mundo

Zahnpflegeversicherung 6

DP Zahnpflegeversicherung Dentaire plus

Zusatzversicherungen Unfall 6

AB Acrobat, Unfallversicherung für Kinder bis 18 Jahre

AJ ActiVita, Unfallversicherung ab 18 Jahren

Taggeldversicherung 7

PI Einzel-Taggeldversicherung

AM Taggeldversicherung bei Hausarbeitsunfähigkeit Sekunda

Rechtsschutzversicherungen 7-9

LJ Legis^{priva}, Privat-Rechtsschutzversicherung

LJ Legis^{strada}, Mobilitäts-Rechtsschutzversicherung

LJ Legis^{duo}, kombinierte Privat- und Mobilitäts-Rechtsschutzversicherung

LS Legis^{sana+}, Patienten-Rechtsschutzversicherung

Kapitalversicherung und Rente 9-10

ID ProVista, Kapitalversicherung bei Invalidität oder Tod infolge Unfalls

AD ProVista^{light}, Kapitalversicherung bei Tod infolge Unfalls

KP KidsProtect, Rente für erkrankte Kinder

Wichtige Informationen 10-14

Zusatzversicherung Global smart

Risikotragender Versicherer: Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG – Martigny

Die Global smart-Versicherung ergänzt die obligatorische Krankenpflegeversicherung optimal, indem sie sowohl medizinische Behandlungen als auch Spitalaufenthaltskosten abdeckt.

☐ GO Global smart, Stufen 1 bis 3

- ○ **drei Deckungsstufen zur Auswahl:** GO 1, 2 und 3
- ○ Beitritt ohne Altersbegrenzung für die Stufen 1 und 2 möglich. Für die Stufe 3 bis zum vollendeten 70. Lebensjahr
- ○ Aufenthalt in Spitälern gemäss gewählter Deckungsstufe in der allgemeinen, halbprivaten oder privaten Abteilung in der ganzen Schweiz
- ○ die Spitaleinrichtungen sowie die im Rahmen des Spitalaufenthalts tätigen Ärzte müssen vom Versicherer anerkannt sein
- ○ die Spitalleistungen bei Schwangerschaft und Niederkunft werden erst nach einer Karenzfrist von 12 Monaten nach Inkrafttreten des Vertrags gewährt, vorbehaltlich einer vorherigen gleichwertigen Deckung bei der GMA AG oder einem anderen Versicherer
- ○ in allen Deckungsstufen Kostenübernahme Komplementärmedizin gemäss Liste der Versicherung, nicht kassenpflichtige Medikamente mit Beschränkung, Brillen und Kontaktlinsen, Transport-, Such- und Rettungskosten, Mammografien und Ultraschall, gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und Check-ups sowie Leistungen zur Gesundheitsförderung (Rückentraining, Fitnessabos und -kurse und andere Präventionsmassnahmen). Die Kostenübernahme ist in jeder Leistungsstufe begrenzt.
- ○ Stufen 2 und 3: Kostenübernahme bei Zahnbehandlungen, Reha-Aufenthalten nach einem Spitalaufenthalt und Badekuren, für Hilfsmittel, Kinderbetreuung, freiwillige Sterilisation und ambulante Eingriffe. Die Kostenübernahme ist in jeder Leistungsstufe begrenzt.
- ○ in allen drei Stufen: Kostenübernahme bei notfallmässigen Behandlungen im Ausland (ambulante Behandlungen und Behandlungs- und Hotelleriekosten je nach gewählter Abteilung im Spital, zahnärztliche Behandlungen, Brillen und Kontaktlinsen, Transport-, Repatriierungs-, Such- und Rettungskosten, gesetzliche Beteiligungen im Ausland sowie Kosten bei Besuch durch ein Familienmitglied im Falle einer Hospitalisierung der versicherten Person von mehr als einer Woche) bis maximal CHF 200’000/Jahr
- ○ Familienrabatt auf der Prämie des minderjährigen Kindes, wenn es und mindestens ein Elternteil Global smart haben und das Niveau des Elternteils mindestens jenem des Kindes entspricht.

Heilungskosten-Zusatzversicherungen

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

☐ SD Krankenpflege-Zusatzversicherung Premium Version 2024

- ○ Beitritt bis zum vollendeten 70. Lebensjahr möglich
- ○ umfassender und grosszügiger Versicherungsschutz für ambulante Versorgung wie nicht kassenpflichtige Medikamente, Alternativmedizin und Zahnpflegeleistungen Übernahme von zahlreichen Ausgaben des täglichen Bedarfs (Brillen, Transportkosten, Hilfsmittel, Verhütung, Beiträge für sportliche Aktivitäten, etc.)
- ○ Präventionsleistungen, zum Beispiel: Impfungen, Gesundheitscheck, Ultraschall und Mammographien, präventive gynäkologische Untersuchungen und Fitness
- ○ umfangreiche Kostenübernahme für Transport, Haushaltshilfe und Kieferorthopädie für Kinder bis 18 Jahre
- ○ Rabatt auf die Prämie für Kinder, wenn mindestens ein Elternteil Premium abgeschlossen hat.

☐ SO Krankenpflege-Zusatzversicherung Optimum

- ○ Optimale Deckung für ambulante Pflegeleistungen in allen Lebensphasen, wie z. B. Betreuung kranker Kinder zuhause, nicht kassenpflichtige Medikamente, Transport- und Rettungskosten, Alternativmedizin, Zahnbehandlungen sowie Haushaltshilfe
- ○ Übernahme zahlreicher Ausgaben des täglichen Bedarfs (Brillen, Hilfsmittel, Beiträge für sportliche Aktivitäten) und innovativer Leistungen wie Korrektur von Narben, Korrektur abstehender Ohren oder Kostenbeteiligung bei ambulanten chirurgischen Eingriffen (Komfort, Hotel, Taxi, Verpflegung zuhause etc.)
- ○ Präventionsleistungen: Impfungen, Gesundheitscheck, gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen, Mammografien, Ultraschalluntersuchungen, Fitness und andere Präventionsmassnahmen
- ○ Rabatt auf die Prämie für Kinder, wenn mindestens ein Elternteil Optimum abgeschlossen hat
- ○ zwei Wahlfranchisen: CHF 0 oder CHF 150

☐ ST Zusatzversicherung Start

- ○ Aufnahme ohne Altersgrenze
- ○ Praktische Ergänzung der Grundversicherung mit Beteiligung an Ihren Gesundheitsausgaben für kassenpflichtige Medikamente, die Medikamentenlieferung nach Hause, Brillen, Hilfsmittel, Transportkosten, Psychotherapie oder Zahnbehandlungen
- ○ Übernahme von Präventionsleistungen wie Impfungen, HIV-Vorsorgeuntersuchungen, Check-ups, Brustkrebs-Screenings oder gynäkologische Präventivuntersuchungen

Spitalzusatzversicherungen

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

☐ HC Spitalzusatzversicherung, Stufen 1 bis 4

- ○ Beitritt bis zum vollendeten 60. Lebensjahr möglich
- ○ **vier verschiedene Leistungsstufen:** HC 1, 2, 3 und 4:
  - ○ allgemeine Abteilung ganze Schweiz (Klasse 1), Entschädigung bei Spitalaufenthalt im Ausland (Krankheit, Unfall) von CHF 500 pro Tag
  - ○ halbprivate Abteilung ganze Schweiz (Klasse 2), Entschädigung bei Spitalaufenthalt im Ausland (Krankheit, Unfall) von CHF 1'000 pro Tag
  - ○ private Abteilung ganze Schweiz (Klasse 3), Entschädigung bei Spitalaufenthalt im Ausland (Krankheit, Unfall) von CHF 1'500 pro Tag
  - ○ private Abteilung ganze Schweiz (Klasse 4), Entschädigung bei Spitalaufenthalt im Ausland (Krankheit, Unfall) von CHF 3'000 pro Tag
- ○ mit eingeschränkter Dauer und begrenztem Leistungsbetrag gemäss den Besonderen Bedingungen
- ○ die Spitaleinrichtungen sowie die im Rahmen des Spitalaufenthalts tätigen Ärzte müssen vom Versicherer anerkannt sein
- ○ Spitalleistungen bei Schwangerschaft und Niederkunft werden erst nach einer Karenzfrist von zwölf Monaten ab Inkrafttreten der Versicherung erbracht.
- ○ **drei Wahlfranchisen für die Stufen 2, 3 und 4:** CHF 0, CHF 1’000 oder CHF 3’000

☐ HB Spitalzusatzversicherung H-Bonus

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

☐ HS Hôpital senior, Stufen 1 bis 4

- ○ Zusatzversicherung bei Spitalaufenthalt für Personen im Alter von über 55 Jahren, kein Höchstalter
- ○ Die Prämie, für Männer und Frauen identisch, wird nach einem progressiven Index, der aufgrund des Alters des Versicherten variiert, festgesetzt. Bis zum 55. Altersjahr beträgt der Index 100 und steigt pro Lebensjahr um 7 Punkte. Ausschlaggebend ist das im Verlauf des Kalenderjahres erreichte Alter.
- ○ **vier verschiedene Leistungsstufen zur Auswahl:** HS 1, 2, 3 und 4:
  - ○ Hotellerie-Service in einem Zweibettzimmer, Behandlung entsprechend der allgemeinen Abteilung (Stufe 1)
  - ○ Hotellerie-Service in einem Einbettzimmer, Behandlung entsprechend der allgemeinen Abteilung (Stufe 2)
  - ○ Zweibettzimmer, Behandlung in der halbprivaten Abteilung (Stufe 3)
  - ○ Einbettzimmer, Behandlung in der privaten Abteilung (Stufe 4)
- ○ die Spitaleinrichtungen sowie die im Rahmen des Spitalaufenthalts tätigen Ärzte müssen vom Versicherer anerkannt sein
- ○ Leistungsausschluss: bei Mutterschaft
- ○ **drei Wahlfranchisen für die Stufen 3 und 4:** CHF 0, CHF 2'000 oder CHF 5'000

☐ KH Kapitalversicherung bei Spitalaufenthalt H-Capital

- ○ **Elf jährliche Kapitalien zur Wahl** für die Deckung der Kosten eines akutstationären Spitalaufenthalts von einer Dauer von mehr als 24 Stunden oder weniger als 24 Stunden, wenn während einer Nacht ein Bett besetzt wird:
  - ○ CHF 300 ○ CHF 500 ○ CHF 600
  - ○ CHF 900 ○ CHF 1'000 ○ CHF 1'200
  - ○ CHF 1'500 ○ CHF 2'000 ○ CHF 2'500
  - ○ CHF 3'000 ○ CHF 3'500
- ○ **Leistungsausschluss:** Mutterschaft, ambulante Behandlungen, Spitalaufenthalt bei Behandlungen, die vom KVG nicht anerkannt werden, teilstationäre Spitalaufenthalte und Aufenthalte, die ausschliesslich dem UVG, IVG oder MVG unterstehen

☐ BH Taggeldversicherung bei Spitalaufenthalt

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

Reiseversicherung und Auslandhilfe

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

☐ MU Versicherung Mundo

- ○ weltweiter Versicherungsschutz bei Krankheit und Unfall
- ○ Übernahme der Kosten bis max. CHF 100'000/Jahr, wie z. B. für ambulante Behandlungen und Spitalaufenthalte, medizinisch notwendige Transporte, Repatriierungs-, Such- und Rettungskosten
- ○ **Leistungsausschluss:** freiwillige Behandlungen im Ausland, Krankheiten, die zum Zeitpunkt der Abreise ins Ausland bereits behandelt werden und sich noch nicht stabilisiert haben, und persönliche Auslagen (Getränke, Telefongespräche u. a.)
- ○ Kombinationsrabatt für Personen, die mindestens eines der folgenden Versicherungsprodukte abgeschlossen haben: GO, HB, HC 2, 3 und 4, HS, SD, SO. Der Rabatt entfällt, wenn diese Bedingungen nicht mehr erfüllt sind.

Zahnpflegeversicherung

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

☐ DP Zahnpflegeversicherung Dentaire plus

- **drei verschiedene Leistungsstufen zur Auswahl:** 1, 2 und 3
- Beitritt bis zum vollendeten 60. Lebensjahr möglich
- **DP1 bis DP3:** Zahnpflegekosten, inkl. Kieferorthopädie, Beitrag von CHF 75 an prophylaktische Kontrollen und Laborkosten:
  - DP1: 75% des gemäss anerkanntem UVG-Tarif fakturierten Betrags, max. CHF 1'000/Kalenderjahr (Stufe 1)
  - DP2: 75% des gemäss anerkanntem UVG-Tarif fakturierten Betrags, max. CHF 3'000/Kalenderjahr (Stufe 2)
  - DP3: 75% des gemäss anerkanntem UVG-Tarif fakturierten Betrags, max. CHF 15'000/Kalenderjahr (Stufe 3)
- In allen Stufen werden die Leistungen erst nach einer Karenzfrist von drei Monaten ab Inkrafttreten der Versicherung erbracht, Leistungen für prothetische Behandlungen nach zwölf Monaten. Der Leistungsanspruch infolge eines Unfalls beginnt sofort.
- **Leistungsausschluss:** für die zum Zeitpunkt der Aufnahme fehlenden oder bereits ersetzten Zähne, zahnärztliche Behandlungen aufgrund eines Unfalls vor Beitritt, bereits beim Beitritt geplante Behandlungen sowie Behandlungen, für die das UVG, das IVG, das MVG oder ein Dritter leistungspflichtig sind

Zusatzversicherungen Unfall

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

☐ AB Acrobat, Unfallversicherung für Kinder bis 18 Jahre

- Beitritt bis zum vollendeten 18. Lebensjahr möglich
- Für Versicherte bis 18 Jahre ist die Prämie in allen Deckungsstufen gleich.
- **drei Deckungsstufen zur Auswahl, weltweit gültig:**
  - **Acrobat^{eco}:** Spitalaufenthalt in der privaten Abteilung in der ganzen Schweiz, freie Wahl des Spezialisten, Kosten für Nachholunterricht, ästhetische Chirurgie, Haushaltshilfe, nicht benutzte Sportabonnements, Transport-, Such- und Rettungskosten
  - **Acrobat^{light}:** ambulante Behandlungen und Spitalaufenthalt in der allgemeinen Abteilung schweizweit, Kapitalauszahlungen bei Invalidität (bis CHF 700'000) oder Todesfall (CHF 10'000), Kosten für Nachholunterricht, ästhetische Chirurgie, Haushaltshilfe, nicht benutzte Sportabonnements, Transport-, Such- und Rettungskosten
  - **Acrobat^{standard}:** Spitalaufenthalt in der privaten Abteilung in der ganzen Schweiz, freie Wahl des Spezialisten, Kapitalauszahlungen bei Spitalaufenthalt (CHF 500), Invalidität (bis CHF 700'000) oder Todesfall (CHF 10'000), Groupe Mutuel Assistance bei Notfällen in der Schweiz und im Ausland, Kosten für Nachholunterricht, ästhetische Chirurgie, Haushaltshilfe, nicht benutzte Sportabonnements, Transport-, Such- und Rettungskosten
- Versicherte mit Stufen Acrobat^{light} und Acrobat^{standard} werden per 1. Januar des Jahres nach Erreichen des 18. Altersjahres automatisch in die Versicherung ProVista (ID) mit der gleichen Versicherungssumme übertragen.
- Versicherte mit Stufe Acrobat^{eco} werden per 1. Januar des Jahres nach Erreichen des 18. Altersjahres automatisch in die Versicherung ActiVita (AJ) übertragen.

☐ AJ ActiVita, Unfallversicherung ab 18 Jahren

- Beitritt bis zum vollendeten 60. Lebensjahr möglich
- **in der Schweiz und im Ausland:** stationäre Behandlungen in der privaten Abteilung, freie Wahl des Spezialisten, Kosten für Suche, Rettung und Notfalltransporte, Repatriierung, telefonische Rechtshilfe rund um die Uhr
- **in der Schweiz:** stationäre Rehabilitationsbehandlungen, Transportkosten zur medizinischen Behandlung (CHF 1'500/Fall), ästhetische Chirurgie (CHF 60'000/Fall), Hausüberwachungsdienst (CHF 1'500/Fall), Vergütung eines Sportabonnements (CHF 500/Fall)
- **Leistungsausschluss:** berufliche und sportliche Aktivitäten und Wagnisse im Sinn des UVG

Taggeldversicherung

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

☐ PI Einzel-Taggeldversicherung

- ○ Beitritt möglich vom vollendeten 15. Lebensjahr bis zum vollendeten 55. Lebensjahr
- ○ Das Ablaufdatum des Vertrags ist auf den 31. Dezember eines Kalenderjahres festgelegt und auf der Police angegeben.
- ○ Geht bis spätestens 30. September des Kalenderjahres keine Kündigung beim Versicherer ein, verlängert sich der Vertrag bei Ablauf der Police stillschweigend um ein weiteres Jahr.
- ○ Die weiteren Kündigungsgründe sind in Artikel 7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt.
- ○ attraktive Deckung der Risiken Krankheit und/oder Unfall
- ○ Leistungsdauer in der Police erwähnt (z. B. 730 Kalendertage)
- ○ verschiedene Wartefristen zur Auswahl
- ○ Eine vollständige oder teilweise Unfähigkeit muss dem Versicherer innert 15 Tagen ab Beginn der Arbeitsunterbrechung mit einem Arztzeugnis gemeldet werden.
- ○ Einschränkung des Leistungsanspruchs: für die in Artikel 14 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Fälle

☐ AM Taggeldversicherung bei Hausarbeitsunfähigkeit Sekunda

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

Rechtsschutzversicherungen

Risikotragender Versicherer: Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG – Martigny
Unternehmen, das die Schadenverwaltung abwickelt: Dextra Rechtsschutz AG – Zürich

☐ LJ Privat-Rechtsschutzversicherung Legis[priva]

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

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

- **Nicht versicherte Risiken und Kosten, Einschränkungen und Ausschlüsse:** gemäss detaillierter Beschreibung in den Artikeln 13, 14 und 18 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Die üblichsten Ausschlüsse sind: Streitigkeiten des Versicherten in der Eigenschaft als Arbeitgeber, Patient, Käufer, Eigentümer, Entleiher, Mieter, Halter oder Lenker von Motorfahrzeugen, Streitigkeiten der versicherten Person im Zusammenhang mit Erwerb/Veräusserung (Verkauf und Tausch, Schenkung u. a.) von Gebäuden und Grundstücken, Grundpfand, Bauhandwerkerpfandrecht, selbstständige Erwerbstätigkeit des Versicherten, Inkasso von Forderungen, Abwehr von Haftpflichtansprüchen, die an den Versicherten durch Dritte gestellt werden, Streitigkeiten, die dem Versicherten als Beteiligter an Raufereien oder Schlägereien entstehen, Streitigkeiten des Versicherten im Zusammenhang mit der Begehung von Verbrechen und anderen vorsätzlichen Vergehen sowie der Versuch dazu, Streitigkeiten im Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen, Aufruhr, Streiks, Unruhen aller Art, Erdbeben, Vulkanausbrüchen, anderen Naturkatastrophen sowie der Veränderung der Atomstruktur. Die Versicherung deckt keine Schäden, die der Versicherte erlitten hat und Kosten zulasten einer Drittperson oder Haftpflichtversicherung sowie Bussen, zu denen der Versicherte verurteilt wurde. Es bestehen Einschränkungen der Versicherungsdeckung, insbesondere hinsichtlich Streitigkeiten bezüglich Nachbarrecht.

☐ LJ Mobilitäts-Rechtsschutzversicherung Legis[strada]

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

☐ LJ Kombinierte Privat- und Mobilitäts-Rechtsschutzversicherung Legis[duo]

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

☐ LS Patienten-Rechtsschutzversicherung Legis[sana+]

- Beitritt möglich für alle natürlichen Personen mit Wohnsitz in der Schweiz,
- Der Vertrag endet mit dem Tod des Versicherten, bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland oder bei Kündigung durch den Versicherten oder die GMA AG,
- sowohl der Versicherte als auch die GMA AG können nach jedem Schadenfall vom Vertrag zurücktreten,
- die Prämie ist für Versicherte von 0 bis 18 Jahren und von 19 bis 99 Jahren einheitlich,
- dreimonatige Karenzfrist ohne Leistungsübernahme bei Streitigkeiten rund um Schönheitsoperationen,
- Rechtshilfe durch Dextra Rechtsschutz AG und Kostenübernahme für Massnahmen im Zusammenhang mit Streitigkeiten als Patient aufgrund von:
  - Verstössen gegen den Schutz von Gesundheitsdaten,
  - Diagnose- oder Behandlungsfehlern,
  - entstandenen Schäden bei defekten Hilfsmitteln oder Medikamenten.

  Übernommen werden Anwaltskosten und Honorare anderer Beauftragter, Kosten von Expertisen, Verfahrens- und Gerichtskosten usw. bis zu einem Maximalbetrag von CHF 500’000 pro Fall (in der Schweiz), CHF 50’000 pro Fall (im Ausland),
- **nicht versicherte Risiken:** gemäss Art. 6 der Besonderen Versicherungsbedingungen.

  Ausgeschlossen sind Behandlungen durch Leistungserbringer, deren Tätigkeit nicht von den Gesundheitsbehörden genehmigt wurde,
  - psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungen,
  - ausserhalb der Schweiz durchgeführte chirurgische Eingriffe zur Gewichtsreduktion,
  - Anfechtung von Honoraren oder Rechnungen,
  - Rechtsstreitigkeiten mit Dextra oder beauftragten Anwälten oder Experten in von Dextra genehmigten Fällen sowie Rechtsstreitigkeiten mit den Gesellschaften der Groupe Mutuel Holding AG, der Fondation Groupe Mutuel und/oder Unternehmen, die einen Leistungsvertrag mit der Groupe Mutuel Services AG haben.

Kapitalversicherung und Rente

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

☐ ID ProVista ☐ AD ProVista[light] Kapitalversicherungen bei Invalidität und/oder Todesfall infolge Unfalls

- zwei Deckungsstufen zur Auswahl:
  - ProVista: Kapital bei Invalidität oder Tod infolge Unfalls
  - ProVista[light]: Kapital bei Tod infolge Unfalls
- Beitritt bis zum vollendeten 65. Lebensjahr möglich
- Die Prämien werden nach Altersgruppe und versichertem Kapitalbetrag abgestuft.
- freie Wahl zwischen unterschiedlich kombinierbaren Versicherungssummen bis max. CHF 200’000 bei Tod und CHF 400’000 bei einer unfallbedingten Invalidität (im Verhältnis zum Invaliditätsgrad progressiv bis zu 350%)
- Für Kinder beträgt das Höchstkapital bei Tod:
  - CHF 2’500 für Kinder bis zwei Jahre und sechs Monate
  - Entschädigung von bis zu CHF 20’000, wenn der Unfall eine schwerwiegende und dauerhafte Entstellung zur Folge hat
  - CHF 20’000 für Kinder ab zwei Jahren und sechs Monaten bis 12 Jahre
- Die Versicherungssummen werden nach dem vollendeten 70. Altersjahr gekürzt (CHF 10’000 im Todesfall und CHF 30’000 im Invaliditätsfall).

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

☐ KP KidsProtect, Rente für erkrankte Kinder

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

Wichtige Informationen

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

Versicherungsantrag

Die Übermittlung eines Versicherungsantrags ist keine Offertenanfrage, sondern eine ausdrückliche Willenserklärung des Antragstellers an den Versicherer, einen oder mehrere Versicherungsverträge abzuschliessen. Der Antragsteller bleibt 14 Tage an den Antrag gebunden, bzw. 4 Wochen, wenn medizinische Auskünfte erforderlich sind (Art. 1 VVG). Der Antragsteller kann seinen Antrag innerhalb von 14 Tagen nach seinem Antrag auf Vertragsabschluss widerrufen. Diese Frist ist eingehalten, wenn die Widerrufserklärung spätestens am letzten Tag der Widerrufsfrist der Post übergeben wird (oder sie über jegliches andere vom Versicherer zur Verfügung gestellte Mittel eingereicht wird, das den Nachweis durch Text ermöglicht. Ausgenommen davon sind die sozialen Netzwerke).
Es steht dem Versicherer frei, den Antrag anzunehmen, ihn abzulehnen oder Vorbehalte anzubringen.
Für jedes Versicherungsprodukt mit eigenen besonderen Bedingungen wird ein individueller, separater Vertrag erstellt.

Mindestversicherungsdauer

Die Mindestdauer der Zusatzversicherungen beträgt drei Jahre, mit Ausnahme der Versicherungen Mundo und Legis^{sana+} deren Mindestdauer ein Jahr beträgt. Das Ablaufdatum der Einzel-Taggeldversicherung PI ist auf der Police aufgeführt.
Wenn der Vertrag nicht auf das Ende der Mindestdauer gekündigt wird, verlängert er sich stillschweigend jeweils um ein Jahr.

Ablauf des Versicherungsvertrags

Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag wie folgt kündigen:

- unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum Ablauf der Mindestversicherungsdauer
- Die Ablehnung oder der Vorbehalt eines oder mehrerer Produkte des Versicherungsantrags rechtfertigt nicht den Rücktritt von den übrigen vom Versicherer angenommenen Produkten.
- nach jedem Schadenfall, für den der Versicherer eine Leistung erbringen muss, spätestens zehn Tage, nachdem er von der Auszahlung der Entschädigung Kenntnis erhalten hat. Der Versicherungsschutz erlischt 14 Tage nach Eintreffen der Kündigung beim Versicherer
- bei einer Prämienerhöhung (auch aufgrund eines Wechsels der Altersklasse) innerhalb von 30 Tagen ab Erhalt der Police oder der Mitteilung der Prämienerhöhung
- bei Vorliegen eines wichtigen Grundes im Sinn von Artikel 35b VVG
- bei Verletzung der Informationspflicht durch den Versicherer gemäss VVG Artikel 3a

Der Versicherer kann den Vertrag wie folgt kündigen:

- bei Verschweigen wichtiger Informationen oder bei unrichtigen Angaben (Falschaussage/Verletzung der Anzeigepflicht) durch den Versicherten
- bei Vorliegen eines wichtigen Grundes im Sinn von Artikel 35b VVG
- Bei den Produkten Legis^{priva}, Legis^{strada} und Legis^{duo} kann der Versicherer spätestens bei Zahlung des Schadenfalls vom Vertrag zurücktreten.

Der Versicherungsvertrag sowie der Anspruch auf Leistungen erlöschen insbesondere:

- mit dem Tod des Versicherten
- bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland, am Ausreisedatum, das der Gemeinde oder kantonalen Behörde mitgeteilt worden ist

Aufnahmebedingungen

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

Prämien

Die Prämien werden nach Geschlecht, Region und Altersgruppe abgestuft. Es gelten folgende Altersklassen (ausser bei gegenteiliger Bestimmung in den Besonderen Versicherungsbedingungen):
0 bis 18 Jahre, 19 bis 25 Jahre und ab dem 26. bis zum 70. Altersjahr Abstufungen von jeweils fünf Jahren. Die 71- bis 99-Jährigen bilden eine einheitliche Altersklasse.
Der Versicherte, der während des Jahres das Höchstalter seiner Altersgruppe erreicht, wird auf Beginn des nächsten Kalenderjahres automatisch in die nächsthöhere Altersklasse übertragen.
Wie die Versicherungen Mundo, Legis und Dentaire plus sehen einige Produkte eine andere Tarifstruktur vor.
Der Betrag der Prämien für die ausgewählten Produkte wird im Versicherungsantrag, in der Offerte und in der Versicherungspolice festgelegt. Kann die Prämie vor dem Inkrafttreten der Versicherung noch ändern, wird dies in der Police erwähnt.
Werden Familienboni gewährt, entfallen diese und die normale Prämie wird fällig, sobald die Bedingungen für den Familienbonus nicht mehr erfüllt sind.

Pflichten des Versicherten

Schadenminderungspflicht

Bei Krankheit oder Unfall hat der Versicherte sich so schnell wie möglich einer geeigneten medizinischen Behandlung zu unterziehen. Der Versicherte ist verpflichtet, sich an die Anweisungen des Arztes zu halten und Handlungen zu vermeiden, die zu einer Verschlechterung seines Gesundheitszustandes beitragen könnten.
Der Versicherte hat sich vor jeder Behandlung zu informieren, ob die gewählte Therapie, der Leistungserbringer und die Einrichtung, in der er sich behandeln lassen wird, vom Versicherer anerkannt sind. Jeder freiwillige Wechsel der Therapieform oder des Therapeuten im Laufe der Behandlung bedarf der vorgängigen Bewilligung des Versicherers. Dafür stellt der Versicherer je nach gewählter Versicherung eine Liste zur Verfügung mit Hilfsmitteln, Therapeuten, Einrichtungen mit Vereinbarungen, Institutionen, Sportclubs und Vereinen, Organisationen, Partnern, Beratungsstellen und Ernährungskursen u. a., die er anerkennt.

Anzeigepflicht – Fristen

- Der Versicherer muss innert fünf Tagen über den Eintritt in ein Spital oder in eine Klinik informiert werden. Die Meldung hat vor dem Eintritt zu erfolgen, wenn eine Kostengutsprache verlangt wird.
- Das Gesuch um Zustimmung für Bade- oder Erholungskuren und die ärztliche Kurverordnung muss dem Versicherer spätestens 20 Tage vor Kurantritt eingereicht werden.
- Der Versicherte oder der Anspruchsberechtigte müssen den Versicherer so schnell wie möglich, jedoch innert zehn Tagen über allfällige Unfälle informieren.
- Alle Änderungen (Name, Vorname, Geschlecht, Familienstand, Wohnsitz, Bank- oder Postkonto, E-Mail-Adresse oder Telefonnummer) sowie Todesfälle sind dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.
- Bei den Produkten Legis^{sana+}, Legis^{priva}, Legis^{strada} oder Legis^{duo} muss der Schadenfall der Dextra Rechtsschutz AG so schnell wie möglich gemeldet werden.

Zusammenarbeitspflicht

Der Versicherte muss den Versicherer vollständig und ehrlich über den Versicherungsfall (Krankheit, Unfall, Mutterschaft, Rechtsfall) sowie über frühere Erkrankungen und Unfälle informieren.
Der Versicherer ist berechtigt, zu diesem Zweck eigene Nachforschungen anzustellen und Informationen von Drittpersonen einzuholen. Insbesondere ermächtigt der Versicherte ausdrücklich die Leistungserbringer, die ihn anlässlich der Krankheit, des Unfalls oder bei anderen Gelegenheiten behandelt haben, dem Vertrauensarzt des Versicherers sämtliche Auskünfte zu erteilen, die er für die Beurteilung der Folgen des Schadenfalls benötigt. Zu diesem Zweck entbindet er sie von der beruflichen Schweigepflicht.

Zahlung der Prämien, Franchise und Selbstbehalte

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

Beginn des Vertrags und der Versicherungsdeckung

Der Versicherungsvertrag ist abgeschlossen, wenn der Versicherer dem Antragsteller seine Annahme des Versicherungsantrags mitgeteilt hat.
Die Versicherungsdeckung beginnt am in der Versicherungspolice bestätigten Datum für das Inkrafttreten des Vertrags.
Die in den Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen festgehaltenen Warte- und Karenzfristen bleiben vorbehalten.

Karenzfristen

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

Deckungsänderung

Der Antrag auf Deckungserhöhung (zum Beispiel Senkung der Franchise oder Erhöhung des versicherten Kapitals) innerhalb desselben Produkts gilt als Antrag auf einen neuen Vertrag im Sinn von VVG Artikel 1.
Der Versicherer behält sich das Recht vor, den Antrag zu den Bedingungen und innerhalb der Fristen von VVG Artikel 1 anzuneh-

men oder abzulehnen. Insbesondere beginnen die Mindestdauer und die Wartefristen erneut zu laufen und es gehen keine Rechte des alten Vertrags auf den neuen über.

Art und Umfang der Versicherungsdeckung

Die Produkte AJ, DP, GO, HB, HC, HS, LJ, LS, SD, SO, ST und PI sind als Schadenversicherung ausgestaltet. Es wird der entstandene Schaden bis zur Höhe der versicherten Leistungen bezahlt.
Die Produkte AD, AM, BH, ID, KH und KP sind als Summenversicherung ausgestaltet und sehen im Schadenfall die Zahlung des in der Police vertraglich vereinbarten Betrags vor, unabhängig von dem tatsächlich entstandenen Schaden.
Die Leistungen der Versicherung MU werden nach den Grundlagen der Schadenversicherung bestimmt, mit Ausnahme des Todesfallkapitals.
Die Leistungen der Versicherung AB werden nach den Grundlagen der Schadenversicherung bestimmt, mit Ausnahme des Kapitals bei Spitalaufenthalt, des Invaliditäts- und des Todesfallkapitals.
Die Höhe, der Prozentsatz, die zeitliche Begrenzung sowie die Bedingungen der Leistungserbringung (z. B. auf ärztliche Verordnung) sind in den Besonderen Bedingungen für jedes Produkt einzeln beschriebenen, insbesondere in den zusammenfassenden Leistungstabellen.
Die Spitalversicherungen gewähren nur Leistungen, wenn die medizinische Einrichtung vom Versicherer anerkannt ist. Für Spitalaufenthalte in nicht anerkannten Einrichtungen können die Leistungen eingeschränkt oder sogar abgelehnt werden. Die entsprechenden Bedingungen sind in den Besonderen Bedingungen für jedes Produkt beschrieben. In jedem Fall ist der Versicherte verpflichtet, sich vor einem Spitalaufenthalt zu erkundigen, ob die Einrichtung vom Versicherer anerkannt ist.
Leistungsbegrenzungen finden insbesondere bei den Produkten HC, HB, HS und AJ Anwendung, entweder für Aufenthalte in einer psychiatrischen Einrichtung oder für stationäre Rehabilitationen oder für Notfallbehandlungen im Ausland.
In Allgemeinspitälern sind die Leistungen der Produkte HC und HS auf 90 Tage begrenzt. Bei der Versicherung GO sind die Leistungen für Versicherte in der halbprivaten oder privaten Abteilung auf 180 Tage begrenzt.
Für Verträge der Versicherungen Legis^{priva}, Legis^{strada}, Legis^{duo} und Legis^{sana+} gelten Beschränkungen bei Summen und Gebühren.
Ausserdem sind spezielle Streitwerte sowie Beschränkungen des örtlichen Geltungsbereichs für die Versicherungen Legis^{sana+}, Legis^{priva}, Legis^{strada} und Legis^{duo} vorgesehen.

Anerkannte Einrichtungen und Ärzte bei einem Spitalaufenthalt in der halbprivaten oder privaten Abteilung

Der Versicherer übernimmt die Kosten der anerkannten Einrichtungen oder Ärzte. Wenn ein Versicherter Leistungen einer nicht anerkannten Einrichtung in Anspruch nimmt, sind die Spitalleistungen auf die in Anhang A der Besonderen Versicherungsbedingungen aufgeführten Beträge beschränkt.

Die Liste der Leistungserbringer steht auf der Website des Versicherers zur Verfügung. Massgebend ist die zum Zeitpunkt der Behandlung gültige Liste. Der Versicherer kann die Liste jederzeit anpassen.

Durch die Groupe Mutuel anerkannte Therapeuten, Kureinrichtungen und Gesundheitsförderungsmassnahmen

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

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

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

Dem Versicherungsnehmer steht durch solche Anpassungen kein Kündigungsrecht zu.

Leistungsausschlüsse

Keine Versicherungsdeckung besteht für:

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

Die Ausschlüsse sind in den Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen abschliessend aufgezählt.
Sind die Schäden Folge einer groben Fahrlässigkeit seitens des Versicherten, wird die Entschädigung des Versicherers im Verhältnis zur Fahrlässigkeit gekürzt.

Vermittler der Groupe Mutuel

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

Datenschutz

Persönliche und sensible Daten

Die Groupe Mutuel 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 Datenverarbeitung wird an die Groupe Mutuel Services AG (nachfolgend Groupe Mutuel), eine Gesellschaft der Groupe Mutuel Holding AG, übertragen. Beide Gesellschaften sind dem Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG) unterstellt.
Als persönliche Daten gelten Informationen über die betroffenen Personen, unabhängig davon, ob sie identifiziert oder identifizierbar sind, einschliesslich Informationen über die administrative Abwicklung des Versicherungsvertrags. Als sensible Daten gelten insbesondere Informationen über den Gesundheitszustand der betroffenen Personen und zu den Schadenfällen. Die folgenden Kategorien von persönlichen und sensiblen Daten werden verarbeitet: Identifikations- und Kontaktdaten der betroffenen Personen; Daten im Zusammenhang mit der Rechnungsstellung für Leistungen; Daten in Bezug auf die erbrachten Leistungen oder die Funktionsweise von Produkten und Dienstleistungen oder deren Nutzung, insbesondere bei der Nutzung von Online-Diensten. Es handelt sich dabei um Meldedaten, das heisst Daten, die die Groupe Mutuel bei Interessensbekundungen und/oder dem Abschluss von Produkten und Dienstleistungen, die sie anbietet oder vertreibt, von den betroffenen Personen erheben kann, und die von Dritten, anderen Abteilungen oder öffentlichen Informationen stammen können, wenn dies zulässig ist.

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

Zweckbestimmung
Die persönlichen und sensiblen Daten der betroffenen Personen werden von der Groupe Mutuel zu folgenden Zwecken bearbeitet: für die Aushandlung und den Abschluss von Versicherungsverträgen und insbesondere für die Bewertung der zu versichernden Risiken, für die Erfüllung der Versicherungsverträge und insbesondere für die Bearbeitung von Schadenfällen, für die administrative, statistische und finanzielle Vertragsabwicklung, für die Verwaltung der Versicherungstätigkeiten der Groupe Mutuel (internes und externes Audit etc.) und die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften, für die Verbesserung und Weiterentwicklung der erbrachten Dienstleistungen, für die Optimierung und die Wirtschaftlichkeit der Versicherungskosten, für die Durchführung von Akquisitions- und Marketingmassnahmen, für die Verwaltung von Zahlungsausständen und Inkassomassnahmen, für die Bekämpfung von Betrug, Geldwäsche, Terrorismusfinanzierung und Steuerhinterziehung sowie zu Forschungs- und Statistikzwecken. Dafür können die Groupe Mutuel und Dritte die Daten untereinander weitergeben, gemeinsam nutzen und austauschen (siehe unten). Die für statistische Zwecke verwendeten Daten werden anonymisiert.

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) sowie ihre Auftragsbearbeiter, alle erforderlichen Massnahmen zur Einhaltung der Datenschutzbestimmungen zu treffen. Diese Bestimmungen umfassen insbesondere die technischen, physischen und organisatorischen Massnahmen, die erforderlich sind, um die Sicherheit von Personendaten zu gewährleisten und deren Änderung, Beschädigung oder Zugriff durch unbefugte Dritte zu verhindern.

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

Erstellung von Nutzerprofilen
Während der vertraglichen Beziehung mit der Groupe Mutuel und vorbehaltlich der ausdrücklichen Zustimmung der betroffenen Person kann es sein, dass für die betroffene Person ein Nutzerprofil erstellt wird, damit der Versicherer ihr Dienstleistungen und Produkte anbieten kann, die ihren Erwartungen, ihrem Profil und ihren Bedürfnissen entsprechen.

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

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

Data Protection Officer
Die Groupe Mutuel hat einen Data Protection Officer ernannt, der unter dataprotection@groupemutuel.ch kontaktiert werden kann. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf der Website der Groupe Mutuel: www.groupemutuel.ch.

Datenschutz bei personalisierter Beratung und Orientierung
1. Der Versicherer kann ab Beginn des Versicherungsvertrags demografische, vertragliche und medizinische Informationen über die versicherte Person zu folgenden Zwecken erheben und verwenden:
   – für Empfehlungen zu Prävention und Gesundheitsförderung
   – für Beratungen bezüglich Fragen über die Gesundheit
   – um Leistungserbringer zu empfehlen, die für die Behandlung des Gesundheitsproblems der versicherten Person geeignet sind
   – für gezieltes Unterbreiten von Angeboten für Produkte oder Dienstleistungen, die die Kriterien der Wirtschaftlichkeit erfüllen
2. Die Daten, die für die Erbringung der in Absatz 1 beschriebenen Dienstleistungen verwendet werden, können aus allen Dossiers der versicherten Person stammen, die bei einer der Gesellschaften der Groupe Mutuel Holding AG angelegt wurden (einschliesslich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung).
3. Für die Weitergabe von Daten aus Dossiers der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu einem der oben erwähnten Zwecke holt der Versicherer im Einzelfall die zusätzliche ausdrückliche Zustimmung des Versicherten ein.
4. Der Versicherte kann seine Einwilligung gemäss Artikel 42 der Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherung der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG jederzeit widerrufen.

Unverbindliche, individuelle Beratung

0848 803 111
groupemutuel.ch

Ausgabe 8.26 - 1003

Scannen und mehr über unsere Rechtsstruktur erfahren
www.groupemutuel.ch/struktur

groupemutuel

Groupe Mutuel Holding AG
Rue des Cèdres 5 - CH-1919 Martigny
0848 803 111 / groupemutuel.ch