

Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global privée

GP

GPGA01-A7 – Ausgabe 01.07.2000

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Aufnahmebedingungen	Art. 4	Leistungsanspruch
Art. 2	Versicherte Leistungen	Art. 5	«LeClub»-Vorteile
Art. 3	Leistungsumfang	Art. 6	Prämie

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

Art. 1 Aufnahmebedingungen

1. Der Zusatzversicherung Global privée können alle Personen bis zum vollendeten 55. Altersjahr beitreten.
2. Versicherte von 0 bis 18 Jahren, d. h. bis zum 31. Dezember ihres 18. Geburtstags, können die in Art. 2 Ziff. 2.2 unter der Bezeichnung Global junior umschriebenen Zusatzleistungen beziehen.
3. Ab dem 1. Januar des Jahrs nach Vollendung seines 55. Altersjahrs kann der Versicherte die in Art. 2 Ziff. 2.3 unter der Bezeichnung Global senior umschriebenen Zusatzleistungen beziehen.
4. Wenn eine Person bereits bei einem anderen Versicherer über eine mit der Global privée-Versicherung vergleichbare Deckung verfügt und momentan bei diesem anderen Versicherer nicht kündigen kann, hat sie die Möglichkeit, der Global privée-Versicherung beizutreten und somit ausschliesslich die in Art. 2 Ziff. 2.4 unter der Bezeichnung Global temporis umschriebenen Leistungen zu beziehen.

Art. 2 Versicherte Leistungen

1. Global privée

Folgende Leistungen werden in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht:

1. Spitalaufenthalt

1. Versicherungsklasse

freie Wahl der Privatabteilung (Einbettzimmer) in einer anerkannten schweizerischen Heilanstalt für Allgemeinpflege und psychiatrische Pflege von Akutpatienten

2. Franchise bei Spitalaufenthalt

a. ohne Franchise

b. Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr

c. Fr. 3'000.– pro Kalenderjahr

Die gewählte Franchise ist nur auf Leistungen im Zusammenhang mit einem Spitalaufenthalt anwendbar.

3. Leistungen

a. Allgemeines

Bei einem Spitalaufenthalt übernimmt der Versicherer die Behandlungskosten sowie die Unterkunfts- und Verpflegungskosten.

b. Spitalaufenthalt im Ausland

Einem Versicherten, der im Ausland erkrankt oder verunfallt und stationär behandelt wird, gewährt der Versicherer höchstens Fr. 1'500.– pro Tag während maximal 60 Tagen pro Kalenderjahr.

Ein Versicherter mit der Option Privat weltweit hat eine Deckung von höchstens Fr. 3'000.– pro Tag während maximal 60 Tagen pro Kalenderjahr.

Ohne vorgängige Bewilligung des Versicherers werden die freiwilligen Behandlungen im Ausland nicht übernommen.

4. Mutterschaft

a. Die Leistungen der Spitalversicherung werden bei Schwangerschaft und Niederkunft erst nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten ausgerichtet. Die in der Global temporis verbrachte Dauer gilt nicht als Versicherungsdauer.

b. Bei Abbruch der Schwangerschaft im Sinn des Gesetzes und für jede weitere Leistung im Zusammenhang mit der Mutterschaft gilt die Karenzzeit gemäss Bst. a.

c. Bei einer Entbindung im Zusammenhang mit einem Spitalaufenthalt von weniger als fünf Tagen in der privaten Abteilung gewährt der Versicherer der Versicherten eine Vergütung von Fr. 250.– pro eingesparten Spitaltag. Pauschal verrechnete Spitalaufenthalte geben keinen Anspruch auf diese Vergütung. Bst. a bleibt vorbehalten.

- d. Bei einer ambulanten Niederkunft oder einer Hausgeburt erhält die Versicherte eine Vergütung von Fr. 1'200.– unter Vorbehalt von Bst. a.
 - e. Hält sich eine Versicherte in der Spitalabteilung auf, die ihrer Versicherungsdeckung entspricht, so übernimmt der Versicherer auch die Aufenthaltskosten für das Neugeborene während des Spitalaufenthalts der Mutter, sofern das Kind ebenfalls beim Versicherer versichert ist. Die persönlichen Unkosten sind nicht gedeckt. Bst. a bleibt vorbehalten.
5. Umfang und Dauer der Leistungen
Die Leistungen der Spitalversicherung werden vorbehaltlich der folgenden Bestimmungen übernommen:
- a. Der Versicherer übernimmt die vom KVG anerkannten Behandlungskosten, die Unterkunfts- und Verpflegungskosten und die Arzthonorare gemäss Vertrag oder kantonaler Tarifordnung oder einem anderen mit dem Versicherer abgeschlossenen Vertrag.
 - b. Wird der Versicherte in ein Spital eingewiesen, mit dem der Versicherer in Bezug auf die Unterkunfts- und Verpflegungskosten (inkl. Arzthonorare) sowie die Behandlungskosten kein Tarifabkommen abgeschlossen hat, werden dem Versicherten im Rahmen der privaten Abteilung Fr. 600.– pro Tag gewährt.
 - c. Im Rahmen der vorliegenden Versicherung besteht keine Versicherungsdeckung für Organtransplantationen, für die der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer in Solothurn (SVK) Fallpauschalen vereinbart hat. Diese Regel gilt auch für Spitäler, für die keine Fallpauschale vereinbart wurde.
 - d. Der Leistungsanspruch erlischt, sobald der Kranke nicht mehr als Akutpatient gilt.
 - e. Nach einem Spitalaufenthalt von 60 Tagen im Verlauf eines Kalenderjahrs in einer psychiatrischen Heilanstalt werden von der Spitalversicherung keine Leistungen mehr ausgerichtet.
 - f. Nach einem Spitalaufenthalt von 90 Tagen im Verlauf eines Kalenderjahrs werden von der Spitalversicherung keine Leistungen mehr erbracht. Die Dauer der in einer psychiatrischen Heilanstalt erbrachten Leistungen (60 Tage) wird auf die vorerwähnten 90 Tage angerechnet.
6. Pflichten des Versicherten
Vor jedem Spitalaufenthalt hat sich der Versicherte zu erkundigen, ob das Spital, die Spitalabteilung oder Klinik, wo er sich behandeln lassen wird, zu den vom Versicherer anerkannten Heilanstalten gehört.
7. Sparmassnahmen
- Verzichtet ein Versicherter aus freiem Willen oder auf Antrag des Versicherers auf einen Aufenthalt in der privaten Abteilung zugunsten eines Aufenthalts in der allgemeinen Abteilung oder confort-Abteilung, so kann ihm der Versicherer eine Entschädigung in der Höhe von bis zu

50% der eingesparten und vom Versicherer geschätzten Kosten ausrichten, aber höchstens Fr. 1'500.– pro Spitalaufenthalt.

- Bei einer ambulanten Niederkunft oder einer Hausgeburt gelangt nur die Regel von Artikel 2.1.1 Ziff. 4 Bst. d zur Anwendung.

2. **Pflegezusatz**

Der Versicherer gewährt folgende Leistungen im Rahmen von Art. 3 (vgl. Tabelle):

1. Limitierte Arzneimittel

den vorgesehenen Kostenanteil an Arzneimitteln, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden, mit Ausnahme der pharmazeutischen Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV)

2. Nicht kassenpflichtige Arzneimittel

den vorgesehenen Kostenanteil an Arzneimitteln, die auf keiner offiziellen Liste stehen (SL, ALT) und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden, mit Ausnahme der pharmazeutischen Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV)

3. Komplementärmedizin

Der Versicherer übernimmt die nachstehenden Therapien, sofern sie von einem eidgenössisch diplomierten Arzt oder einem vom Versicherer anerkannten Naturheilpraktiker durchgeführt werden.

Der Versicherer behält sich das Recht vor, bestimmte Naturheilpraktiker auszuschliessen. Der Versicherer stellt den Versicherten eine Liste der anerkannten Praktiker zur Verfügung.

Vor jeder Behandlung muss sich der Versicherte erkundigen, ob der Therapeut, bei dem er sich behandeln lassen wird, anerkannt ist.

Liste der Komplementärmedizin

Naturheilverfahren

Akupunktur, Aromatherapie, Aurikulothérapie, Bioresonanz, Biotherapie, Chromotherapie, Colon-Hydro-Therapie, Elektroakupunktur, Geobiologie, Heilkräuter, Homöopathie, Iridologie, Lasertherapie, Magnetismus, Magnettherapie, Mora-Therapie, Phytotherapie, Sauerstofftherapie, Schröpfen, Sympathikotherapie

Manuelle Therapien

Akupressur, anthroposophische Medizin, Ätiopathie, autogenes Training, Eurythmie, Fasciatherapie, Haltungstherapie, Kinesiologie, manuelle Lymphdrainage, Massagen, Mesotherapie, Metamorphose, Orthobionomie, Osteopathie, Polarity, Reflexologie, Reiki, Rolting, Shiatsu, Trager, Wiederherstellung des energetischen Gleichgewichts

Psychotherapie

Biodynamik, Rebirthing, Sophrologie, Tomatis-Therapie

- Jeder freiwillige Wechsel der Therapieform oder des Praktikers im Lauf der Behandlung bedarf der vorgängigen Bewilligung des Versicherers.
- Die Leistungen im Bereich der Sophrologie werden vergütet, sofern die Behandlungen von ei-

- nem Arzt, einem ärztlichen, SSV-diplomierten Sophrologen oder einem nicht ärztlichen, aber SSV-diplomierten Sophrologen durchgeführt werden.
4. Badekuren in der Schweiz
Ein Beitrag an die Behandlungskosten bei Badekuren sowie ein Kostenbeitrag an Erholungskuren wird in anerkannten Kuranstalten, aber höchstens während 30 Tagen pro Kalenderjahr gewährt. Ein Bewilligungsgesuch mit der ärztlichen Kurverordnung muss dem Versicherer spätestens 20 Tage vor Kurantritt eingereicht werden.
 5. Badekuren im Ausland
Beitrag an die Behandlungskosten bei Badekuren im Ausland, die medizinisch notwendig sind und vom Versicherer vorgängig bewilligt worden sind. Das Bewilligungsgesuch mit der ärztlichen Kurverordnung muss dem Versicherer spätestens 20 Tage vor Kurantritt eingereicht werden.
 6. Tarifzuschläge
Bei ambulanten Behandlungen in der Schweiz wird die Differenz zwischen dem am Wohn- oder Arbeitsort des Versicherten geltenden Tarif und dem am Wohnort des Leistungserbringers geltenden Tarif gedeckt.
 7. Entschädigung für persönliche Unkosten bei einem Spitalaufenthalt
Gegen Vorlage eines Rechnungsbelegs wird eine einmalige Entschädigung pro Spitalaufenthalt von mehr als acht Tagen ausgerichtet.
 8. Rooming-in
Bei einem Spitalaufenthalt des Versicherten übernimmt der Versicherer die Kosten der Belegung eines Spitalbetts durch einen Familienangehörigen, sofern diese Massnahme medizinisch begründet ist.
 9. Haushalthilfe und Unterbringungskosten
Auf vorgängiges Gesuch des Versicherten werden folgende Kosten vergütet:
 - der Prozentsatz der Kosten für die medizinisch notwendige Anstellung einer Familienhilfe, die für eine amtliche Stelle in Vertretung des Versicherten die täglichen Hausarbeiten erledigt. Alle anderen Kosten sind davon ausgenommen (Grossreinemachen usw.).
 - Die Kosten für eine vorübergehende Unterbringung von Familienangehörigen, die mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt leben, wenn der Versicherte aus medizinischen Gründen in ein Spital eingewiesen werden muss. Die vorübergehende Unterbringung der Familienangehörigen muss bei einer offiziellen Institution erfolgen.
 10. Brillen und Kontaktlinsen
Den vorgesehenen Kostenbeitrag für den Kauf von medizinischen Brillen oder Kontaktlinsen in der Schweiz oder im Ausland, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden
 11. Hilfsmittel
Die Kosten für die Miete und den Kauf von ärztlich angeordneten orthopädischen Geräten und Hilfsmitteln (Zahnprothesen ausgenommen) werden nach Massgabe der vom Versicherer für die Rückerstattung der Kosten erstellten Liste übernommen.
 12. Geburtsvorbereitung in Kursen
den vorgesehenen Beitrag an die Kurskosten für Schwangerschaftsgymnastik oder Geburtsvorbereitung, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden
 13. Einmaliges Stillgeld
ein Stillgeld, sofern die Wöchnerin ihr Kind während mindestens 30 Tagen stillt und diese Stilldauer vom Arzt oder von der Hebamme bestätigt wird. Bei Mehrlingsgeburten wird das Stillgeld für jedes Kind ausgerichtet.
 14. Ultraschalluntersuchungen und Mammografien
den vorgesehenen Betrag für Ultraschalluntersuchungen und Mammografien, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden
 15. Impfungen
die Kosten der Impfungen, die in der Krankenpflege-Leistungsverordnung nicht enthalten und in der Schweiz notwendig sind, sowie die Kosten der bei einer Wegreise ins Ausland angeordneten Schutzimpfungen
 16. Elisa- oder HIV-Test
Der Versicherer leistet einen jährlichen Kostenbeitrag an Vorsorgetests, sofern diese auf ärztliche Anordnung hin von anerkannten Leistungserbringern durchgeführt werden.
 17. Freiwillige Sterilisation
den vorgesehenen Kostenanteil für den Eingriff
 18. Unfallbedingte Zahnbehandlungen
den vorgesehenen Betrag für Zahnbehandlungen, die von einem eidgenössisch diplomierten Zahnarzt oder Zahntechniker durchgeführt und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden. Die Zahnbehandlungskosten werden nach offiziellem UVG-Tarif vergütet (Nomenklatur und Taxpunktwert).
 19. Krankheitsbedingte Zahnpflege
den vorgesehenen Betrag für die Zahnpflege, die von einem eidgenössisch diplomierten Zahnarzt durchgeführt und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen wird. Die Zahnpflegekosten werden nach offiziellem UVG-Tarif vergütet (Nomenklatur und Taxpunktwert).
 20. Transportkosten
Der Versicherer gewährt einen Kostenbeitrag an Transporte nach einer Krankheit oder einem gedeckten Unfall bis zur nächstgelegenen Heilanstalt oder zum nächsten Arzt, sofern diese medizinisch notwendig sind und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden. Dieser Beitrag wird nur für Transporte mit Ambulanz, Helikopter oder bei Such- und Rettungsaktionen erbracht.

Die Kosten der öffentlichen Verkehrsmittel (Bahn, Bus) sind ebenfalls gedeckt, sofern der Transport aufgrund einer ambulanten Behandlung notwendig ist und dadurch ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann.

21. Nicht ärztliche Psychotherapeuten und selbstständige Psychologen

Der Versicherer übernimmt die Kosten für ärztlich verordnete Behandlungen durch nicht ärztliche Psychotherapeuten und selbstständige Psychologen.

3. **Groupe Mutuel Assistance**

die im Service-Programm der Groupe Mutuel Assistance vorgesehenen Leistungen (Repatriierung und Transport bei einem Schadenfall ausserhalb eines Umkreises von 20 km ab Wohnort des Versicherten)

2. **Global junior**

Zusatzleistungen

a. Betreuung von kranken Kindern zuhause

In Abweichung von Art. 1 Abs. 2 wird diese Leistung bis zum vollendeten 12. Altersjahr erbracht. Die Leistungen werden erbracht, wenn die Betreuung durch eine Person erfolgt, die einer vom Versicherer anerkannten Organisation angehört und die Eltern eine berufliche Tätigkeit ausser Haus ausüben.

b. Mitgliederbeitrag für eine sportliche Tätigkeit

Gegen Vorlage eines Rechnungsbelegs wird eine Beteiligung am Aktiv-Mitgliederbeitrag eines vom Versicherer anerkannten Sportclubs oder Vereins ausgerichtet.

3. **Global senior**

Zusatzleistungen

a. Palliativpflege

Der Versicherer leistet einen Beitrag im Rahmen der Palliativpflege, d. h. alle medizinischen und pflegerischen Massnahmen, die den vor dem Tod stehenden Personen zuhause durch das Fachpersonal einer vom Versicherer anerkannten Institution erbracht werden.

Ein vorgängiges Gesuch ist an den Versicherer zu richten, der im Einzelfall den Umfang des gewährten Beitrags bestimmt. Letzterer wird unter Berücksichtigung der gesamten Kosten der Behandlungen, die ein Verbleib zuhause ermöglichen, festgelegt.

b. Revitalisierungsaufenthalte

Der Versicherer leistet einen jährlichen Beitrag an Revitalisierungsaufenthalte in Anstalten, die vom Versicherer anerkannt sind und ein ausführliches Programm in diesem Bereich anbieten.

c. Ernährungsberatungen und -kurse

Der Versicherer leistet einen jährlichen Beitrag an Ernährungsberatungen und -kurse, die vom Versicherer anerkannt sind.

4. **Global temporis**

a. Global temporis erbringt den bei einem anderen Versicherer für eine vergleichbare Deckung versicherten Personen vorübergehend Leistungen aus der Global privée-Versicherung.

b. Die Global temporis umfasst die unter Ziff. 2.1.2, 2.1.3, 2.2 und 2.3 aufgeführten Pflegeleistungen; die unter Ziff. 2.1.1 (Spitalaufenthalt) bezeichneten Leistungen sind ausgeschlossen.

- c. Die Leistungen der Global temporis entsprechen 30% der im Rahmen der Global privée gewährten Beiträge.
- d. Die Leistungen der Global temporis werden im Nachgang zu den Leistungen des anderen Versicherers ausgerichtet.
- e. Mit dem Beitritt zur Global temporis akzeptiert der Versicherer gleichzeitig die zukünftige Aufnahme des Versicherten ohne neue Prüfung des Gesundheitszustands in die Global privée-Versicherung mit dem auf der Beitrittserklärung festgelegten Datum. Dieser Beitritt hat spätestens innert zwei Jahren zu erfolgen.
- f. Die Beteiligung des Versicherers an den Franchisen und Selbsthalten anderer Versicherer ist ausgeschlossen.
- g. Für die Dauer der Global temporis wird die Prämie im Verhältnis zur Prämie der Global privée gekürzt.
- h. Beim Übertritt von der Deckung Global temporis in jene der Global privée und bei der sich daraus ergebenden Prämienanpassung ist die Bestimmung von AVZ Art. 29 Abs. 1 für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen, die dem Versicherten ein Kündigungsrecht zusteht, nicht anwendbar.
- i. Die im Rahmen der Global temporis ausgerichteten Leistungen, deren Grenzen an einen bestimmten Zeitraum gebunden sind, werden bei der Berechnung des Leistungsanspruchs nach dem Übertritt in die Versicherung Global privée berücksichtigt.

Art. 3 Leistungsumfang

Die in Artikel 2 aufgeführten Leistungen werden im Umfang und bis zu den Höchstbeträgen gemäss Tabelle «Leistungsstufen Global privée» erbracht.

Art. 4 Leistungsanspruch

- 1. Der Leistungsanspruch des Versicherten beginnt mit dem Inkrafttreten des Versicherungsvertrags.
- 2. Die Leistungen werden nach Behandlungsdatum auf die pro Kalenderjahr versicherte Leistungssumme angerechnet. Die nach der Erschöpfung des Anspruchs anfallenden Kosten können nicht auf das Folgejahr übertragen werden.
- 3. Im Umfang der in den vorliegenden Versicherungsbedingungen vorgesehenen Beiträge vergütet der Versicherer die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Kosten, wenn die Leistungen von einem Arzt oder einer ordnungsgemäss zugelassenen und vom Versicherer anerkannten Person erbracht werden. Die durch die vorliegenden Bestimmungen geregelte Versicherung darf in keinem Fall zur Deckung der gesetzlichen Selbsthalte und Franchisen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und in den Zusatzversicherungen dienen.

Art. 5 «LeClub»-Vorteile

Mit seinem Beitritt zur Global privée-Versicherung profitiert der Versicherte namentlich von den folgenden «LeClub»-Vergünstigungen:

1. Rabatte in Hotels

In den Hotels, die in einer vom Versicherer geführten Liste enthalten sind, werden Rabatte gewährt.

2. Rabatte in Drogerien, Apotheken oder anderen Geschäften
In den Drogerien, Apotheken oder anderen Geschäften,
die in einer vom Versicherer geführten Liste enthalten sind,
werden Rabatte gewährt.

Art. 6 Prämie

Der Versicherte, der im Jahresverlauf das Höchstalter seiner Altersgruppe erreicht, wird auf Beginn des nächsten Kalenderjahrs automatisch in die nächsthöhere Altersklasse umgeteilt. Es gelten folgende Altersklassen:

- 0 bis 18 Jahre
- 19 bis 25 Jahre
- ab dem 26. Altersjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren

Leistungsstufen Global privée

Art der Leistung	Global privée
Limitiert kassenpflichtige Medikamente	90% unbegrenzt
Nicht kassenpflichtige Medikamente	90% unbegrenzt
Komplementärmedizin	max. Fr. 70.– pro Sitzung, bis Fr. 6'000.– pro Kalenderjahr
Badekuren in der Schweiz	80% max. Fr. 750.– pro Kalenderjahr
Erholungskuren	Fr. 25.– pro Tag, max. 30 Tage pro Kalenderjahr
Erholungskuren nach Spitalaufenthalt	Fr. 50.– pro Tag, max. 30 Tage pro Kalenderjahr
Badekuren im Ausland	80% max. Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr
Tarifzuschläge	Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr
Entschädigung der persönlichen Unkosten bei Spitalaufenthalt	Fr. 200.– pro Fall
Rooming-in	Fr. 700.– pro Kalenderjahr
Haushalthilfe und Unterbringungskosten	90% max. Fr. 3'000.– pro Kalenderjahr
Brillen und Kontaktlinsen	Fr. 200.– alle drei Jahre
Hilfsmittel	90% max. Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr
Geburtsvorbereitungskurse	Fr. 150.– pro Schwangerschaft
Einmaliges Stillgeld	Fr. 100.– pro Kind
Ultraschall und Mammografie	90%, unbeschränkte Anzahl Untersuchungen
Impfungen	90% max. Fr. 250.– pro Kalenderjahr
Elisa- oder HIV-Test	Fr. 50.– pro Kalenderjahr
Freiwillige Sterilisation	80% max. Fr. 500.–
Unfallbedingte Zahnbehandlungskosten	80% max. Fr. 8'000.– pro Fall Zahnbehandlungskosten
Krankheitsbedingte Zahnbehandlungskosten	80% max. Fr. 200.– alle drei Jahre
Transportkosten	80% max. Fr. 5'000.– pro Kalenderjahr
Nicht ärztliche Psychotherapeuten und selbstständige Psychologen	80% max. Fr. 800.– pro Kalenderjahr
Spitalaufenthalt in der Schweiz	private Abteilung in der ganzen Schweiz
Spitalaufenthalt im Ausland	Fr. 1'500.– pro Tag Fr. 3'000.– pro Tag (Option Privat weltweit)
Groupe Mutuel Assistance	Unterstützung, Betreuung und Repatriierung bei medizinischen Notfällen auf Reisen und im Ausland
Global junior (0-18 Jahre)	
Kinderbetreuung zuhause	Fr. 300.– pro Kalenderjahr
Mitgliederbeitrag für eine sportliche Tätigkeit	Fr. 30.– pro Kalenderjahr
Global senior (ab 56 Jahren)	
Palliativpflege	90% max. Fr. 3'000.– pro Kalenderjahr
Revitalisierungsaufenthalte	Fr. 300.– pro Kalenderjahr
Diätberatungen, Diätkurse	50% max. Fr. 250.– pro Kalenderjahr