

## Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global mi-privée

GMGA01-A10 – Ausgabe 01.01.2024

### Inhaltsverzeichnis

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

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

### Art. 1 Aufnahmebedingungen

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

Folgende Leistungen werden in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht:

##### 1. Spitalaufenthalt

###### 1. Versicherungsklasse

Halbprivate Abteilung (Zweibettzimmer) einer anerkannten schweizerischen Spitaleinrichtung für Allgemeinpflege und psychiatrische Pflege von Akutpatienten

###### 2. Franchise bei Spitalaufenthalt

a. ohne Franchise

b. Fr. 1000.– pro Kalenderjahr

c. Fr. 3000.– pro Kalenderjahr

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

#### 3. Leistungen

##### a. Allgemeines

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

##### b. Spitalaufenthalt in der privaten Abteilung

Einem Versicherten, der sich in einer höheren Spitalabteilung als jener seiner Versicherungsklasse behandeln lässt, werden die folgenden Höchstleistungen gewährt:

80 Prozent der Behandlungskosten sowie der Unterkunfts- und Verpflegungskosten

##### c. Spitalaufenthalt im Ausland

Einem Versicherten, der im Ausland erkrankt oder verunfallt und im Spital behandelt wird, gewährt der Versicherer höchstens Fr. 1000.– pro Tag während maximal 60 Tagen pro Kalenderjahr.

Ohne vorgängige Bewilligung des Versicherers werden freiwillige 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 Global temporis verbrachte Dauer gilt nicht als Versicherungsdauer.

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

c. Bei einer Entbindung im Zusammenhang mit einem Spitalaufenthalt von weniger als fünf Tagen in der halbprivaten Abteilung gewährt der Versicherer 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 Hausgeburt erhält die Versicherte eine Vergütung von

Fr. 800.– 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 Kosten von anerkannten Einrichtungen und Ärzten, d. h. von Einrichtungen und Ärzten, mit denen der Versicherer einen Tarifvertrag abgeschlossen hat.

- b. 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) 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.

Art. 2.1.1.3 Bst. b ist bei Leistungen einer nicht anerkannten Einrichtung oder eines nicht anerkannten Arztes nicht anwendbar.

- 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 Versicherte nicht mehr als Akutpatient gilt.
- e. Nach einem Spitalaufenthalt von 60 Tagen im Verlauf eines Kalenderjahrs in einer psychiatrischen Klinik werden aus der Spitalversicherung keine Leistungen mehr ausgerichtet.
- f. Nach einem Spitalaufenthalt von 90 Tagen im Verlauf eines Kalenderjahrs werden die Versicherungsleistungen nicht mehr erbracht. Die Dauer der im Ausland oder in einer psychiatrischen Klinik erbrachten Leistungen (60 Tage) werden den vorerwähnten 90 Tagen 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 dem vom Versicherer anerkannten Einrichtungen gehört.

#### 7. Sparmassnahmen

- Verzichtet ein Versicherter aus freiem Willen oder auf Antrag des Versicherers auf einen Aufenthalt in der halbprivaten oder privaten Abteilung zugunsten der allgemeinen Abteilung, kann ihm der Versicherer eine Entschädigung in der Höhe von bis zu 50 Prozent der nach seiner Einschätzung eingesparten Kosten, maximal jedoch Fr. 5000.– pro Spitalaufenthalt, entrichten.
- Bei einer ambulanten Niederkunft oder Hausgeburts 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. Alternativmedizin

Der Versicherer übernimmt die folgenden 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 Alternativmedizin**

##### Naturheilverfahren

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

##### Manuelle Therapien

Akupressur, Lymphdrainage, Etiopathie, Eurythmie, Fascialtherapie, Haltungstherapie, Kinesiologie, Massagen, Anthroposophische Medizin, Mesotherapie, Metamorphose, Orthobionomie, Osteopa-

thie, Polarity, Wiederherstellung des energetischen Gleichgewichts, Reflexologie, Reiki, Rolfing, Shiatsu, Trager, autogenes Training

#### 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 einem 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 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. Haushaltshilfe 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 (Grundreinigung 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 gemäss der vom Versicherer erstellten Liste übernommen.
12. Geburtsvorbereitung in Kursen  
den vorgesehenen Beitrag an die Kosten für Kurse zur Schmerz erleichterung bei der Geburt oder zur Vorbereitung auf die Geburt, 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 Spital-einrichtung 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 einen Verbleib zuhause ermöglichen, festgelegt.

#### b. Revitalisierungsaufenthalte

Der Versicherer leistet einen jährlichen Beitrag an Revitalisierungsaufenthalte in Einrichtungen, 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**

- Global temporis erbringt den bei einem anderen Versicherer für eine vergleichbare Deckung versicherten Personen vorübergehend Leistungen aus der Versicherung Global mi-privée.
- Global temporis umfasst die unter Ziff. 2.1.2, 2.1.3, 2.2 und 2.3 aufgeführten Pflegezusatzleistungen; die unter Ziff. 2.1.1 (Spitalaufenthalt) bezeichneten Leistungen sind ausgeschlossen.
- Die Leistungen von Global temporis entsprechen 30 Prozent der im Rahmen von Global mi-privée gewährten Beiträge.
- Die Leistungen von Global temporis werden im Nachgang zu den Leistungen des anderen Versicherers ausgerichtet.
- Mit dem Beitritt zu Global temporis akzeptiert der Versicherer gleichzeitig die zukünftige Aufnahme des Versicherten ohne neue Prüfung des Gesundheitszustands in die Versicherung Global mi-privée mit dem auf der Beitrittserklärung festgelegten Datum. Dieser Beitritt hat spätestens innert zwei Jahren zu erfolgen.
- Die Beteiligung des Versicherers an den Franchisen und Selbsthalten anderer Versicherer ist ausgeschlossen.
- Während der Dauer von Global temporis wird die Prämie gegenüber jener von Global mi-privée gekürzt.
- Beim Übertritt von der Deckung Global temporis in jene von Global mi-privée und bei der sich daraus ergebenden Prämienanpassung ist die Bestimmung der AVZ Art. 29 Abs. 1 für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen, die dem Versicherten ein Kündigungsrecht zugesteht, nicht anwendbar.
- Die im Rahmen von 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 mi-privée berücksichtigt.

## **Art. 3 Leistungsumfang**

Die in Art. 2 aufgeführten Leistungen werden im Umfang und bis zu den Höchstbeträgen gemäss Tabelle «Leistungsübersicht Global mi-privée» erbracht.

## **Art. 4 Leistungsanspruch**

- Der Leistungsanspruch des Versicherten beginnt mit dem Inkrafttreten des Versicherungsvertrags.
- 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.
- 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 Versicherung Global mi-privée 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. bis zum 71. Altersjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren

## Leistungsübersicht der Zusatzversicherung Global mi-privée

Art der Leistung	Global mi-privée
Limitiert kassenpflichtige Medikamente	90%, unbegrenzte Verordnungen
Nicht kassenpflichtige Medikamente	90%, unbegrenzte Verordnungen
Alternativmedizin	Fr. 70.– max. pro Sitzung, bis Fr. 6000.– 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. 1000.– pro Kalenderjahr
Tarifzuschläge	Fr. 1000.– pro Kalenderjahr
Entschädigung der persönlichen Unkosten bei Spitalaufenthalt	Fr. 200.– pro Fall
Rooming-in	Fr. 700.– pro Kalenderjahr
Haushaltshilfe und Unterbringungskosten	90% max. Fr. 3000.– pro Kalenderjahr
Brillen und Kontaktlinsen	Fr. 200.– alle drei Jahre
Hilfsmittel	90% max. Fr. 1000.– 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. 8000.– pro Fall
Krankheitsbedingte Zahnbehandlungskosten	80% max. Fr. 200.– alle drei Jahre
Transportkosten	80% max. Fr. 5000.– pro Kalenderjahr
Nicht ärztliche Psychotherapeuten und selbstständige Psychologen	80% max. Fr. 800.– pro Kalenderjahr
Spitalaufenthalt in der Schweiz	halbprivate Abteilung in der ganzen Schweiz
Spitalaufenthalt im Ausland	Fr. 1000.– pro Tag
Groupe Mutuel Assistance	Unterstützung, Betreuung und Repatriierung bei medizinischen Notfällen auf Reisen und im Ausland
<b>Global junior (0-18 Jahre)</b>	
Kinderbetreuung zuhause	Fr. 300.– pro Kalenderjahr
Mitgliederbeitrag für eine sportliche Tätigkeit	Fr. 30.– pro Kalenderjahr
<b>Global senior (ab 56 Jahren)</b>	
Palliativpflege	90% max. Fr. 3000.– pro Kalenderjahr
Revitalisierungsaufenthalte	Fr. 300.– pro Kalenderjahr
Ernährungsberatungen und -kurse	50% max. Fr. 250.– pro Kalenderjahr

## Anhang A

Höchstbeträge für Spitalleistungen von nicht vom Versicherer anerkannten Einrichtungen oder Ärzten (Art. 2.1.1.5 b dieser Besonderen Versicherungsbedingungen, Rubrik Spitalaufenthalt).

Betrag pro Spitalübernachtung		
	Akutpflege	Rehabilitation und Psychiatrie
	Halbprivat	Halbprivat
<b>Nicht anerkannter Arzt:</b> Rückerstattung der Arztkosten	Fr. 500.–	Fr. 0.–
<b>Nicht anerkanntes Spital:</b> Rückerstattung der Spitalkosten	Fr. 300.–	Fr. 100.–
<b>Spital und Arzt nicht anerkannt:</b> Totale Rückerstattung – Arztkosten – Spitalkosten	Fr. 800.– – Fr. 500.– – Fr. 300.–	Fr. 100.– – Fr. 0.– – Fr. 100.–