groupemutuel

Privatversicherung gemäss Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)
Allgemeine Bedingungen der Zusatzversicherung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung **AVB**

VHAM01-VFAM01-VAAM01-A4 – Ausgabe 01.09.2010 (mit Nachtrag vom 01.01.2024)

Inhaltsverzeichnis

A. Allgemeine Bestimmungen
Art. 1 Rechtsgrundlage
Art. 2 Wer kann einen Zusatzversicherungsvertrag abschliessen?
Art. 3 Übersicht der Leistungen der Zusatzversicherung
Art. 4 Eintrittsbedingungen und Vertragsänderung
Art. 5 Beginn und Dauer des Vertrags
Art. 6 Versicherungspolice
Art. 7 Prämien
Art. 8 Folgen des Verzugs der Prämienzahlung
Art. 9 Folgen des Zahlungsverzugs anderer Forderungen
Art. 10 Rücktrittsrecht
Art. 11 Sistierung der Versicherungsdeckung
Art. 12 Prämienerhöhung und Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
Art. 13 Abtretung und Verpfändung
Art. 14 Leistungen anderer Versicherungsträger oder Drittfirmen
Art. 15 Kollektivversicherung
Art. 16 Allgemeine Einschränkungen der Versicherungsdeckung
Art. 17 Grobe Fahrlässigkeit

B. Besondere Bestimmungen der Module A und B
Art. 18 Detaillierte Leistungen der Module A und B
Art. 19 Von den Modulen A und B ausgeschlossene Leistungen
Art. 20 Koordination mit der obligatorischen Versicherung

C. Besondere Bestimmungen der Module C und D
Art. 21 Jährliche Franchise
Art. 22 Detaillierte Leistungen der Module C und D
Art. 23 Leistungen zugunsten des Neugeborenen
Art. 24 Garantie der Spitalkosten
Art. 25 Dringender Spitalaufenthalt bei einem Auslandsaufenthalt
Art. 26 Leistungen, die von den Modulen C und D ausgeschlossen sind
Art. 27 Koordination mit der obligatorischen Versicherung

D. Besondere Bestimmungen der Module E und F
Art. 28 Einschränkungen in Bezug auf die Module C und D

E. Besondere Bestimmungen der Module G und H
Art. 29 Besondere Bestimmungen

F. Schlussbestimmungen
Art. 30 Streitigkeiten
Art. 31 Gültigkeit

A. Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Rechtsgrundlage

a. Anerkannte Krankenversicherer können die Zusatzversicherung gemäss Artikel 12 Absatz 2 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) anbieten (nachstehend KVG oder obligatorische Versicherung).
b. Die Zusatzversicherung wird durch das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG) und durch das Obligationenrecht geregelt.

Art. 2 Wer kann einen Zusatzversicherungsvertrag abschliessen?

a. Die Zusatzversicherung kann nur in Ergänzung zur obligatorischen Versicherung, die durch einen Versicherungsträger gemäss KVG ausgeführt wird, abgeschlossen werden.
b. Die Zusatzversicherung kann bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres abgeschlossen werden.
c. Der Versicherungsantrag muss auf dem vom Versicherer abgegebenen Formular gestellt werden.

Art. 3 Übersicht der Leistungen der Zusatzversicherung

a. Die Zusatzversicherung setzt sich aus Leistungen zusammen, die in verschiedenen Modulen zusammengefasst sind:
Modul A: Ambulante Kosten, Notfall im Ausland, Spitalaufenthalt in der allgemeinen Abteilung einer öffentlichen Einrichtung in der ganzen Schweiz ausserhalb des Wohnkantons (übliche Variante)
Modul B: Ambulante Kosten, Notfall im Ausland, Spitalaufenthalt in der allgemeinen Abteilung einer öffentlichen

oder privaten Einrichtung in der ganzen Schweiz ausserhalb des Wohnkantons (erweiterte Variante)
Modul C*: Spitalaufenthalt in halbprivater Abteilung mit freier Wahl der Einrichtung und nach dem variablen Prämiensatz, der sich in Abhängigkeit vom Eintrittsalter bei Abschluss des Vertrags und, ab 1. Januar 2011, des sich in der Folge ergebenden tatsächlichen Alters errechnet
Modul D*: Spitalaufenthalt in privater Abteilung mit freier Wahl der Einrichtung und nach dem variablen Prämiensatz, der sich in Abhängigkeit vom Eintrittsalter bei Abschluss des Vertrags und, ab 1. Januar 2011, des sich in der Folge ergebenden tatsächlichen Alters errechnet
Modul E*: Spitalaufenthalt in halbprivater Abteilung mit eingeschränkter Wahl der Einrichtung und nach dem variablen Prämiensatz, der sich in Abhängigkeit vom Eintrittsalter bei Abschluss des Vertrags und, ab 1. Januar 2011, des sich in der Folge ergebenden tatsächlichen Alters errechnet
Modul F*: Spitalaufenthalt in privater Abteilung mit eingeschränkter Wahl der Einrichtung und nach dem variablen Prämiensatz, der sich in Abhängigkeit vom Eintritts-alter bei Abschluss des Vertrags und, ab 1. Januar 2011, des sich in der Folge ergebenden tatsächlichen Alters errechnet
Modul G: Spitalaufenthalt in halbprivater Abteilung mit freier Wahl der Einrichtung und nach dem variablen Prämiensatz, der sich in Abhängigkeit vom Eintrittsalter bei Abschluss des Vertrags und des sich in der Folge ergebenden tatsächlichen Alters errechnet
Modul H: Spitalaufenthalt in privater Abteilung mit freier Wahl der Einrichtung und nach dem variablen Prämiensatz, der sich in Abhängigkeit vom Eintrittsalter bei Abschluss des Vertrags und des sich in der Folge ergebenden tatsächlichen Alters errechnet

b. Definition von Krankheit: Krankheit ist jede unfreiwillige Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.
c. Definition von Mutterschaft: Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit der Mutter.
d. Definition von Unfall: Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit zur Folge hat.

* Bleibt nur bestehen, um die erworbenen Rechte all jener Versicherten zu gewährleisten, die sich vor dem 1. Januar 2000 für dieses Modul entschieden hatten.

Art. 4 Eintrittsbedingungen und Vertragsänderung

a. Die Zusatzversicherung kann beim Eintritt mit medizinischen Vorbehalten für bestehende Krankheiten sowie für dem Vertragsabschluss vorausgehende und eventuell wiederauftretende Krankheiten versehen werden. Die Vorbehalte sind bis zum Vertragsende auf die gewünschte Deckung anwendbar. Der Versicherer behält sich ebenfalls die Möglichkeit vor, den Antrag abzulehnen.
b. Jede Vertragsänderung mit Erhöhung des Risikos gilt als neuer Vertragsabschluss, ausser wenn anderslautende Bestimmungen in den Besonderen Vertragsbedingungen festgelegt sind.
c. Der Übergang von Modul G oder H zu Modul C, D, E oder F ist nicht gestattet.

Art. 5 Beginn und Dauer des Vertrags

a. Die Versicherung beginnt zu dem in der Police festgesetzten Datum.
b. Die Versicherung wird bis Ende des Kalenderjahres, in dem der Vertrag in Kraft tritt, abgeschlossen. Sie wird jeweils stillschweigend um ein Jahr verlängert.

Art. 6 Versicherungspolice

a. Der Versicherte erhält nur eine einzige Police mit Angaben über Leistungen nach KVG und VVG.
b. In der Police sind die Versicherungen nach KVG und VVG klar definiert und getrennt.
c. Stimmt der Inhalt der Police oder der Nachträge zu derselben mit den getroffenen Vereinbarungen nicht überein, so hat der Versicherungsnehmer innert vier Wochen nach Empfang der Urkunde deren Berichtigung zu verlangen, andernfalls gilt ihr Inhalt als von ihm genehmigt.

Art. 7 Prämien

a. Die Prämien können monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder einmal pro Kalenderjahr bezahlt werden
b. Die Prämie ist zu Beginn der Periode fällig; die Zahlungsfrist ist in der Abrechnung festgelegt.
c. Die Zahlungshäufigkeit der Prämien ist zwangsweise für alle Versicherungen, die beim Versicherer abgeschlossen werden, identisch. Darin sind auch jene eingeschlossen, die gegebenenfalls durch das KVG geregelt werden.
d. Wird nur die Zusatzversicherung beim Versicherer abgeschlossen oder beibehalten, kann auf dem Tarif eine Erhöhung vorgesehen werden.
e. Eine viertel-, halb- oder jährliche Prämienzahlung berechtigt zu einer Reduktion, die im Tarif festgelegt ist.
f. Als Eintrittsalter in das entsprechende Modul gilt das Jahr des Eintritts oder der Vertragsänderung minus das Geburtsjahr.
g. Die Prämien der Module A und B sind in einem Tarif nach Altersgruppen bei Versicherungseintritt festgelegt. Kinder treten allerdings mit dem 1. Januar des Jahres nach der Vollendung des 18. Lebensjahres in die nächsthöhere Altersstufe über. Jugendliche von 19 bis 25 Jahren gehen ab dem 1. Januar des Jahres nach der Vollendung des 25. Lebensjahres in die erste Altersstufe der Erwachsenen über und behalten diese Altersgruppe bei.
h. Die Prämien der Module C, D, E, F, G und H sind in einem nach Altersgruppen aufgeteilten Tarif festgelegt, d. h. die Prämie wird je nach Eintrittsalter bei Vertragsabschluss berechnet und verändert sich in der Folge mit dem tatsächlichen Alter (die Prämie der Module C, D, E und F erst ab 1. Januar 2011).

Art. 8 Folgen des Verzugs der Prämienzahlung

a. Wird die Prämie nicht innerhalb der auf der Abrechnung angegebenen Zahlungsfrist bezahlt, erhält der Versicherungsnehmer eine Zahlungserinnerung.
b. Bleibt die Zahlungserinnerung ohne Erfolg, wird der Schuldner schriftlich dazu aufgefordert, der Zahlung innert 14 Tagen ab Absendedatum Folge zu leisten. Diese Zahlungsaufforderung erinnert an die Folgen eines Zahlungsverzugs, nämlich dass der Versicherer den Vertrag vom Zeitpunkt des Ablaufs der obenerwähnten rechtlichen Frist auflöst und auf die Zahlung der rückständigen Prämien verzichtet. Umfasst die Police ebenfalls die obligatorische Krankenpflegeversicherung, erhält der Versicherungsnehmer eine neue Police, in der die Zusatzversicherung ausgeschlossen ist.
c. Wird die Prämie zu einem späteren Zeitpunkt bezahlt, kann der Versicherer das Wiederinkrafttreten des Vertrags ablehnen oder es von neuen Aufnahmebedingungen abhängig machen.
d. Jegliche Leistungsgarantie wird ab dem in der Erinnerung festgelegten Beginn der Zahlungsfrist und bis zum Erhalt der Zahlung verweigert. Die Leistungen bleiben nach dem Bürgschaftsprinzip (Tiers garant) geschuldet, je nach Tarif, der vom Leistungserbringer verwendet worden wäre, wenn eine Garantie ausgestellt worden wäre.

Art. 9 Folgen des Zahlungsverzugs anderer Forderungen

a. Andere Forderungen als diejenigen der Prämienzahlungen sind Gegenstand einer Erinnerung, falls nötig einer Zahlungsaufforderung (+ Fr. 50.– Gebühren) und einer Betreibung. Der Versicherer ist jedoch auch berechtigt, diese Forderungen mit geschuldeten Leistungen der Zusatzversicherung auszugleichen.
b. Jegliche Leistungsgarantie wird ab dem in der Erinnerung festgelegten Ende der Zahlungsfrist und bis zum Erhalt der Zahlung verweigert. Die Leistungen bleiben nach dem Bürgschaftsprinzip geschuldet, je nach Tarif, der vom Leistungserbringer verwendet worden wäre, wenn eine Garantie ausgestellt worden wäre.

Art. 10 Rücktrittsrecht

Obwohl der Versicherer ausser bei Verheimlichung ausdrücklich auf sein Recht, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten, verzichtet, kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag ganz oder teilweise kündigen:

a. Auf Ende eines Kalenderjahres mit einer Kündigungsfrist von mindestens drei Monaten
b. Nach jedem Schaden, für den eine Leistung geschuldet wird. Um gültif zu sein, muss die Kündigung des Versicherungsnehmers innert 14 Tagen nach Kenntnisnahme der Auszahlung beim Versicherer eintreffen. Der Versicherer behält sich das Recht auf die Prämie für das laufende Versicherungsjahr vor.

Art. 11 Sistierung der Versicherungsdeckung

a. Die Zahlung einer gekürzten Prämie erlaubt den Fortbestand des Versicherungsverhältnisses, jedoch ohne Leistungsanspruch, so lange der Grund für die Sistierung fortbesteht.
b. Es gelten folgende Gründe für die Sistierung:
   – Der Versicherte unterliegt nicht mehr der obligatorischen Versicherung.
   – Er muss vertraglich im Kollektivvertrag seines Arbeitgebers oder eines Verbandes versichert sein.
c. Der Versicherungsnehmer kann das Wiederinkrafttreten der Versicherung innerhalb von 30 Tagen ab dem Tag, an dem der Sistierungsgrund nicht mehr vorliegt, beantragen. Dies gilt unabhängig von Alter und Gesundheitszustand des Versicherten.
d. Die Sistierungsdauer beträgt mindestens zwei Monate und höchstens fünf Jahre.

Art. 12 Prämienerhöhung und Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der Versicherer ist berechtigt, jedes Jahr per 1. Januar seine Prämien zu erhöhen oder die Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu verändern, und zwar aufgrund

a. der vorangehenden Genehmigung der Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht FINMA,
b. einer schriftlichen Mitteilung, die dem Versicherungsnehmer spätestens zwei Monate vor dem Inkrafttreten der neuen Bestimmungen zugestellt wird,
c. des Rechts des Versicherungsnehmers, einen Monat nach der Mitteilung schriftlich vom Vertrag zurückzutreten. Andernfalls gelten die neuen Prämien und die neuen Allgemeinen Bedingungen als vom Versicherungsnehmer genehmigt.

Art. 13 Abtretung und Verpfändung

Der Versicherungsnehmer oder der Versicherer kann die Versicherungsleistungen ohne die schriftliche Genehmigung des Versicherers weder abtreten noch verpfänden.

Art. 14 Leistungen anderer Versicherungsträger oder Drittfirmen

a. Werden mehrere Versicherungsträger dazu aufgefordert, für ein und dieselbe Leistung aufzukommen, gewährt der Versicherer seine Leistungen nur innerhalb des bestehenden Verhältnisses zwischen den von ihm bereitgestellten Leistungen und dem Gesamtbetrag der Leistungen, die von allen Versicherungsträgern erbracht werden.
b. Wird der Versicherer dazu aufgefordert, seine Leistungen anstelle einer Drittfirma vorzustrecken, ist der Versicherte verpflichtet, ihm seine Rechte bis zur Höhe des vom Versicherer vorgestreckten Betrags zu überlassen.
c. Lässt sich der Versicherungsnehmer oder der Versicherte in eine Transaktion mit einer haftbaren Drittfirma ein und fügt diese Transaktion dem Versicherer Schaden zu, so

verliert er jeglichen Anspruch auf Leistungen von Seiten des Versicherers für den entsprechenden Fall und muss die vom Versicherer vorgestreckten Leistungen zurückerstatten.

Art. 15 Kollektivversicherung

a. In der Kollektivversicherung können die Prämien und Leistungen verschieden von denen der Einzelversicherung sein. Die Bestimmungen, die von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen abweichen, erscheinen im Vertrag.
b. Tritt ein Versicherter aus der Kollektivversicherung aus, weil er nicht mehr zu dem im Vertrag definierten Kreis der Versicherten gehört, so hat er Anspruch auf einen Übertritt in die Einzelversicherung für eine vergleichbare Deckung und dies unabhängig von Alter und Gesundheitszustand. Der Versicherte muss sein Recht auf freien Übertritt innerhalb von drei Monaten ab dem Tag des Austritts aus der Kollektivversicherung von sich aus geltend machen. Andernfalls ist davon auszugehen, dass der Versicherte auf sein Recht verzichtet.

Art. 16 Allgemeine Einschränkungen der Versicherungsdeckung

Die Versicherung übernimmt nicht:

a. die rechtliche Beteiligung des Versicherten an den Kosten für die Sozialversicherung
b. vor Inkrafttreten der Versicherung bestehende Krankheiten, Geburtsgebrechen, Behinderungen und Unfälle oder ihre Folgeerscheinungen
c. Unfälle aufgrund von Rauferei, Schlägerei oder Störungen der öffentlichen Ordnung, ausser für den Fall, dass der Versicherte den Beweis erbringen kann, nicht aktiv am Geschehen beteiligt gewesen zu sein, ebenso wie Krankheiten und Unfälle, die durch ionisierende Strahlung oder Kriegshandlungen verursacht wurden
d. Zahnbehandlungskosten, wenn ihre Deckung nicht ausdrücklich als solche in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen erwähnt ist
e. absichtlich herbeigeführte Schäden
f. vor dem Datum des Inkrafttretens oder nach dem Ende des Vertrags erbrachte medizinische Pflegeleistungen
g. Rechnungen, die dem Versicherer mehr als 24 Monate nach ihrer Ausstellung vorgelegt werden

Art. 17 Grobe Fahrlässigkeit

a. Bei grober Fahrlässigkeit oder einem gewagten Unternehmen seitens des Versicherten oder der für ihn haftenden Person, werden die Leistungen in einem dem Grad des Verschuldens entsprechenden Verhältnis gekürzt. Vorbehalten bleibt die Aufopferungstat zwecks Rettung eines Menschenlebens.
b. Bei einer Kürzung wegen grober Fahrlässigkeit, die von einem dritten Versicherungsträger herbeigeführt wird, wird der Versicherer von der Verpflichtung entbunden, Leistungen zu erbringen, die er ohne die Fahrlässigkeit nicht hätte erbringen müssen.

B. Besondere Bestimmungen der Module A und B

Ambulante Behandlung, Notfall im Ausland, Spitalaufenthalt in der allgemeinen Abteilung in der ganzen Schweiz ausserhalb des Wohnkantons

Art. 18 Detaillierte Leistungen der Module A und B

Leistungen	Modul A (übliche Variante)	Modul B (erweiterte Variante)
Aufenthalt in einem Spital ausserhalb des Wohnkantons infolge akuter Krankheit, in der allgemeinen Abteilung in der ganzen Schweiz, je nach persönlichen Annehmlichkeiten	Erstattung des Kostenanteils, der nicht von der obligatorischen Versicherung gedeckt ist, bei einem Aufenthalt in einer **öffentlichen** Einrichtung, die vom Kanton laut seiner Spitalliste zugelassen und anerkannt ist	Erstattung des Kostenanteils, der nicht von der obligatorischen Versicherung gedeckt ist, bei einem Aufenthalt in einer **öffentlichen** Einrichtung, die vom Kanton laut seiner Spitalliste zugelassen und anerkannt ist, oder in einer **privaten** Einrichtung, mit welcher der Versicherer ein Abkommen geschlossen hat
Niederkunft	Die Deckung der Spitalkosten der Mutter erstreckt sich ebenfalls auf das gesunde Neugeborene, sofern es sich zusammen mit seiner Mutter im Spital aufhält	
Dringender Transport (Rettung)	Erstattung des Kostenanteils für dringende Transporte in Ambulanzfahrzeugen oder im Helikopter, der nicht von der obligatorischen Versicherung übernommen wird, sofern das Ziel des Transportes ein Spital ist und der Versicherte aufgrund seines Gesundheitszustandes kein anderes öffentliches oder privates Transportmittel benutzen kann	
Vorsorgliche ärztliche Kontrolluntersuchung	Kostenübernahme von Fr. 200.— pro Kalenderjahr	Kostenübernahme von Fr. 300.— pro Kalenderjahr
Brillen und Kontaktlinsen	Kostenübernahme von Fr. 200.– pro Kalenderjahr	

Leistungen	Modul A (übliche Variante)	Modul B (erweiterte Variante)
Ärztlich verordnete Hilfsmittel, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausgeschlossen sind (Brillen, Kontaktlinsen, Zahnprothesen, Zahnspangen, Hörgeräte, Schuhe ausgeschlossen)	Erstattung von 50% der Kosten, bis Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr	Erstattung von 70% der Kosten, bis Fr. 1'500.– pro Kalenderjahr
Osteopathie und Ätiopathie	Erstattung von 80% der Kosten	
Laut obligatorischer Versicherung nicht anerkannte Zusatzbehandlungen zur Wiederherstellung der Gesundheit, die von einem diplomierten Therapeuten oder Arzt durchgeführt werden	Erstattung von 50% der Kosten für ärztliche Behandlung, Analysen, Material und Medikamente	Erstattung von 75% der Kosten für ärztliche Behandlung, Analysen, Material und Medikamente
Eine von einem Arzt angeordnete Psychotherapie bei einem selbstständigen, nicht ärztlichen Psychotherapeuten	Übernahme von 60 einstündigen Sitzungen in einem Zeitraum von zwei Jahren, jedoch maximal Fr. 20.– pro Viertelstunde	
Orthodontische Behandlung mit therapeutischer Wirkung bei Kindern bis zum 18. Lebensjahr	Erstattung von 50% der Kosten, bis maximal Fr. 2'500.– pro Kalenderjahr, IV-Fall ausgeschlossen	Erstattung von 50% der Kosten, bis maximal Fr. 5'000.– pro Kalenderjahr, IV-Fall ausgeschlossen
Zahnärztliche Behandlung bei Kindern bis zum 18. Lebensjahr	Fr. 200.– pro Kalenderjahr	
Laut obligatorischer Versicherung nicht anerkannte, von einem Arzt zur Bekämpfung einer Krankheit verschriebene Medikamente, davon ausgenommen die Negativliste	Erstattung von 90% der Kosten, bis maximal Fr. 20'000.– pro Kalenderjahr	Erstattung von 90% der Kosten, bis maximal Fr. 40'000.– pro Kalenderjahr
Genesung in einer zugelassenen medizinischen Einrichtung in der Schweiz auf vorhergehenden Antrag beim Versicherer und dessen Genehmigung	Fr. 60.– pro Tag während maximal 21 Tagen pro Kalenderjahr	Fr. 80.– pro Tag während maximal 21 Tagen pro Kalenderjahr
Badekur, die integraler Bestandteil einer vom Arzt verschriebenen und bereits laufenden medizinischen Behandlung ist, von einer Mindestdauer von 14 Tagen in einer in der Schweiz zugelassenen Einrichtung auf vorhergehenden Antrag beim Versicherer und dessen Genehmigung		Übernahme der Aufenthaltskosten, gegen Vorweisung der Rechnungen, jedoch maximal Fr. 50.– pro Tag während 21 Tagen pro Kalenderjahr
Haushaltshilfe von einer anerkannten öffentlichen oder privaten Einrichtung, die medizinisch aufgrund einer schweren Krankheit gerechtfertigt ist	Übernahme von 70% der Kosten, maximal Fr. 500.– pro Kalenderjahr. Wenn die Hilfe einen Spitalaufenthalt erspart, kann der Vertrauensarzt diese Leistung auf vorgehenden Antrag auf Fr. 2'000.– erweitern	Übernahme von 70% der Kosten, maximal Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr. Wenn die Hilfe einen Spitalaufenthalt erspart, kann der Vertrauensarzt diese Leistung auf vorgehenden Antrag auf Fr. 3'000.– erweitern
Stillgeld	Einmaliges Stillgeld von Fr. 300.–	
Behandlung im Ausland bei Notfällen (ein Notfall liegt vor, wenn der sich im Ausland aufhaltende Versicherte eine medizinische Behandlung benötigt und eine Rückkehr in die Schweiz nicht angemessen wäre)	Übernahme von 80% der Kosten für ärztliche Behandlung, Medikamente und Spitalaufenthalt in der allgemeinen Abteilung, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet werden, bis zu Fr. 10'000.– pro Kalenderjahr. Die Hilfeleistungen im Ausland und die Heimschaffung sind laut beiliegender Vertragsbedingungen des Abkommens zwischen dem Versicherer und einem Rettungsunternehmen gedeckt.	

Art. 19 Von den Modulen A und B ausgeschlossene Leistungen

a. Zahnbehandlungen, soweit sie nicht ausdrücklich als gedeckt gekennzeichnet sind, Schönheitsbehandlungen oder deren Folgebehandlungen, psychiatrische Behandlungen, Krankheiten aufgrund von Alkohol und Drogen, Geschlechtsumwandlungen, Organ- oder Zellspenden, Rehabilitationsaufenthalte, von der obligatorischen Versicherung ausgeschlossene Fälle
b. Spitalkosten, die aus medizinischen Gründen gemäss KVG zulasten des Wohnkantons des Versicherten gehen

Art. 20 Koordination mit der obligatorischen Versicherung

a. Wurde die obligatorische Versicherung bei einem anderen Versicherungsträger abgeschlossen, so ist der Versicherte verpflichet, dem Versicherer die Originalrechnung der vom anderen Versicherungsträger übernommenen Leistungen vorzulegen, um Zusatzleistungen des Versicherers erhalten zu können.
b. Der Versicherer behält sich das Recht vor, weitere Belege zu fordern.

C. Besondere Bestimmungen der Module C und D

Spitalaufenthalt in halbprivater oder privater Abteilung mit freier Wahl der Einrichtung und nach dem variablen Prämiensatz, der sich in Abhängigkeit vom Eintrittsalter bei Abschluss des Vertrags und, ab 1. Januar 2011, des sich in der Folge ergebenden tatsächlichen Alters errechnet

Art. 21 Jährliche Franchise

a. Die Module C und D können ohne Franchise oder mit einer jährlichen Franchise von Fr. 500.–, Fr. 1’000.–, Fr. 1’500.– oder Fr. 2’000.– für das Jahr, in dem der Spitalaufenthalt begonnen hat, abgeschlossen werden. Bei einer Unterzeichnung im Verlauf des Jahres wird die gesamte Franchise erhoben.
b. Die Änderung der Franchise kann nur erfolgen, wenn sie mindestens zwei komplette Kalenderjahre gültig war. Der Versicherte muss dazu drei Monate vor Ende des Kalenderjahres einen schriftlichen Antrag stellen. Die Änderung der jährlichen Franchise bedeutet keine Risikoerhöhung gemäss Artikel 4, Buchstabe b.
c. Die abgeschlossene jährliche Franchise wird nicht erhoben, wenn der Versicherer im Rahmen der Module C und D keine Leistungen während der fünf dem Spitalaufenthalt vorausgehenden Jahre erbracht hat. Die ausbezahlten Leistungen bei Mutterschaft werden nicht berücksichtigt.

Art. 22 Detaillierte Leistungen der Module C und D

a. Diese Versicherung ergänzt die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG bei Spitalaufenthalt infolge akuter Krankheit, in der halbprivaten oder privaten Abteilung – je nach Modul, das der Versicherte gewählt hat – einer öffentlichen oder privaten Einrichtung, die vom Kanton laut seiner Spitalliste anerkannt ist.
b. Die Leistungen der Versicherung werden bei Schwangerschaft erst vom 13. Versicherungsmonat an ausgerichtet (ein Jahr Wartefrist).
c. Ist der Versicherte durch die obligatorische Unfallversicherung (UVG) gedeckt und das Unfallrisiko eingeschlossen, übernimmt die Zusatzversicherung die Differenz zwischen dem Betrag, der für einen Spitalaufenthalt in halbprivater oder privater Abteilung verrechnet wird, und dem Betrag, der vom Träger der Unfallversicherung übernommen wird.

Art. 23 Leistungen zugunsten des Neugeborenen

Bei der Niederkunft erstreckt sich die Deckung der Spitalkosten der Mutter auch auf das gesunde Neugeborene, sofern es sich zusammen mit seiner Mutter im Spital aufhält.

Art. 24 Garantie der Spitalkosten

a. Bei einem Spitalaufenthalt in einer öffentlichen oder privaten Einrichtung, mit welcher der Versicherer ein Abkommen geschlossen hat, und soweit die behandelte Krankheit im Rahmen vorliegender Versicherung gedeckt ist, garantiert der Versicherer der Einrichtung die Übernahme der Kosten und die Zahlung der Rechnung.
b. Hält sich der Versicherte in einer Einrichtung auf, mit welcher der Versicherer kein Abkommen geschlossen hat, wird keine Garantie gewährleistet. Der Versicherer erstattet dem Versicherungsnehmer, der für eventuelle Vorauszahlungen und die Zahlung der Rechnungen haftet, seine Leistungen. Der Versicherer behält sich die Möglichkeit vor, seine Erstattung auf den Betrag zu beschränken, für den er hätte aufkommen müssen, wenn sich der Versicherte in einer für die Behandlung der Krankheit geeigneten Einrichtung, mit welcher der Versicherer ein Abkommen geschlossen hat, aufgehalten hätte. Diese Einschränkung ist allerdings nur dann relevant, wenn der Versicherungsnehmer ordnungsgemäss davon informiert wurde.

Art. 25 Dringender Spitalaufenthalt bei einem Auslandsaufenthalt

a. Ein Notfall liegt dann vor, wenn der sich vorübergehend im Ausland aufhaltende Versicherte eine medizinische Behandlung benötigt und eine Rückkehr in die Schweiz nicht angemessen wäre.
b. Der Versicherer übernimmt die Differenz zwischen dem Betrag aus den Einzelrechnungen und dem Betrag, für den die obligatorische Versicherung und das Modul A oder B aufkommen, jedoch maximal Fr. 20’000.– pro Kalenderjahr für Modul C und Fr. 30’000.– für Modul D.

Art. 26 Leistungen, die von den Modulen C und D ausgeschlossen sind

a. Zahnbehandlungen, Schönheitsbehandlungen oder deren Folgebehandlungen, psychiatrische Behandlungen, Krankheiten aufgrund von Alkohol und Drogen, Geschlechtsumwandlungen, Organ- oder Zellspenden, Rehabilitationsaufenthalte, von der obligatorischen Versicherung ausgeschlossene Fälle
b. Spitalkosten, die aus medizinischen Gründen gemäss KVG zulasten des Wohnkantons des Versicherten gehen

Art. 27 Koordination mit der obligatorischen Versicherung

a. Wurde die obligatorische Versicherung bei einem anderen Versicherungsträger abgeschlossen, so ist der Versicherte verpflichet, dem Versicherer die Originalrechnung der vom anderen Versicherungsträger übernommenen Leistungen vorzulegen, um Zusatzleistungen des Versicherers erhalten zu können.
b. Der Versicherer behält sich das Recht vor, weitere Belege zu fordern.

D. Besondere Bestimmungen der Module E und F

Spitalaufenthalt in halbprivater oder privater Abteilung mit eingeschränkter Wahl der Einrichtung und nach dem variablen Prämiensatz, der sich in Abhängigkeit vom Eintrittsalter bei Abschluss des Vertrags und, ab 1. Januar 2011, des sich in der Folge ergebenden tatsächlichen Alters errechnet

Art. 28 Einschränkungen in Bezug auf die Module C und D

Die Artikel 21 bis 27 sind analog unter Austausch der Module C und D durch E und F und unter folgenden Vorbehalten anwendbar:

a. Der Versicherte muss sich in einer der Einrichtungen aufhalten, die auf einer der regelmässig vom Versicherer erstellten Liste erscheint und dessen letzte massgebend ist. Andernfalls ist keine Leistung geschuldet.
b. Innerhalb von 30 Tagen nach der Kenntnisnahme der Änderung der Liste kann der Versicherte seinen Übertritt von Modul E zu Modul C oder von Modul F zu Modul D unter Angleichung seiner Prämie beantragen. Die Änderung tritt mit dem Gültigkeitsdatum der neuen Liste in Kraft und gilt nicht als Erhöhung des Risikos.
c. Bei einem Spitalaufenthalt im Ausland nach Artikel 25 hat der Versicherte keinen Anspruch auf Leistungen der Module E und F.

E. Besondere Bestimmungen der Module G und H

Spitalaufenthalt in halbprivater oder privater Abteilung mit freier Wahl der Einrichtung und einem je nach tatsächlichem Alter abgestuften Prämiensystem

Art. 29 Besondere Bestimmungen

a. Die Artikel 21 bis 27 sind analog unter Austausch der Module C und D durch G und H und unter Vorbehalt des in diesem Artikel, Buchstabe b erwähnten Unterschieds anwendbar.
b. Der Versicherte hat die Möglichkeit, bei den Modulen G und H zusätzlich zu den in Artikel 21, Buchstabe a angegebenen Franchisen eine Jahresfranchise von Fr. 3’000.– zu wählen.
c. Um jegliches Missverständnis zu vermeiden, ist Artikel 25, Buchstabe b wie folgt zu verstehen: Der Versicherer übernimmt die Differenz zwischen dem Betrag der Einzelrechnungen und dem Betrag, für den die obligatorische Versicherung und das Modul A oder B aufkommen, jedoch maximal Fr. 20’000.– pro Kalenderjahr für Modul G und Fr. 30’000.– für Modul H.

F. Schlussbestimmungen

Art. 30 Streitigkeiten

a. Bei Beanstandungen bezüglich des Versicherungsvertrags hat der Versicherte die Wahl zwischen dem ordentlichen Gerichtsstand (Ort des Sitzes des Versicherers) und dem Gerichtsstand seines Wohnsitzes in der Schweiz.
b. Die Kantone regeln ein einfaches und rasches Verfahren, in dem der Richter die Tatsachen feststellt und die Beweise frei würdigt. Das Verfahren ist für die Parteien kostenlos. Der Richter kann jedoch der mutwilligen Partei diese Kosten ganz oder teilweise auferlegen.

Art. 31 Gültigkeit

Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen

a. treten in Absprache mit der FINMA am 1. Januar 2011 in Kraft,
b. enthalten den Vermerk «Ausgabe 01.09.2010».

Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG (GMA AG)

Nachtrag zu den Allgemeinen Bedingungen - Version vom 01.01.2024 - Zusatzversicherung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung - VHAM01, VFAM01, VAAM01

Die Bestimmungen des Nachtrags gelten ab dem 1. Januar 2024 für Personen, die über die Zusatzversicherung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung – VHAM01, VFAM01 oder VAAM01 verfügen.

Garantie der Spitalkosten
Ersetzt Art. Bst. a und b

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.
Bezieht ein Versicherter Leistungen einer nicht anerkannten Einrichtung oder eines nicht anerkannten Arztes, werden ihm für deren Leistungserbringung entsprechend der Abteilung (halbprivat oder privat) die effektiv in Rechnung gestellten stationären Spitalleistungen ausgerichtet, höchstens aber folgende Beträge pro Spitalübernachtung:

	Betrag pro Spitalübernachtung	
	Akutpflege	
	Halbprivat	**Privat**
Nicht anerkannter Arzt: Rückerstattung der Arztkosten	Fr. 500.–	Fr. 500.–
Nicht anerkanntes Spital: Rückerstattung der Spitalkosten	Fr. 300.–	Fr. 500.–
Spital und Arzt nicht anerkannt: Totale Rückerstattung - Arztkosten - Spitalkosten	Fr. 800.– - Fr. 500.– - Fr. 300.–	Fr. 1'000.– - Fr. 500.– - Fr. 500.–

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.

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% der nach seiner Einschätzung eingesparten Kosten, maximal jedoch Fr. 5000.– pro Spitalaufenthalt, entrichten.