

Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global flex

GXGA01-A7 – Ausgabe 01.04.2005

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Zweck der Versicherung	Art. 5	Optionsmodul «Careflex»
Art. 2	Aufnahmebedingung	Art. 6	Leistungsanspruch
Art. 3	Gedeckte Risiken	Art. 7	Prämien
Art. 4	Basismodul «Hospiflex»		

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

Art. 1 Zweck der Versicherung

Die Versicherung Global flex kombiniert das Basismodul «Hospiflex», durch das der Versicherte bei einem Spitaleintritt zwischen der allgemeinen, halbprivaten oder privaten Abteilung wählen kann, mit dem nicht obligatorischen Modul «Careflex», das zusätzliche Leistungen deckt.

Alle Leistungen das zusätzlich zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG (nachstehend OKP) gewährt.

Art. 2 Aufnahmebedingung

Der Zusatzpflegeversicherung Global flex können alle Personen bis zum Tag ihres 55. Geburtstags beitreten.

Art. 3 Gedeckte Risiken

Die Leistungen des Produkts Global flex werden bei Krankheit und Unfall gewährt (Mutterschaft ausgeschlossen).

Art. 4 Basismodul «Hospiflex»

1. Wahl der Abteilung und Kostenbeteiligung

- Bei einem stationären Aufenthalt (über 24 Stunden) bei
- einem Spitalaufenthalt,
 - einem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik oder
 - in einer Klinik für Rehabilitation
- hat der Versicherte Anspruch auf die freie Wahl der Abteilung mit den folgenden Kostenbeteiligungen:

Gewählte Abteilung

Kostenbeteiligung des Versicherten

Allgemeine Abteilung	Fr. 0.–
Halbprivate Abteilung	Fr. 400.– pro Tag, max. Fr. 4'000.– pro Kalenderjahr
Private Abteilung	Fr. 600.– pro Tag, max. Fr. 5'000.– pro Kalenderjahr

Bei der Berechnung der Anzahl Tage des Spitalaufenthalts, die der Kostenbeteiligung unterstehen, werden der Tag des Eintritts und des Austritts als ganze Tage gezählt, wenn sie von der Spital Einrichtung verrechnet werden.

Wenn während eines Kalenderjahrs bei Spitalaufenthalten die Abteilungen halbprivat und privat vom Versicherten gewählt werden, wird der jährliche Höchstbetrag der Kostenbeteiligung der privaten Abteilung angerechnet.

2. Spital einrichtungen

Um in den Genuss der Leistungen von Global flex zu kommen, müssen die Spital einrichtungen im Sinn des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung KVG anerkannt sein (Spitäler mit kantonalen Leistungsaufträgen), oder einen Tarifvertrag mit der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG für die entsprechenden Abteilungen abgeschlossen haben.

3. Umfang und Dauer der Leistungen bei Spitalaufenthalt

Die Leistungen werden unter Vorbehalt der folgenden Bestimmungen gewährt:

- Der Versicherer übernimmt die vom KVG anerkannten Behandlungskosten, die Spitalaufenthaltskosten und die Arzthonorare gemäss dem Abkommen mit dem Versicherer oder der kantonalen Tarifrichtlinien.

- Die Spitalleistungen werden ausgerichtet, solange der Patient als Akutpatient gilt.
Sobald keine Akutspitalbedürftigkeit mehr besteht, insbesondere bei der Behandlung von chronischen Leiden, oder wenn durch den Spitalaufenthalt der Gesundheitszustand des Versicherten nicht verbessert werden kann, erlischt der Anspruch auf Leistungen.

4. Bei Aufhalten für psychiatrische Behandlungen

Der Leistungsanspruch ist auf 90 Tage pro Kalenderjahr beschränkt.

5. Bei Aufhalten für Rehabilitation

Der Leistungsanspruch ist auf 90 Tage pro Kalenderjahr beschränkt.

6. Spitalaufenthalt im Ausland

- a. Bei einem Notfall oder bei medizinischer Notwendigkeit:

Wenn der Versicherte im Ausland krank wird oder einen Unfall erleidet und ins Spital eingewiesen wird, gewährt ihm der Versicherer während maximal 60 Tagen pro Kalenderjahr eine maximale Leistung von Fr. 500.– pro Tag. Die Kostenbeteiligungen des Versicherten gemäss Artikel 4.1 sind nicht anwendbar.

- b. Freiwillige Behandlungen im Ausland:

Die Kostenübernahme erfolgt nur mit der vorherigen Einwilligung des Versicherers.

7. Organtransplantationen

Im Rahmen der vorliegenden Versicherung besteht bei Organtransplantationen, für die der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer in Solothurn (SVK) eine Fallpreispauschale abgeschlossen hat, keine Versicherungsdeckung (diese Kosten werden von der OKP gedeckt). Diese Regel gilt auch für Kliniken, mit denen keine Fallpreispauschale vereinbart wurde.

8. Rechte und Pflichten des Versicherten bei Spitalaufhalten

- Der Versicherte ist verpflichtet, sich zu erkundigen, ob die Institution, die Abteilung der Institution oder die Klinik, in der er sich behandeln lassen wird, vom Versicherer anerkannt ist.
- Die Wahl der Abteilung (allgemein, halbprivat oder privat) muss vor dem Spitaleintritt angegeben werden.
- Im Notfall, wenn der Versicherte nicht in der Lage ist, bei seinem Spitaleintritt die Abteilung zu wählen, übernimmt der Versicherer die Leistungen in der allgemeinen Abteilung.

Art. 5 Optionsmodul «Careflex»

Zusätzlich zum im Artikel 4 der vorliegenden Bedingungen erwähnten Basismodul «Hospiflex» kann der Versicherte mit einer Zusatzprämie den Umfang seiner Versicherungsdeckung folgendermassen erweitern:

1. Leistungen, die der Jahresfranchise von Fr. 150.– unterliegen

	Kostenübernahme	Beschreibung
Komplementärmedizin	90% unbegrenzt	<ul style="list-style-type: none"> – Kostenübernahme der Therapien gemäss der nachfolgenden Liste* – Der Versicherer behält sich das Recht vor, gewisse Naturheilpraktiker auszuschliessen. – Vor jeder Behandlung muss sich der Versicherte erkundigen, ob der Therapeut, bei dem er sich behandeln lassen will, vom Versicherer anerkannt wird.
Limitierte kassenpflichtige und nicht kassenpflichtige Medikamente	90% unbegrenzt	<ul style="list-style-type: none"> – Medikamente, die nicht von der OKP übernommen werden – ausgenommen: Liste pharmazeutischer Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV) – www.lppv.ch
Unterbringungs- und Begleitkosten	90% unbegrenzt	<ul style="list-style-type: none"> – auf vorgängiges Gesuch an den Versicherer den Kostenanteil 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 muss bei einer offiziellen Institution erfolgen. – Bei einem Spitalaufenthalt des Versicherten übernimmt der Versicherer die Kosten der Belegung eines Spitalbetts durch einen Familienangehörigen, sofern diese Massnahme medizinisch begründet ist.
Hilfsmittel	90% unbegrenzt	<ul style="list-style-type: none"> – Miete und Kauf von ärztlich verordneten orthopädischen Geräten und Hilfsmitteln (Zahnprothesen ausgenommen), die für die alltäglichen Verrichtungen nötig sind, gemäss Mittel- und Gegenständeliste des Versicherers
Transportkosten	90% unbegrenzt	<ul style="list-style-type: none"> – bis zur nächstgelegenen Heilanstalt oder zum nächsten Arzt, sofern der Transport medizinisch notwendig ist – übernommene Transportkosten: Ambulanz, Helikopter oder Rettungsaktion – Die Kosten öffentlicher Verkehrsmittel (Bahn, Bus) sind ebenfalls gedeckt, sofern der Transport aufgrund einer ambulanten Behandlung notwendig ist und dadurch ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann.
Freie Arztwahl in der Schweiz	90% unbegrenzt	<ul style="list-style-type: none"> – freie Wahl des Behandlungsorts in der Schweiz bei einer ambulanten Behandlung gemäss KVG – Kostenübernahme der Differenz zwischen dem am Wohn- oder Arbeitsort des Versicherten anwendbaren Tarif und dem am Sitz des Leistungserbringers gültigen Tarif
Badekuren in der Schweiz	90% unbegrenzt (max. 30 Tage pro Jahr)	<ul style="list-style-type: none"> – Kosten für die Behandlung und die Pension im Fall einer Badekur in den vom Versicherer anerkannten Institutionen, gemäss der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) – Die Leistungen werden gewährt, wenn sie von einem Arzt verordnet werden. Ein Gesuch um Zustimmung und die ärztliche Kurverordnung muss dem Versicherer spätestens 20 Tage vor Kurantritt eingereicht werden.
Rekonvaleszenzkuren in der Schweiz	90% unbegrenzt (max. 30 Tage pro Jahr)	<ul style="list-style-type: none"> – Kosten für die Behandlung und Pension im Fall von Rekonvaleszenzkuren in der Schweiz in vom Versicherer anerkannten Kuranstalten, wenn die Kur nach einem Spitalaufenthalt verordnet wurde – Ein Gesuch um Zustimmung und die ärztliche Kurverordnung müssen beim Versicherer spätestens 20 Tage vor Kurantritt eingereicht werden.
Haushaltshilfe	90% (max. Fr. 2'500.– pro Jahr)	<ul style="list-style-type: none"> – Kosten für die medizinisch notwendige Anstellung einer Familienhilfe, die einer offiziellen Organisation angehört und in Vertretung des Versicherten die täglichen Haushaltsarbeiten erledigt. Alle anderen Kosten sind davon ausgenommen (Grossreinemachen, usw.). – Die Leistungen werden nach einem Spitalaufenthalt und auf vorgängiges Gesuch des Versicherten gewährt. – Es wird keine Leistung gewährt, wenn der Versicherte von der Invalidenversicherung (IV) als invalid anerkannt wird, wenn der Versicherte über eine Invalidenrente verfügt oder sich in einem Spital, in einer Kur- oder Erholungsanstalt aufhält.
Brillen und Kontaktlinsen	Fr. 150.– alle drei Jahre	– Kaufpreis in der Schweiz oder im Ausland
Mahlzeitenlieferung nach einem Spitalaufenthalt	Fr. 20.– pro Tag (30 Tage pro Jahr)	– Kosten für die von einer vom Versicherer anerkannten Institution und auf ärztliche Verordnung nach Hause gelieferten Mahlzeiten nach einem Spitalaufenthalt
Medikamentenversand nach Hause	Versandkosten	– verordnete Medikamente, die über einen vom Versicherer anerkannten Partner bezogen werden

2. Leistungen, die der Franchise nicht unterliegen

	Kostenübernahme	Beschreibung
Zweitmeinung	90% unbegrenzt	–Kosten für ein zweites ärztliches Gutachten vor einem Spitaleintritt . Die Bezeichnung «Zweitmeinung» muss auf der Honorarrechnung ersichtlich sein.
Mammografien	90% unbegrenzt	
Impfungen	90% unbegrenzt	–Impfungen, die in der Schweiz notwendig sind und diejenigen Impfungen, die vom Bundesamt für Gesundheit bei einer Reise ins Ausland empfohlen werden
Präventivtests (HIV, Elisa)	90% unbegrenzt	–durchgeführt von anerkannten Leistungserbringern
Check-up	90% unbegrenzt max. ein Check-up alle drei Jahre	– von einem vom Versicherer anerkannten Arzt durchgeführt, jedoch höchstens ein Check-up alle drei Jahre
Psychotherapie	zwei Sitzungen pro Jahr, max. Fr. 140.–	– ärztlich verordnete Behandlungen, die von nicht ärztlichen Psychotherapeuten oder unabhängigen Psychologen durchgeführt werden
Zahnkontrolle	max. Fr. 75.– pro Jahr	–jährliche Vorsorgeuntersuchung , die von einem diplomierten Zahnarzt durchgeführt wird
Ernährungsberatungen	Fr. 50.– pro Sitzung max. drei Beratungen während drei Jahren	–Ernährungsberatungen durchgeführt von vom Versicherer anerkannten Beratern , jedoch höchstens drei Beratungen in einem Zeitraum von drei Jahren
Gesundheitsförderung	50%, max. Fr. 200.– pro Jahr	–Leistungen in den Bereichen Rückenschule und Fitness, sowie Leistungen im Hinblick auf Tabak- und Alkoholentzug in einer anerkannten Institution , oder von einem anerkannten Leistungserbringer –Sollten im gleichen Kalenderjahr mehrere gesundheitsfördernde Massnahmen durchgeführt werden, beträgt die maximale Leistung Fr. 200.–.
Groupe Mutuel Assistance	bei Notfällen in der Schweiz und im Ausland	–die in den Versicherungsbedingungen der Groupe Mutuel Assistance vorgesehenen Leistungen (Rücktransport und Transport bei einem Schadenfall ausserhalb eines Umkreises von 20 Kilometern ab Wohnort des Versicherten in der Schweiz und im Ausland)

*Liste der Therapien der Komplementärmedizin

Naturheilverfahren

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

Manuelle Therapien

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

Andere

Biodynamik, Rebirthing, Sophrologie, Tomatis-Methode

Art. 6 Leistungsanspruch

- Die in Artikel 5 der vorliegenden besonderen Bedingungen erwähnten Leistungen (Modul «Careflex») sind gedeckt, wenn dies in der Versicherungspolice ausdrücklich vermerkt ist.
- Die Leistungen werden nach den Behandlungsdaten angerechnet. Die nach der Ausschöpfung des Leistungsanspruchs anfallenden Kosten (bei zeitlich oder betragsmä-

ssig begrenzten Leistungen) 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 Bedingungen geregelte Versicherung darf in keinem Fall zur Deckung der gesetzlichen Selbstbehalte und Franchisen in der OKP und in den anderen Zusatzversicherungen dienen.

Art. 7 Prämien

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

- 0 bis 18 Jahre
 - 19 bis 25 Jahre
 - ab dem 26. Altersjahr bis zum 71. Altersjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren
- Bei den Prämien werden die obgenannten Altersklassen berücksichtigt.