

Überblick über die Zusatzversicherungen gemäss WG



Groupe Mutuel

Gesundheit® Leben® Vermögen® **Unternehmen®**

Groupe Mutuel
Assurances
Versicherungen
Assicurazioni

Überblick

Zusatzversicherungen Global

4-5

- GL** Global, Stufen 1 bis 3
- GM** Global mi-privée
- GP** Global privée
- GC** Global confort, Stufen 1 bis 3
- GT** Global temporis
- GO** Global Solution, Stufen 1 bis 3

Heilungskosten-Zusatzversicherung

5

- SC** Heilungskosten-Zusatzversicherung, Stufen 1 bis 4

Spitalzusatzversicherungen

6

- HC** Spitalzusatzversicherung, Stufen 1 bis 4
- HB** Spitalzusatzversicherung H-Bonus
- KH** Kapitalversicherung bei Spitalaufenthalt

Zahnpflegeversicherung

7

- DP** Zahnpflegeversicherung Dentaire plus

Wichtige Informationen

8-10

Zusatzversicherungen Global

Risikotragender Versicherer: Mutuel Versicherungen AG – Martigny

Die Versicherungskombinationen Global ergänzen die obligatorische Krankenpflegeversicherung optimal und bieten eine umfassende Deckung der Kosten sowohl für Krankenpflege als auch für Spitalaufenthalt.

□ **GL Global, Stufen 1 bis 3**

- **drei mögliche Leistungsstufen:** GL 1, 2 und 3
- Spitalaufenthalt in der allgemeinen Abteilung ganze Schweiz
- Die Spitalleistungen bei Schwangerschaft und Niederkunft werden erst nach einer Karenzfrist von zwölf Monaten ab Inkrafttreten des Vertrags erbracht.
- Kostenübernahme Komplementärmedizin gemäss Liste, Bade- oder Erholungskuren, nicht kassenpflichtige Medikamente, Brillen und Kontaktlinsen, Transportkosten, Haushaltshilfe, Impfungen, Hilfe im Ausland. Die Kostenübernahme ist in jeder Leistungsstufe begrenzt.
- **zwei mögliche Franchisen:** Fr. 0.– oder Fr. 150.–

□ **GM Global mi-privée**

- Beitritt bis zum vollendeten 55. Lebensjahr möglich
- Spitalaufenthalt in der halbprivaten Abteilung ganze Schweiz
- Die Spitalleistungen bei Schwangerschaft und Niederkunft werden erst nach einer Karenzfrist von zwölf Monaten ab Inkrafttreten des Vertrags erbracht.
- Kostenübernahme Komplementärmedizin gemäss Liste, Bade- oder Erholungskuren, nicht kassenpflichtige Medikamente, Brillen und Kontaktlinsen, Transportkosten, Haushaltshilfe, Impfungen, Hilfe im Ausland
- **fünf mögliche Franchisen für Leistungen bei Spitalaufenthalt:** Fr. 0.–, Fr. 1'000.–, Fr. 2'000.–, Fr. 3'000.– oder Fr. 5'000.–

□ **GP Global privée**

- Beitritt bis zum vollendeten 55. Lebensjahr möglich
- Spitalaufenthalt in der privaten Abteilung ganze Schweiz (Option weltweit möglich, mit eingeschränkter Dauer und begrenztem Leistungsbetrag gemäss den Besonderen Bedingungen)
- Die Spitalleistungen bei Schwangerschaft und Niederkunft werden erst nach einer Karenzfrist von zwölf Monaten ab Inkrafttreten des Vertrags erbracht.

- Kostenübernahme Komplementärmedizin gemäss Liste, Bade- oder Erholungskuren, nicht kassenpflichtige Medikamente, Brillen und Kontaktlinsen, Transportkosten, Haushaltshilfe, Impfungen, Hilfe im Ausland
- **fünf mögliche Franchisen für Leistungen bei Spitalaufenthalt:** Fr. 0.–, Fr. 1'000.–, Fr. 2'000.–, Fr. 3'000.– oder Fr. 5'000.–

□ **GC Global confort, Stufen 1 bis 3**

- **drei mögliche Leistungsstufen:** GC 1, 2 und 3
- Beitritt bis zum vollendeten 55. Lebensjahr möglich
- freie Wahl des Hotelkomforts im Ein- oder Zweibettzimmer ganze Schweiz (Behandlung entsprechend der allgemeinen Abteilung), gemäss Liste der unter Vertrag stehenden Spitäler
- Die Spitalleistungen bei Schwangerschaft und Niederkunft werden erst nach einer Karenzfrist von zwölf Monaten ab Inkrafttreten des Vertrags erbracht.
- Kostenübernahme Komplementärmedizin gemäss Liste, Bade- oder Erholungskuren, nicht kassenpflichtige Medikamente, Brillen und Kontaktlinsen, Transportkosten, Haushaltshilfe, Impfungen, Hilfe im Ausland. Die Kostenübernahme ist in jeder Leistungsstufe begrenzt.
- **zwei mögliche Franchisen:** Fr. 0.– oder Fr. 150.–

□ **GT Global temporis**

- Möglichkeit zum sofortigen Abschluss einer zeitlich begrenzten Versicherungsdeckung «Global» mit Prämienermässigung und begrenzten Leistungen (in Kombination mit einer Versicherung GL, GM, GP oder GC)
- späterer Beitritt ohne erneute Gesundheitsprüfung möglich

□ GO Global Solution, Stufen 1 bis 3

- Diese Versicherung kann nur im Rahmen eines Versicherungsprogramms und nicht auf individueller Basis abgeschlossen werden.
- **drei mögliche Leistungsstufen (Basismodul):** GO 1, 2 und 3
- Spitalaufenthalt gemäss gewählter Leistungsstufe in der allgemeinen, halbprivaten oder privaten Abteilung in der ganzen Schweiz
- Die Spitalleistungen bei Schwangerschaft und Niederkunft werden erst nach einer Karenzfrist von 12 Monaten nach Inkrafttreten des Vertrags gewährt.
- in allen Leistungsstufen: Kostenübernahme Komplementärmedizin gemäss Liste, nicht kassenpflichtige Medikamente, Brillen und Kontaktlinsen, Transportkosten, Haushaltshilfe und Präventivleistungen (Fitness, Check-ups, Impfungen). Die Kostenübernahme ist in jeder Leistungsstufe begrenzt.
- Stufen 2 und 3: Kostenübernahme bei Zahnbehandlungen sowie Bade- und Rekonvaleszenzkuren in der Schweiz. Die Kostenübernahme ist in jeder Leistungsstufe begrenzt.
- in allen drei Stufen: Kostenübernahme bei notfallmässigen Behandlungen im Ausland (ambulante und stationäre Behandlungen gemäss KVG, Transportkosten, Repatriierung, Such- und Rettungskosten, Besuch durch ein Familienmitglied) bis maximal Fr. 100'000.–/Jahr.

➤ drei optionale Module:

- Option «Dentaire plus» Klasse 1 oder 2 mit erweiterten Zahnpflegeleistungen
 - Option «erweiterte Leistungen» mit verlängerter Leistungsdauer bei Spitalaufenthalt für Versicherte mit Stufe 3 (halbprivate oder private Abteilung) sowie erweiterten Leistungen für Hilfsmittel, Brillen, Psychotherapie und Mutterschaft für Versicherte aller drei Stufen
 - Option «Behandlungs-Upgrade bei Notfällen im Ausland» bis zu Fr. 400'000.– pro Kalenderjahr
- ### ➤ zwei mögliche Franchisen für Versicherte mit Stufe 2 oder 3:
- Fr. 0.– oder Fr. 500.–. Versicherte mit Stufe 3 können auch eine Franchise von Fr. 1'000.– wählen.
 - Die versicherte Person kann den Vertrag nach 3 Jahren auf Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auflösen.

Heilungskosten-Zusatzversicherung

Die Heilungskosten-Zusatzversicherung bietet Ihnen Zugang zu zahlreichen Leistungen, die nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckt sind.

□ SC Heilungskosten-Zusatzversicherung, Stufen 1 bis 4

- **vier mögliche Leistungsstufen:** SC 1, 2, 3 und 4
- Zugang zu zahlreichen Leistungen wie nicht kassenpflichtige Medikamente, Komplementärmedizin gemäss Liste, Bade- oder Erholungskuren, Brillen und Kontaktlinsen, Transportkosten, Haushaltshilfe, Impfungen. Die Kostenübernahme ist in jeder Leistungsstufe begrenzt.
- **Franchise:** Fr. 50.–

Spitalzusatzversicherungen

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 mögliche Leistungsstufen:** HC 1, 2, 3 und 4:
- › allgemeine Abteilung ganze Schweiz (Stufe 1)
- › halbprivate Abteilung ganze Schweiz (Stufe 2)
- › private Abteilung ganze Schweiz (Stufe 3)
- › private Abteilung weltweit (Stufe 4), mit eingeschränkter Dauer und begrenztem Leistungsbetrag gemäss den Besonderen Bedingungen
- › freie Wahl des Spitals
- › Die Spitalleistungen bei Schwangerschaft und Niederkunft werden erst nach einer Karenzfrist von zwölf Monaten ab Inkrafttreten des Vertrags erbracht.
- › **fünf mögliche Franchisen für die Stufen 2, 3 und 4:** Fr. 0.–, Fr. 1'000.–, Fr. 2'000.–, Fr. 3'000.– oder Fr. 5'000.–

□ HB Spitalzusatzversicherung H-Bonus

- › Beitritt bis zum vollendeten 60. Lebensjahr möglich
- › Wahl der allgemeinen, halbprivaten oder privaten Abteilung bei Spitaleintritt
- › Kostenbeteiligung des Versicherten je nach gewählter Abteilung (allgemeine Abteilung Fr. 0.–, halbprivate Abteilung Fr. 100.– pro Tag, maximal 30 Tage pro Kalenderjahr, private Abteilung Fr. 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.

□ KH Kapitalversicherung bei Spitalaufenthalt

- › **neun verschiedene jährliche Versicherungssummen** zur Auswahl, um wirtschaftliche Folgen zu decken, die bei einem akuten stationären Spitalaufenthalt von mehr als 24 Stunden entstehen, z. B. Haushaltshilfe oder Kinderbetreuung. Folgende jährliche, im Voraus vereinbarte Versicherungssummen stehen zur Auswahl:

- › Fr. 300.–
- › Fr. 500.–
- › Fr. 600.–
- › Fr. 900.–
- › Fr. 1'000.–
- › Fr. 1'200.–
- › Fr. 1'500.–
- › Fr. 2'000.–
- › Fr. 2'500.–

- › **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

Zahnpflegeversicherung

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

□ DP Zahnpflegeversicherung Dentaire plus

- **fünf mögliche Leistungsstufen:** DP1, 2, 3, 4 und 5
- Beitritt bis zum vollendeten 60. Lebensjahr möglich
 - DP1: 75% des gemäss UVG-Tarif fakturierten Betrags, maximal Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr
 - DP2: 75% des gemäss UVG-Tarif fakturierten Betrags, max. Fr. 2'000.–/Kalenderjahr
 - DP3: 75% des gemäss UVG-Tarif fakturierten Betrags, max. Fr. 4'000.–/Kalenderjahr
 - DP4: 75% des gemäss UVG-Tarif fakturierten Betrags, max. Fr. 6'000.–/Kalenderjahr
- Stufe 5 ergänzt gegen Prämienzuschlag die Stufen 1 bis 4 mit folgenden Beiträgen an die Laborkosten: 75% des gemäss UVG-Tarif fakturierten Betrags, bei Krankheit maximal Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr und bei Unfall maximal Fr. 10'000.– pro Kalenderjahr.
- Leistungen für Zahnbehandlungen werden erst nach einer Karenzfrist von einem Monat ab Inkrafttreten des Vertrags erbracht, Leistungen für prothetische Behandlungen nach sechs Monaten. Der Leistungsanspruch infolge eines Unfalls beginnt sofort.
- **vier mögliche Franchisen:** Fr. 0.–, Fr. 200.–, Fr. 350.– oder Fr. 500.–. Auf den Beitrag an prophylaktische Kontrollen in Höhe von Fr. 75.– pro Kalenderjahr wird keine Franchise erhoben.
- **Leistungsausschluss:** für zum Zeitpunkt der Aufnahme fehlende oder bereits ersetzte Zähne, für zahnärztliche Behandlungen infolge eines Unfalls vor Beitritt, für bereits beim Beitritt geplante Behandlungen sowie Behandlungen, für die das UVG, das IVG, das MVG oder ein Dritter leistungspflichtig sind.

Wichtige Informationen

Nachfolgende Informationen umfassen die wichtigsten Punkte zu den Zusatzversicherungen. Andere Rechte und Pflichten sind in den allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen des jeweiligen Produkts und im VVG aufgezählt.

Versicherungsantrag

Die Unterzeichnung des Versicherungsantrags ist keine Offertenanfrage, sondern eine formelle Erklärung an den Versicherer, eine oder mehrere Zusatzversicherungen abzuschliessen zu wollen. Der Antragsteller bleibt gemäss Art. 1 VVG an den Antrag gebunden. 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.

Mindestvertragsdauer

Die Mindestvertragsdauer der Zusatzversicherungen beträgt fünf Jahre, ausser bei der Versicherung Global Solution mit einer Mindestvertragsdauer von drei Jahren.

Wird der Vertrag nicht auf Ende der Mindestvertragsdauer gekündigt, verlängert er sich stillschweigend um ein weiteres Jahr.

Ende des Versicherungsvertrags

Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag kündigen:

- auf das Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten (ein Monat bei der Versicherung Global Solution), jedoch frühestens auf das Ende der Mindestvertragsdauer.
- 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 Prämienanpassung, innert einer Frist von 30 Tagen nach Erhalt der neuen Police oder Mitteilung der Anpassung.
- bei Verletzung der Informationspflicht durch den Versicherer gemäss Art. 3a VVG.

Der Versicherer kann den Vertrag kündigen:

- bei Verschweigen wichtiger Informationen oder bei unrichtigen Angaben (Falschaussage/Verletzung der Anzeigepflicht).

Der Versicherungsvertrag sowie der Anspruch auf Leistungen erlöschen insbesondere:

- bei der Auflösung des Vertrags durch den Versicherer infolge unbezahlter Prämien
- mit dem Tod des Versicherten
- bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland gemäss den Bestimmungen von Art. 14 Bst. d AVZ.

Aufnahmebedingungen

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

Prämien

Die Prämien werden nach Geschlecht, Region und Altersgruppe abgestuft. Es gelten folgende Altersklassen: 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 nächst-höhere Altersklasse übertragen. 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.

Pflichten des Versicherten

Schadenminderungspflicht

Bei Krankheit oder Unfall hat der Versicherte sich so schnell wie möglich einer geeigneten medizinischen Behandlung zu unterziehen. Der Versicherte wird angehalten, 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 Lauf der Behandlung bedarf der vorgängigen Bewilligung des Versicherers.

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.
- Der Tod der versicherten Person muss dem Versicherer vom Anspruchsberechtigten innert 30 Tagen mitgeteilt 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 alle Medizinalpersonen, 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 Nichtbezahlung 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.

Warte- und Karenzfristen

Gewisse Leistungen werden erst nach Ablauf einer Wartefrist, die bei Eintreten des Versicherungsfalles 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 Art. 1 VVG.

Der Versicherer behält sich das Recht vor, den Antrag zu den Bedingungen und innerhalb der Fristen von Art. 1 VVG anzunehmen oder abzulehnen. Insbesondere beginnen die Mindestdauer und die Wartezeiten erneut zu laufen und es gehen keine Rechte des alten Vertrags auf den neuen über.

Umfang der Versicherungsdeckung

Die Höhe, der Prozentsatz, die zeitliche Begrenzung sowie die Bedingungen der Leistungserbringung (z. B. auf ärztliche Verordnung) sind in den besonderen Bedingungen des jeweiligen Produkts beschrieben, insbesondere in den zusammenfassenden Leistungstabellen.

Im Rahmen der Spitalversicherungen werden nur Leistungen übernommen, die von vom Versicherer anerkannten Leistungserbringern erbracht werden. Bei Spitalaufenthalten in nicht anerkannten Spital-einrichtungen können die Leistungen reduziert oder auch abgelehnt werden. Die Bedingungen sind in den besonderen Versicherungsbedingungen des jeweiligen Produkts beschrieben. Der Versicherte ist in jedem Fall verpflichtet, sich vor einem Spitalaufenthalt zu erkundigen, ob das Spital vom Versicherer anerkannt ist.

Leistungsbegrenzungen finden insbesondere bei den Produkten GL, GM, GC, GP, HB und HC Anwendung, entweder für Aufenthalte in einer psychiatrischen Einrichtung oder für stationäre Rehabilitationen oder für Notfallbehandlungen im Ausland. Bei den Produkten GM, GP, GC und HC ist die Leistungsdauer bei einem Aufenthalt in einem Spital für allgemeine Pflege auf 90 Tage begrenzt. Für Versicherte mit Global Solution, halbprivate und private Abteilung, beträgt die Leistungsdauer 180 Tage.

Durch die Groupe Mutuel anerkannte Leistungserbringer, 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
- 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.

Bearbeitung der persönlichen Daten durch den Versicherer und seinen Vermittler

Die erfassten persönlichen (inklusive medizinischen) und administrativen Daten dienen dem Vermittler und dem/den ausgewählten Versicherer/n zur Offertenerstellung und zur Bearbeitung des Antrags für Zusatzversicherungen gemäss VVG sowie den damit zusammenhängenden Verträgen. Die Daten dienen dem Versicherer insbesondere zur Risikoeinschätzung, zur Bearbeitung von Schadenfällen, zur administrativen, statistischen und finanziellen Weiterbearbeitung der abgeschlossenen Versicherungen. Sie werden zudem für die administrative und finanzielle Weiterbearbeitung zwischen dem Vermittler und dem/den Versicherer/n und/oder der Groupe Mutuel verwendet, insofern Letztere mit Verwaltungsaufgaben für ihre Mitgliedsversicherer beauftragt ist. Die persönlichen und administrativen Daten können auch im Rahmen von Marketingaktionen zur Bestimmung Ihrer aktuellen und zukünftigen Versicherungsbedürfnisse verwendet werden.

Zu diesem Zweck können die im Rahmen der Zusatzversiche-

rungen erfassten Daten nach mathematischen und statistischen Methoden ausgewertet werden, um dem/den Versicherer/n/ oder der Groupe Mutuel, sowie den angegliederten Mitgliedgesellschaften, den zugelassenen Vermittlern oder anderen Beauftragten und Partnern die Erstellung von Offerten für Produkte oder Dienstleistungen zu ermöglichen, die Sie interessieren könnten. Die Partner sind vertraglich zur Geheimhaltung und zur Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen über den Datenschutz verpflichtet.

Nötigenfalls behält sich der Versicherer und/oder die Groupe Mutuel, das Recht vor, die Daten im Rahmen der Vertragserfüllung im In- und Ausland an mitbetroffene Dritte weiterzuleiten, insbesondere an die Gesellschaften, die der Groupe Mutuel angeschlossen sind oder von ihr verwaltet werden, sowie an Mit- oder Rückversicherer. Im gleichen Sinn können der Versicherer und/oder die Groupe Mutuel die Daten zwecks Überprüfung von Leistungen von ausländischen Leistungserbringern an ihre/n Beauftragte/n weiterleiten.

Durch Unterzeichnung des Versicherungsantrags erklärt sich der Antragsteller damit einverstanden, von den Versicherern, die der Groupe Mutuel angeschlossen sind oder von ihr verwaltet werden, oder beauftragten Dritten schriftliche Informationen (Post, Mailing, SMS, andere) zu erhalten und/oder für Beratungen zu von diesen Gesellschaften angebotenen Privatversicherungsprodukten (VVG, andere) und Sozialversicherungsprodukten (KVG, UVG, BVG, andere) telefonisch kontaktiert zu werden. Er ist damit einverstanden, dass seine persönlichen Angaben zu diesem Zweck weitergegeben werden.

Die persönlichen und administrativen Daten werden im Allgemeinen in elektronischer Form und/oder auf Papier und/oder eingescannt aufbewahrt und dies so lange, wie es für die Verwaltung des Versicherungsvertrags, der Schadenfälle, der Rückgriffsansprüche, des Inkassos und/oder für eventuelle Streitigkeiten zwischen Versicherer, Versichertem, Vermittler oder Dritten nötig ist.

Versicherungsprodukte, die Ihren Ansprüchen gerecht werden

Die Groupe Mutuel vereint mehrere unabhängige Gesellschaften, die in den Bereichen Kranken- und Unfallversicherung, Lebensversicherung, Vermögensversicherungen und Unternehmensversicherungen (Krankentaggeld, Unfallversicherung, berufliche Vorsorge und Krankenzusatzversicherung) tätig sind. Erfahren Sie mehr über unser breites Angebot an Versicherungsprodukten.

Unverbindliche, individuelle Beratung

Montag bis Donnerstag von 8.00 bis 12.00 Uhr und von 13.30 bis 17.30 Uhr
(Freitag und vor Feiertagen bis 17.00 Uhr)

Hotline 0848 803 777 | **Fax** 0848 803 112

Web www.groupemutuel.ch | www.corporatecare.ch



Groupe Mutuel

Gesundheit® Leben® Vermögen® Unternehmen®

Groupe Mutuel

Rue des Cèdres 5 – Postfach – CH-1919 Martigny



Avenir Krankenversicherung AG – Easy Sana Krankenversicherung AG – Mutuel Krankenversicherung AG – Philos Krankenversicherung AG – SUPRA-1846 SA – AMB Versicherungen AG
Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG – Mutuel Versicherungen AG – Groupe Mutuel Leben GMV AG
Von der Groupe Mutuel verwaltete Stiftungen: Groupe Mutuel Vorsorge-GMP – Walliser Vorsorge – Mutuelle Neuchâteloise Krankenversicherung