

Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global smart

GOGA02-A8 – Ausgabe 01.06.2023

Inhalt

Art. 1	Zweck der Versicherung	Art. 7	Leistungsanspruch
Art. 2	Gedekte Risiken	Art. 8	Prämien
Art. 3	Aufnahmebedingungen	Art. 9	Franchisen
Art. 4	Aufrechterhalten der Versicherung bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland	Art. 10	Austritt aus dem Kreis der Versicherten einer Rahmenvereinbarung und Auflösung der Rahmenvereinbarung
Art. 5	Auflösung des Versicherungsvertrags		
Art. 6	Versicherte Leistungen		

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

Art. 1 Zweck der Versicherung

1. Zweck dieser Zusatzversicherung ist es, den Versicherten spezifische Leistungen in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) zu bieten.
2. Den Personen, die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) unterstellt waren und ihre Versicherungsdeckung gemäss Artikel 7a der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) durch den Abschluss einer freiwilligen Krankenpflegeversicherung gemäss Versicherungsvertragsgesetz (VVG) beibehalten haben, werden die Leistungen der Versicherung Global smart als Ergänzung zu der genannten Versicherung ausgerichtet.
3. Die Zusatzversicherung Global smart umfasst drei Deckungsstufen (Basismodul):
 - Stufe 1
 - Stufe 2
 - Stufe 3
4. Das Basismodul kann mit der Option «Upgrade notfallmässiger Spitalaufenthalt im Ausland» ergänzt werden.

Art. 2 Gedekte Risiken

Die Leistungen des Produkts Global smart werden bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft ausgerichtet.

Art. 3 Aufnahmebedingungen

1. Jede Person kann die Zusatzversicherung Global smart, Stufe 1 und Stufe 2, ohne Altersbegrenzung abschliessen. Bei Stufe 3 kann der Beitritt zur Versicherung Global smart mit einem Inkrafttreten bis spätestens am Tag des 70. Geburtstags des Antragstellers erfolgen.
2. Bei einer Rahmenvereinbarung sind der Kreis der versicherbaren Personen sowie die anwendbaren Aufnahmebedingungen für die verschiedenen Kategorien von Antragstellern durch einen Rahmenvertrag zwischen dem

Unternehmen, das Vertragspartner ist, und dem Versicherer geregelt.

Art. 4 Aufrechterhalten der Versicherung bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland

1. Personen, die während der Vertragslaufzeit ihren Wohnsitz ins Ausland verlegen, können die Versicherung Global smart beibehalten, wenn sie weiterhin der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG gemäss dem Personenfreizügigkeitsabkommen EU/EFTA oder anderen internationalen Sozialversicherungsabkommen unterstehen oder über eine Versicherungsdeckung nach Artikel 1 Absatz 2 dieser Versicherungsbedingungen verfügen.
2. Der im Ausland wohnhafte Versicherte muss den Versicherer schriftlich innerhalb von 30 Tagen informieren, wenn er die in Artikel 4 Absatz 1 genannten Kriterien der vorliegenden Versicherungsbedingungen nicht mehr erfüllt. Bei Nichterfüllen dieser Pflicht muss der Versicherte dem Versicherer allfällige Leistungen rückerstatten, die ab dem Datum, ab dem die vorgeschriebenen Kriterien nicht mehr erfüllt sind, ausgerichtet wurden.

Art. 5 Auflösung des Versicherungsvertrags

Nach drei Versicherungsperioden (im Sinn von Artikel 12 der AVZ) kann der Versicherungsnehmer den Vertrag unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres kündigen.

Art. 6 Versicherte Leistungen

1. In der Schweiz

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Beschreibung
Spitalaufenthalt	allgemeine Abteilung	allgemeine Abteilung	halbprivate oder private Abteilung Die Art der Versicherung ist auf der Versicherungspolice vermerkt	<ul style="list-style-type: none"> – Freie Wahl in der Schweiz gemäss gewählter Stufe einer Spzialeinrichtung für allgemeine oder psychiatrische Pflege bei Akutkrankheiten – Übernahme der laut KVG anerkannten Behandlungskosten, Spitalaufenthaltskosten und Arzthonorare gemäss der Tarifvereinbarung mit dem Versicherer für die entsprechenden Spitalabteilungen – 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 Intervention entsprechend der Behandlungsform (Akutpflege, Rehabilitation oder Psychiatrie) und der Abteilung (halbprivat oder privat) die effektiv in Rechnung gestellten stationären Spitalleistungen ausgerichtet, höchstens aber 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. – Der Versicherte ist verpflichtet, sich zu erkundigen, ob die für die Behandlung gewählte Spzialeinrichtung, Abteilung der Spzialeinrichtung oder Klinik vom Versicherer anerkannt ist. – Die Leistungsdauer in einer psychiatrischen Einrichtung ist auf 60 Tage begrenzt. – Nach 180 Tagen Spitalaufenthalt in der halbprivaten oder privaten Abteilung innerhalb eines Kalenderjahres werden die Leistungen für Spitalaufenthalt nicht mehr ausgezahlt. Die Dauer der Leistungen in einer psychiatrischen Einrichtung (60 Tage) wird den oben genannten 180 Tagen angerechnet. – Verzichtet ein Versicherter freiwillig oder auf Vorschlag des Versicherers auf eine Unterbringung in der halbprivaten oder privaten Abteilung zugunsten der allgemeinen Abteilung, kann der Versicherer eine Entschädigung von bis zu 50% der nach seiner Einschätzung gesparten Kosten, maximal jedoch Fr. 5000.– pro Spitalaufenthalt, entrichten.
Ambulante Behandlungen	100%	100%	100%	<ul style="list-style-type: none"> – Freie Wahl des Behandlungsortes in der Schweiz bei einer ambulanten Behandlung gemäss KVG – Kostenübernahme der Differenz zwischen dem am Wohn- oder Arbeitsort des Versicherten anwendbaren und dem am Wohnort des Leistungserbringers gültigen Tarif
Limitiert kassenpflichtige und nicht kassenpflichtige Medikamente	90%	90%	90%	<ul style="list-style-type: none"> – Von einem Arzt oder einem gemäss KVG anerkannten Leistungserbringer verordnete Medikamente, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen werden – Ausgenommen: Produkte auf der Liste pharmazeutischer Präparate für spezielle Verwendung (LPPV)
Transportkosten	90%	90%	90%	<ul style="list-style-type: none"> – Bis zur nächstgelegenen Spzialeinrichtung oder zum nächsten Arzt, sofern diese Transporte medizinisch notwendig sind – Dieser Beitrag wird nur bei einem Transport mit der Ambulanz oder dem Helikopter gewährt. Die Kosten für öffentliche Verkehrsmittel (Bahn, Bus) sind ebenfalls gedeckt, sofern der Transport für eine ambulante Behandlung notwendig ist und dadurch ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann.
Komplementärmedizin	30%	60%	90%	<ul style="list-style-type: none"> – Kostenübernahme der Therapien gemäss nachfolgender Liste (Liste der Therapien in Punkt 6.2), die von einem diplomierten Arzt oder einem vom Versicherer anerkannten Naturheilpraktiker erbracht werden – Vor jeder Behandlung ist der Versicherte verpflichtet, sich zu erkundigen, ob der Therapeut, von dem sich der Versicherte behandeln lassen wird, für die vorgesehene Therapie vom Versicherer anerkannt ist.
Brillen und Kontaktlinsen	Fr. 150.– alle 3 Jahre	Fr. 200.– alle 3 Jahre	Fr. 200.– alle 3 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> – Kaufpreis der Brillenfassung, Gläser oder Kontaktlinsen

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Beschreibung
Zahnärztliche Behandlungen	keine Leistung	Bis 18 Jahre: 50%, max. Fr. 2'000.– pro Kalenderjahr Ab 19 Jahren: 50%, max. Fr. 500.– pro Kalenderjahr	Bis 18 Jahre: 50%, max. Fr. 2'000.– pro Kalenderjahr Ab 19 Jahren: 50%, max. Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr	<ol style="list-style-type: none"> Folgende Leistungen werden je nach gewählter Stufe übernommen: <ul style="list-style-type: none"> – zahnärztliche Behandlungen, die von einem diplomierten Zahnarzt erbracht werden – jährliche prophylaktische Zahnkontrolle – Kieferorthopädie – Laborkosten Sofortiger Leistungsanspruch für zahnärztliche Behandlungen infolge eines Unfalls, der sich nach dem Inkrafttreten der Versicherung ereignet Die Leistungen für zahnärztliche Prothetik (Zahnersatz, Einsetzen von Zahnkronen, Stützähnen, Brücken, Teil- oder Vollprothesen u. a.) werden bei einem Unfall nach Inkrafttreten der Versicherung sofort gewährt. In allen anderen Fällen werden diese Leistungen frühestens nach einer Karenzzeit von 12 Monaten übernommen. Die Leistungen für zahnärztliche Behandlungen werden nach einer Karenzzeit von 3 Monaten gewährt, unter Vorbehalt der oben genannten Punkte 2 und 3. Der offizielle UVG-Tarif (Nomenklatur und Taxpunktwert) ist massgebend für die Berechnung der übernommenen Leistungen; der mögliche Aufschlag darf 50% nicht überschreiten. Behandlungen im Ausland werden übernommen, wenn die Ausbildung des medizinischen Personals der Schweizerischen Ausbildung entspricht und die Kosten nicht höher sind als für die gleiche Behandlung in der Schweiz.
Badekuren	keine Leistung	50%, max. 30 Tage pro Kalenderjahr	90%, max. 30 Tage pro Kalenderjahr	<ul style="list-style-type: none"> – Behandlungs- und Unterkunftskosten bei einer Badekur in anerkannten Kureinrichtungen gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) – Die Leistungen werden gewährt, wenn sie von einem gemäss KVG anerkannten Arzt verordnet werden. Ein Bewilligungsgesuch und die ärztliche Kurverordnung müssen spätestens 20 Tage vor Kurantritt beim Versicherer eingereicht werden. Andernfalls besteht kein Anspruch auf Leistungen.
Erholungskuren	keine Leistung	50%, max. 30 Tage pro Kalenderjahr	90%, max. 30 Tage pro Kalenderjahr	<ul style="list-style-type: none"> – Kosten für die Behandlung und Unterkunft bei Erholungskuren in der Schweiz, wenn die Kur in einer vom Versicherer anerkannten Kureinrichtung und nach einem Spitalaufenthalt verordnet wurde – Ein Bewilligungsgesuch und die ärztliche Kurverordnung müssen spätestens 20 Tage vor Kurantritt beim Versicherer eingereicht werden. Andernfalls besteht kein Anspruch auf Leistungen.
Haushaltshilfe	50%, max. Fr. 1'500.– pro Kalenderjahr	50%, max. Fr. 1'500.– pro Kalenderjahr	90%, max. Fr. 2'500.– pro Kalenderjahr	<ul style="list-style-type: none"> – Kosten für die medizinisch notwendige Anstellung einer Familienhilfe, die einer amtlichen Stelle angehört und in Vertretung des Versicherer die täglichen Hausarbeiten erledigt. Alle anderen Kosten sind davon ausgenommen (Grundreinigung u. a.). – Es wird keine Leistung erbracht, wenn der Versicherte von der Invalidenversicherung (IV) als invalid anerkannt wird, über eine Hilflosenentschädigung verfügt oder sich in einem Spital, in einer Kur- oder Erholungseinrichtung aufhält.
Entziehungskuren bei Alkoholabhängigkeit	Fr. 50.– pro Tag, max. 30 Tage pro Kalenderjahr	Fr. 100.– pro Tag, max. 30 Tage pro Kalenderjahr	Fr. 100.– pro Tag, max. 30 Tage pro Kalenderjahr	<ul style="list-style-type: none"> – Beitrag zu den Behandlungs- und Unterkunftskosten bei Kuren mit stationärem Aufenthalt in einer spezialisierten Einrichtung für Entziehungskuren Alkoholabhängiger – Es werden nur Therapien, die in einer von der «Schweizerischen Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich» anerkannten Einrichtung erbracht werden, übernommen. Eine Liste dieser Einrichtungen ist beim Versicherer verfügbar.
Impfungen	90%	90%	90%	<ul style="list-style-type: none"> – Übernahme der Kosten für Impfungen, die in der Schweiz medizinisch vorgeschrieben sind (nicht in der Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV enthalten), sowie für diejenigen, die vom Bundesamt für Gesundheit vor einer Auslandsreise empfohlen werden
Check-up	90%, max. ein Check-up alle 3 Jahre	90%, max. ein Check-up alle 3 Jahre	90%, max. ein Check-up alle 3 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> – Es werden nur Check-ups übernommen, die von einem gemäss KVG anerkannten Arzt erbracht werden. Der Check-up beinhaltet: <ul style="list-style-type: none"> – für Personen bis 40 Jahre eine Konsultation (verlängerte Untersuchung), Glukose- und Cholesterin-Analyse – für Personen über 40 Jahre eine Konsultation (verlängerte Untersuchung), Elektrokardiogramm im Ruhezustand, hämatologische und chemische Analysen, Glukose- und Cholesterin-Analysen
Zweitmeinung	90%	90%	90%	<ul style="list-style-type: none"> – Kostenübernahme für ein zweites ärztliches Gutachten vor einer Spitaleinweisung. Die Bezeichnung «Zweitmeinung» muss auf der Honorarrechnung vermerkt sein.
Gesundheitsförderung	50%, max. Fr. 200.– pro Kalenderjahr	50%, max. Fr. 200.– pro Kalenderjahr	50%, max. Fr. 200.– pro Kalenderjahr	<ul style="list-style-type: none"> – Übernahme der Kosten für eine Kur in einer vom Versicherer anerkannten Einrichtung oder bei einem anerkannten Leistungserbringer in den Bereichen Rückenschule, Fitness und Leistungen für Tabakentwöhnung – Sollten in einem gleichen Kalenderjahr mehrere gesundheitsfördernde Massnahmen durchgeführt werden, beträgt die maximale Leistung Fr. 200.–.

2. Liste der komplementärmedizinischen Therapien

Naturheilverfahren	Manuelle Therapien	Andere
Akupunktur	Akupressur	Auto Phoni Psychologie
Aromatherapie	Alexander	Biodynamik
Atmung	Anthroposophische Medizin	Eurythmie
Aurikulotherapie	Ätiopathie	Gestalt
Bioresonanz	Autogenes Training	Neurostrukturelle Integrati- onstechnik
Biotherapie	Cardio Form	Rebirthing
Chromotherapie	Fasciatherapie	Relaxation
Darmspülung	Fusspflege (funktionale Pflege)	Sophrologie
Elektroakupunktur	Haltungstherapie	Tomatis-Methode
Ernährungsberatung	Inochi Therapie	
Eutonie	Kinesiologie	
Geobiologie	Lymphdrainage	
Heilkräuter	Massagen	
Homöopathie	Mesotherapie	
Iridologie	Metamorphose	
Kneipp-Therapie	Orthobionomie	
Labortest	Osteopathie	
Lasertherapie	Polarity	
Magnetismus	Reflexologie	
Magnetotherapie	Reiki	
Maltherapie	Rolfing	
Moratherapie	Shiatsu	
Naturheilverfahren	Touch for Health	
Phytotherapie	Trager	
Sauerstofftherapie	Vitalpraktik	
Schröpfen	Wiederherstellung des energie- tischen Gleichgewichts	
Sympathikotherapie		

3. Im Ausland

- Die nachstehenden Leistungen werden weltweit (ausgenommen Schweiz und Fürstentum Liechtenstein) bei Notfallbehandlungen, die nicht durch schweizerische oder ausländische Sozialversicherungen oder andere Privatversicherungen gedeckt sind, übernommen.
- Die versicherten Leistungen entsprechen den in der Schweiz bei ähnlichen Gesundheitsproblemen vergüteten Leistungen.
- Für freiwillige Behandlungen im Ausland muss der Versicherte dem Versicherer eine schriftliche Anfrage vorlegen. Die Kosten werden nur mit vorherigem Einverständnis des Versicherers erstattet.
- Die nachfolgenden Leistungen werden nur übernommen, wenn sie von Personen oder Institutionen mit der von ausländischen sozialen Einrichtungen verlangten Ausbildung, Anerkennung und Erlaubnis durchgeführt werden.
- Spitalaufenthalte und andere kostspielige Behandlungen, für die der Leistungserbringer eine Kostengutsprache verlangt, müssen der Groupe Mutuel Assistance mit dem Formular «Gesuch um Kostengutsprache» vorher gemeldet werden. Andernfalls kann der Versicherer die Versicherungsleistungen um den Betrag kürzen, der bezahlt worden wäre, wenn die Meldung im Voraus erfolgt wäre. Der Versicherer verzichtet darauf, seine Leistungen zu kürzen, wenn sich aus den Umständen ergibt, dass die Verletzung der Meldepflicht unverschuldet ist.

6. Zahlung der Leistungen

- Wenn mehrere Familienmitglieder gleichzeitig krank werden oder verunfallen, muss vom Arzt, Spital, Apotheker u. a. für jeden Versicherten eine separate Rechnung verlangt werden.
 - Damit die Kosten rückvergütet werden, muss der Versicherte sämtliche nötigen Belege abgeben (detaillierte Originalrechnungen, Arztzeugnisse, Verordnungen, Zahlungsbestätigungen u. a.).
 - Als Wechselkurs für ausländische Rechnungen gilt der offizielle Währungskurs des Schweizer Franken am letzten Tag der Behandlung.
 - Der Versicherer berücksichtigt die im Behandlungsland oder in der Region geltenden üblichen Tarife. Er behält sich das Recht vor, überteuerte Rechnungen herabzusetzen.
- In Abweichung von Artikel 6.3.3 sind freiwillige Behandlungen im Ausland folgender Personen von der vorgängigen Meldepflicht an den Versicherer ausgenommen:
 - Personen, die im Ausland wohnen und weiterhin der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG unterstehen, oder
 - Personen, die die Fortdauer ihres Versicherungsschutzes gemäss Artikel 7a KVV über den Abschluss einer freiwilligen Krankenpflegeversicherung nach VVG gewählt haben.

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Beschreibung
Ambulante Behandlungen				Untersuchung, Analysen, Radiographien und anerkannte Medikamente
Spitalaufenthalt				Spitalaufenthalte für anerkannte Behandlungen
Transportkosten				Aufgrund der Behandlung nötige Transporte zur nächstgelegenen Spitaleinrichtung
Repatriierung, Suche und Rettung				Es werden ausschliesslich folgende Kosten übernommen: <ul style="list-style-type: none"> – Transportkosten bei Repatriierung, einschliesslich Rückführung einer verstorbenen Person, mit vorherigem Einverständnis des Versicherers – Such- und Rettungskosten eines kranken Versicherten oder eines Versicherten, dessen körperliche Integrität bedroht ist
Besuch eines Familienmitglieds				Bei einem Spitalaufenthalt des Versicherten von über 7 Tagen werden für den Besuch eines Familienmitglieds folgende Kosten übernommen: <ul style="list-style-type: none"> – nachgewiesene Kosten für die Hin- und Rückreise in der Economy-Klasse sowie die Kosten der öffentlichen Transportmittel bis zum betreffenden Spital, in dem der Versicherte hospitalisiert ist – nachgewiesene Kosten für Unterkunft und Verpflegung bis max. Fr. 250.– pro Tag, bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 2'000.–

Der versicherte Höchstbetrag beläuft sich auf maximal Fr. 100'000.– pro Kalenderjahr

4. Groupe Mutuel Assistance

Die in den Allgemeinen Bedingungen der Groupe Mutuel Assistance vorgesehenen Leistungen (Repatriierung und Transport bei einem Schadenfall ausserhalb eines Umkreises von 20 Kilometern ab Wohnort des Versicherten in der Schweiz und im Ausland)

5. Option «Upgrade notfallmässiger Spitalaufenthalt im Ausland»

Versicherte mit Global smart Stufe 3 können diese Option gegen einen Prämienzuschlag abschliessen. Die Option deckt die Behandlungs- und Spitalaufenthaltskosten bei Spitalaufenthalt im Ausland bis zu Fr. 3'000.– pro Tag während maximal 60 Tagen pro Kalenderjahr. Diese Leistungen werden in Ergänzung zu den in Punkt 6.3 erwähnten Leistungen ausgerichtet.

Art. 7 Leistungsanspruch

Die Leistungen werden nach den Behandlungsdaten angerechnet. Die nach Anspruchsende anfallenden Kosten (bei zeitlich oder betragsmässig begrenzten Leistungen) können nicht auf das Folgejahr übertragen werden.

Die in der Schweiz und die im Ausland versicherten Leistungen sind nicht kumulierbar.

Im Umfang der in den vorliegenden Versicherungsbedingungen vorgesehenen Beiträge vergütet der Versicherer die von der OKP nicht gedeckten Kosten, wenn die Leistungen von einem Arzt mit von der Schweizer Gesetzgebung anerkanntem Diplom oder von einer ordnungsgemäss zugelassenen und vom Versicherer anerkannten Person erbracht werden. Die durch die vorliegenden Bedingungen geregelte Versicherung darf in keinem Fall zur Deckung der gesetzlich vorgegebenen Selbstbehalte und Franchisen in der OKP und in den Zusatzversicherungen dienen.

Die Versicherung deckt jedoch ausländische gesetzliche Kostenbeteiligungen für eine Behandlung ausserhalb der Schweiz oder Liechtensteins, unter Anwendung des Personenfreizügigkeitsabkommens EU/EFTA oder anderen internationalen Sozialversicherungsabkommen.

1. Umfang und Dauer der Leistungen bei Spitalaufenthalt

Die Spitalleistungen werden nur in der akuten Phase der Erkrankung erbracht. Der Leistungsanspruch erlischt, sobald die kranke Person nicht mehr als Akutpatient betrachtet wird, insbesondere bei der Behandlung von stabilisierten oder chronischen Leiden oder wenn der Spitalaufenthalt nicht zur Verbesserung des Gesundheitszustands des Versicherten beiträgt.

2. Versicherungsschutz bei Mutterschaft

- Die Leistungen für stationäre Behandlungen bei Schwangerschaft und Niederkunft werden erst 12 Monate nach Inkrafttreten der Versicherung ausgerichtet.
- Wenn die Versicherte zum Zeitpunkt des Beitritts nachweist, dass sie in den letzten 12 Monaten vor Inkrafttreten des Versicherungsvertrags bei der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG oder einem anderen Versicherer mit dem gleichen Spitalversicherungsschutz (allgemeine, halbprivate oder private Abteilung) und inklusive Mutterschaftsrisiko gedeckt war, wird die Karenzfrist von 12 Monaten für Mutterschaftsleistungen gemäss Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a dieser Besonderen Bedingungen nicht angewendet.
- Bei einem Schwangerschaftsabbruch nach KVG und für jede weitere Mutterschaftsleistung gilt die Karenzzeit gemäss Absatz a.
- Wenn sich eine Versicherte in der Spitalabteilung aufhält, die ihrem Versicherungsschutz entspricht, übernimmt der Versicherer ebenfalls die Aufenthaltskosten für das Neugeborene während des Spitalaufenthalts der Mutter, wenn das Kind innert 30 Tagen nach seiner Geburt beim gleichen Versicherer für eine Krankenpflegeversicherung versichert wird. Die persönlichen Kosten sind nicht gedeckt. Absatz a. dieses Punkts bleibt vorbehalten.

3. Organtransplantation

Bei Organtransplantationen, für die der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) in Solothurn Fallpauschalen vereinbart hat, übernimmt die Versicherung Global smart keine Leistungen. Die entsprechenden Kosten werden von der OKP übernommen. Diese Regel gilt auch für Spitäler, für die keine Fallpauschale vereinbart worden ist.

4. Option «Upgrade notfallmässiger Spitalaufenthalt im Ausland»

Die in Artikel 6.5 dieser Besonderen Bedingungen aufgeführten Leistungen (Option «Upgrade notfallmässiger Spitalaufenthalt im Ausland») sind gedeckt, sofern dies explizit in der Versicherungspolice erwähnt ist.

Art. 8 Prämien

Erreicht ein Versicherter im Jahresverlauf das Höchstalter seiner Altersklasse, wird er zu Beginn des folgenden Kalenderjahres 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

Die Prämien unterliegen den oben erwähnten Altersklassen.

Art. 9 Franchisen

1. Die Versicherten haben folgende Wahlmöglichkeiten:
 - ohne Jahresfranchise
 - Jahresfranchise Fr. 500.–
2. Versicherte mit Stufe 3 können ausserdem eine Jahresfranchise von Fr. 1'000.– wählen.
3. Auf die Leistungen der Groupe Mutuel Assistance wird keine Franchise erhoben.

Art. 10 Austritt aus dem Kreis der Versicherten einer Rahmenvereinbarung und Auflösung der Rahmenvereinbarung

1. Bei Austritt aus dem Kreis der Versicherten einer Rahmenvereinbarung werden die Prämien auf Basis der geltenden Einzeltarife angepasst.
2. Dieselbe Regel gilt für die Familienmitglieder eines verstorbenen Mitarbeitenden, die über eine Rahmenvereinbarung versichert sind.
3. Die vor Austritt aus dem Kreis der Versicherten einer Rahmenvereinbarung vorhandenen Vorbehalte werden übernommen.
4. Für die Berechnung der Karenzfristen gilt das Datum des Inkrafttretens des vor Austritt aus dem Kreis der Versicherten einer Rahmenvereinbarung abgeschlossenen Vertrags.
5. Die vor Austritt aus dem Kreis der Versicherten einer Rahmenvereinbarung in Anspruch genommenen Leistungen werden bei der Berechnung der Leistungshöchstbeträge berücksichtigt.
6. Bei einer Auflösung der Rahmenvereinbarung zwischen dem versicherten Unternehmen und dem Versicherer gelten die gleichen Bestimmungen.
7. Der Versicherte oder der Versicherungsnehmer muss den Versicherer innerhalb von 30 Tagen schriftlich über seinen Austritt aus dem Kreis der Versicherten einer Rahmenvereinbarung informieren. Bei Verletzung dieser Meldepflicht muss der Versicherungsnehmer dem Versicherer die eventuelle Differenz zu den in Ziffer 1 vorgesehenen Prämienanpassungen zurückerzahlen.
8. Bei Auflösung einer Rahmenvereinbarung, in der das versicherte Unternehmen die ganze oder einen Teil der Prämie bezahlt, werden die Prämien für den Versicherungszeitraum nach Ende der Rahmenvereinbarung direkt dem Versicherungsnehmer, der Prämienschuldner wird, verrechnet.
9. Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt seiner neuen Police kündigen.

Anhang A

Höchstbeträge, die für Spitalleistungen erstattet werden, die von Einrichtungen oder Ärzten erbracht werden, die nicht vom Versicherer anerkannt sind (Artikel 6 Absatz 1 der vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen, Rubrik Spitalaufenthalt in der Schweiz).

	Betrag pro Spitalübernachtung			
	Akutpflege		Rehabilitationspflege und psychiatrische Pflege	
	Halbprivat	Privat	Halbprivat	Privat
Nicht anerkannter Arzt: Rückerstattung der Arztkosten	Fr. 500.–	Fr. 500.–	Fr. 0.–	Fr. 0.–
Nicht anerkanntes Spital: Rückerstattung der Spitalkosten	Fr. 300.–	Fr. 500.–	Fr. 100.–	Fr. 150.–
Spital und Arzt nicht anerkannt: Gesamtrückerstattung - Arztkosten - Spitalkosten	Fr. 800.– - Fr. 500.– - Fr. 300.–	Fr. 1'000.– - Fr. 500.– - Fr. 500.–	Fr. 100.– - Fr. 0.– - Fr. 100.–	Fr. 150.– - Fr. 0.– - Fr. 150.–