groupemutuel

Besondere Bedingungen der Versicherung Global smart

GO

GOGA03-D1 – Ausgabe 01.12.2025

Inhalt

Art. 1	Zweck der Versicherung	**Art. 7**	Leistungsanspruch
Art. 2	Versicherte Risiken	**Art. 8**	Sparmassnahmen
Art. 3	Aufnahmebedingungen	**Art. 9**	Prämien
Art. 4	Aufrechterhalten und Ende des Versicherungsschutzes bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland	**Art. 10**	Familienrabatt
Art. 5	Versicherte Leistungen	**Art. 11**	Austritt aus dem Kreis der Versicherten einer Rahmenvereinbarung und Auflösung der Rahmenvereinbarung
Art. 6	Listen der Leistungen und Leistungserbringer		

Die nachstehenden Bestimmungen unterliegen den Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen AVB (Ausgabedatum gemäss Versicherungspolice).

Art. 1 Zweck der Versicherung

1. Diese Versicherung bietet den Versicherten spezifische Leistungen in Ergänzung zu den Leistungen der Sozialversicherungen, insbesondere der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (nachfolgend OKP) gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) für diagnostische und therapeutische Massnahmen, Medikamente und Hilfsmittel, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind.
2. Für Personen, die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) unterstellt waren und sich gemäss Art. 7a der Krankenversicherungs-verordnung (KVV) für die Fortdauer ihres Versicherungsschutzes entschieden haben, indem sie eine freiwillige Pflegeversicherung nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG) abgeschlossen haben, werden die Leistungen der Versicherung Global smart ergänzend zu dieser Versicherung ausgezahlt.
3. Die Versicherung Global smart umfasst drei Leistungsstufen:
   - Stufe 1
   - Stufe 2
   - Stufe 3

Art. 2 Versicherte Risiken

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

Art. 3 Aufnahmebedingungen

1. Jede in der Schweiz wohnhafte Person kann der Zusatzversicherung Global smart, Stufe 1 und Stufe 2, ohne Altersbegrenzung beitreten. Für Stufe 3 kann der Beitritt zur Versicherung Global smart mit Inkrafttreten spätestens am Tag des 70. Geburtstags des Antragstellers beantragt werden.
2. Bei einer Rahmenvereinbarung werden der Kreis der versicherbaren Personen sowie die Aufnahmebedingungen für die verschiedenen Kategorien von Antragstellern in der zwischen dem Vertragspartner und dem Versicherer geschlossenen Rahmenvereinbarung festgelegt.

Art. 4 Aufrechterhalten und Ende des Versicherungsschutzes bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland

1. Bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland während der Vertragsdauer kann die Versicherung Global smart ohne mögliche Erhöhung des Versicherungsschutzes beibehalten werden, sofern der Versicherte aufgrund des Personenfreizügigkeitsabkommens zwischen der EU/EFTA oder anderer internationaler Abkommen weiterhin der OKP unterliegt oder gemäss Art. 1 Abs. 2 der vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen versichert ist.
2. In Abweichung von Art. 14 Bst. d der AVB ist in diesem Fall keine Vereinbarung mit dem Versicherer erforderlich.
3. Der im Ausland wohnhafte Versicherte muss den Versicherer innerhalb von 30 Tagen schriftlich informieren, wenn er die Kriterien gemäss Art. 4 Abs. 1 der vorliegenden Versicherungsbedingungen nicht mehr erfüllt. Bei Verletzung dieser Verpflichtung muss der Versicherte dem Versicherer die eventuellen Leistungen zurückerstatten, die ab dem Zeitpunkt, zu dem die oben genannten Kriterien nicht mehr erfüllt sind, gezahlt wurden.

Gesellschaft der Groupe Mutuel Holding AG: Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG
Administrative Angaben: Rue des Cèdres 5, CH-1919 Martigny – 0848 803 111 – groupemutuel.ch

Art. 5 Versicherte Leistungen

1. In der Schweiz

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Beschreibung
Spitalaufenthalt	Allgemeine Abteilung	Allgemeine Abteilung	Halbprivate oder private Abteilung Die versicherte Variante ist in der Versicherungs-police aufgeführt.	Allgemeines – Freie Wahl in der Schweiz gemäss gewählter Stufe eines Akutspitals, einer psychiatrischen Klinik oder einer Rehaklinik für Patienten mit akuten Erkrankungen. – Die Leistungsdauer in einer psychiatrischen Einrichtung ist auf 60 Tage begrenzt. – Übernahme der Tarifdifferenz bei Spitalaufenthalt in einem gemäss KVG zugelassenen Spital ausserhalb des Wohnkantons des Versicherten, der nicht medizinisch begründet oder kein Notfall ist, wenn der Tarif des Spitals den Referenztarif des Wohnkantons des Versicherten übersteigt. Stufe 3 (halbprivate und private Abteilung) – Der Versicherungsschutz umfasst auch die Hotelleriekosten im Spital, die Arzthonorare und die zusätzlichen medizinischen Leistungen gemäss der Vereinbarung mit dem Versicherer für die entsprechenden Abteilungen. – Bezieht ein Versicherter Leistungen von nicht anerkannten Einrichtungen oder Ärzten (d. h. mit denen der Versicherer keine Tarifvereinbarung abgeschlossen hat), werden ihm für deren Intervention entsprechend der Art der Behandlung (Akutpflege, Rehabilitation oder Psychiatrie) und der Abteilung (halbprivat oder privat) die effektiv in Rechnung gestellten stationären Spitalleistungen erstattet, höchstens aber die in Anhang A aufgeführten Beträge pro Spitalübernachtung. – Die Liste der vom Versicherer anerkannten Leistungserbringer ist auf der Website des Versicherers verfügbar 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 solchen Anpassung der Liste steht dem Versicherungsnehmer kein Kündigungsrecht zu. – Der Versicherte ist verpflichtet, sich vor jedem Spitalaufenthalt zu erkundigen, ob die für die Behandlung gewählte Spitaleinrichtung, Abteilung der Spitaleinrichtung oder Klinik vom Versicherer anerkannt ist. – Nach 180 Tagen Spitalaufenthalt in der halbprivaten oder privaten Abteilung innerhalb eines Kalenderjahres werden keine Spitalleistungen mehr ausgezahlt. Die Dauer der Leistungen in einer psychiatrischen Einrichtung (60 Tage) wird den oben genannten 180 Tagen angerechnet.

Ambulante chirurgische Eingriffe	Keine Leistungen	CHF 300 pro Kalenderjahr	CHF 600 pro Kalenderjahr	– Wenn der Versicherte sich einem ambulanten chirurgischen Eingriff unterzieht, übernimmt der Versicherer folgende Leistungen:
				  – Aufpreis, der von der Einrichtung, in der der ambulante chirurgische Eingriff stattfindet, in Rechnung gestellt wird (z. B. individueller Warte- oder Ruheraum, kleine Mahlzeiten)
				  – Unterbringung des Versicherten und seiner Begleitpersonen in einer Spitaleinrichtung oder einem Hotel für die Nacht unmittelbar vor und/oder nach dem Eingriff
				  – Transport des Versicherten zwischen seinem Wohnort und dem betreffenden Leistungserbringer
				  – Parkgebühren

Limitiert kassenpflichtige und nicht kassenpflichtige Medikamente	90%, max. CHF 100’000 pro Kalenderjahr	90%, max. CHF 125’000 pro Kalenderjahr	90%, max. CHF 150’000 pro Kalenderjahr	– Von Swissmedic zugelassene Medikamente zu marktüblichen Preisen, die von einem Arzt oder einem nach KVG anerkannten Leistungserbringer verschrieben wurden und nicht von der OKP übernommen werden. – Ausnahmen: Produkte auf der Liste pharmazeutischer Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV).
Transport-, Such- und Rettungskosten	90% (Transporte) 90%, max. CHF 50‘000 pro Kalenderjahr (Suche und Rettung)	90% (Transporte) 90%, max. CHF 75‘000 pro Kalenderjahr (Suche und Rettung)	90% (Transporte) 90%, max. CHF 100‘000 pro Kalenderjahr (Suche und Rettung)	– Bis zur nächstgelegenen Spitaleinrichtung oder zum nächsten Arzt, sofern diese Transporte medizinisch notwendig sind. – Dieser Betrag wird nur bei einem Transport mit der Ambulanz oder dem Helikopter oder bei einer Such- und Rettungsaktion gewährt. – Die für eine ambulante Behandlung notwendigen Transportkosten (öffentlich oder privat) werden bis zur Höhe der Kosten für öffentliche Verkehrsmittel übernommen, wenn sie im Hinblick auf die Nebenwirkungen der Behandlung gerechtfertigt sind oder dadurch ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann.

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Beschreibung
Alternativmedizin	30%, max. CHF 1’000 pro Kalenderjahr, davon max. CHF 200 pro Kalenderjahr für Massagen	60%, max. CHF 2’500 pro Kalenderjahr, davon max. CHF 300 pro Kalenderjahr für Massagen	80%, max. CHF 3’000 pro Kalenderjahr, davon max. CHF 500 pro Kalenderjahr für Massagen	– Medizinisch notwendige Therapien, die auf der Liste des Versicherers aufgeführt sind und von einem diplomierten Arzt oder einem alternativmedizinischen Therapeuten, der vom Versicherer für die betreffende Therapie anerkannt ist, durchgeführt werden. – Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Therapien und Therapeuten und behält sich das Recht vor, bestimmte Therapien und/oder Therapeuten jederzeit auszuschliessen. – Vor jeder Behandlung muss sich der Versicherte erkundigen, ob der Therapeut, bei dem er sich behandeln lassen will, für die geplante Therapie vom Versicherer anerkannt ist. – Es besteht kein Anspruch auf Leistungen für Sitzungen, die zwischen Familienmitgliedern durchgeführt werden.
Mammografien und Ultraschall-untersuchungen	90%	90%	90%	– Mammografien und Ultraschalluntersuchungen, die nicht von der OKP übernommen werden
Gynäkologische Vorsorge-untersuchungen	90%	90%	90%	– Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen, die nicht von der OKP übernommen werden
HIV-Vorsorgetest	90%	90%	90%	– Kosten für HIV-Vorsorgetests, wenn sie von anerkannten Leistungserbringern nach KVG verschrieben und durchgeführt werden
Hilfsmittel	Keine Leistungen	90%, max. CHF 1’000 pro Kalenderjahr	90%, max. CHF 2’000 pro Kalenderjahr	– Kosten für die Miete und den Kauf von medizinisch verordneten orthopädischen Geräten und Hilfsmitteln (ausgenommen Zahnprothesen) gemäss der Liste des Versicherers
Brillen und Kontaktlinsen	CHF 150 alle 3 Jahre	CHF 200 alle 3 Jahre	CHF 200 alle 3 Jahre	– Der vorgesehene Betrag gilt für die Kosten von Brillen und Kontaktlinsen, die nicht von der OKP übernommen werden.

Zahnbehandlungen	Keine Leistungen	Bis 18 Jahre 50%, max. CHF 2’000 pro Kalenderjahr
		
		Ab 19 Jahren 50%, max. CHF 500 pro Kalenderjahr
			Bis 18 Jahre 50%, max. CHF 2’000 pro Kalenderjahr
			
			Ab 19 Jahren 50%, max. CHF 1’000 pro Kalenderjahr
				– Es werden nur die Kosten für folgende Leistungen übernommen, die von einem nach KVG anerkannten Leistungserbringer erbracht wurden:
				  – Zahnbehandlungen
				  – kieferorthopädische Behandlungen
				  – Laborkosten
				– Je nach gewählter Stufe, Übernahme der Kosten für eine jährliche prophylaktische Zahnkontrolle (einschliesslich Zahnsteinentfernung) durch einen diplomierten Zahnarzt, einen Dentalhygieniker oder einen Prophylaxeassistenten.
				– Bei Zahnbehandlungen infolge eines Unfalls, der sich nach Inkrafttreten der Versicherung ereignet hat, besteht sofortiger Leistungsanspruch.
				– Leistungen für zahnärztliche Prothetik (Zahnersatz, Einsetzen von Zahnkronen, Stiftzähnen, Brücken, Teil- oder Vollprothesen u. a.) werden bei einem Unfall sofort nach Inkrafttreten der Versicherung gewährt. In allen anderen Fällen werden diese Leistungen frühestens nach einer Karenzzeit von 12 Monaten übernommen.
				– Für kieferorthopädische Behandlungen (einschliesslich der Kosten für ein kieferorthopädisches Labor) und Zahnbehandlungen gilt unter Vorbehalt von Unfällen eine Wartefrist von drei Monaten, bis die Versicherung Leistungen gewährt.
				– Für die Berechnung der gedeckten Leistungen ist der im Sozialversicherungsbereich geltende Tarif (Zahnarzttarif KV/UV/MV/IV) (Nomenklatur und Taxpunktwert) massgebend. Ein möglicher Aufschlag auf den UV-Tarif kann akzeptiert werden, darf jedoch 50 Prozent nicht überschreiten.
				– Für Zahnpflegeprodukte werden keine Leistungen gewährt.

Erholungs- und Badekuren	Keine Leistungen	50%, max. 30 Tage pro Kalenderjahr	90%, max. 30 Tage pro Kalenderjahr	– Behandlungs- und Unterbringungskosten bei einer Erholungskur in der Schweiz nach einem Spitalaufenthalt in vom Versicherer anerkannten Einrichtungen. – Behandlungs- und Unterbringungskosten bei Badekuren in anerkannten Kureinrichtungen gemäss KLV (Krankenpflege-Leistungsverordnung für OKP-Leistungen). – Die Leistungen werden gewährt, wenn sie von einem nach KVG anerkannten Arzt verordnet werden. – Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Einrichtungen. – Vor Kurantritt müssen ein Genehmigungsantrag und die ärztliche Verordnung beim Versicherer eingereicht werden. Andernfalls könnte die versicherte Person den Leistungsanspruch verlieren.

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Beschreibung
Haushaltshilfe	50%, max. CHF 1’500 pro Kalenderjahr	50%, max. CHF 1’500 pro Kalenderjahr	90%, max. CHF 2’500 pro Kalenderjahr	– Kosten, die durch die medizinisch notwendige Beauftragung einer Haushaltshilfe entstehen, die diese Tätigkeit beruflich auf eigene Rechnung oder im Auftrag eines Unternehmens oder einer Organisation ausübt und in Vertretung des Versicherten die täglichen Hausarbeiten erledigt. Alle anderen Kosten sind davon ausgenommen (Grundreinigung etc.). – Der Versicherte ist verpflichtet, vorab die Zustimmung des Versicherers einzuholen.
Betreuung kranker Kinder zuhause	Keine Leistungen	90%, max. CHF 250 pro Kalenderjahr	90%, max. CHF 300 pro Kalenderjahr	– Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr: Übernahme der Kosten für die Betreuung durch das Rote Kreuz oder eine offizielle Institution mit dem gleichen Auftrag, wenn die Eltern einer beruflichen Tätigkeit ausserhalb des Wohnorts nachgehen.
Impfungen	90%	90%	90%	– Kosten für von der OKP anerkannte Impfungen, wenn die Bedingungen für die Kostenübernahme gemäss Art. 12a KLV nicht erfüllt sind. – Kosten für Impfungen, die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) bei Auslandsreisen empfohlen werden. – Die Impfstoffe müssen von Swissmedic anerkannt sein. – Der Versicherer übernimmt die Kosten für Impfungen, die von einem von der OKP anerkannten Arzt oder Apotheker durchgeführt werden.
Freiwillige Sterilisation	Keine Leistungen	90%, max. CHF 300	90%, max. CHF 500	– Übernahme der Kosten für den Eingriff bei einer Sterilisation.
Gesundheitscheck	Ein Gesundheits-check alle 3 Jahre, 90%, max. CHF 1’000	Ein Gesundheits-check alle 3 Jahre, 90%, max. CHF 1’000	Ein Gesundheits-check alle 3 Jahre, 90%, max. CHF 1’500	– Es werden nur bestimmte Gesundheitschecks übernommen, die von einem gemäss KVG anerkannten Arzt erbracht werden. – Der Versicherer führt eine Liste der versicherten Gesundheitschecks.
Zweitmeinung	90%	90%	90%	– Übernahme der Kosten für eine ärztliche Zweitmeinung vor einer Spitaleinweisung. Die Bezeichnung «Zweitmeinung» muss auf der Honorarrechnung vermerkt sein.
Gesundheitsförderung	50%, max. CHF 200 pro Kalenderjahr	50%, max. CHF 200 pro Kalenderjahr	50%, max. CHF 200 pro Kalenderjahr	– Übernahme der Kosten für folgende Massnahmen: – Rückenschule – Fitness-Abo und -kurse – weitere Präventionsmassnahmen – Der Versicherer führt eine Liste mit den anerkannten Fitnesskursen und anderen Präventionsmassnahmen. – Für Fitness-Abos führt der Versicherer eine Liste der anerkannten Labels. – Werden im selben Kalenderjahr mehrere Massnahmen zur Gesundheitsförderung durchgeführt, beträgt die maximale Gesamtleistung CHF 200. – Für Fitness-Abos und -kurse, deren Gültigkeitsdauer nicht einem Kalenderjahr entspricht, wird die Leistung des Versicherers für jedes Kalenderjahr anteilig auf Grundlage der bis zum Ende des Kalenderjahres abgelaufenen Abonnementdauer berechnet.

2. Im Ausland

1. Die in der folgenden Tabelle aufgeführten Leistungen gelten weltweit, mit Ausnahme der Schweiz, als Ergänzung zu den schweizerischen oder ausländischen Sozialversicherungen.
2. Die von der Versicherung Global smart versicherten Leistungen entsprechen denen, die in der Schweiz analog zu den in der Schweiz geltenden Kriterien gedeckt sind. Sie werden übernommen, wenn sie von Personen oder Einrichtungen erbracht werden, die über die erforderliche Ausbildung, Anerkennung und Zulassung durch ausländische Sozialbehörden verfügen.
3. Bei Notfallbehandlungen im Sinn von Art. 36 Abs. 2 KVV ergänzt die Versicherung die Leistungen der OKP für Kosten, die die Höchstbeträge der OKP überschreiten. Gemäss KVV liegt ein Notfall vor, wenn der Versicherte medizinisch behandelt werden muss und eine Rückkehr in die Schweiz nicht angemessen ist.
4. Für Leistungen, die nicht im Katalog der OKP aufgeführt sind (z. B. Such-, Rettungs- und Repatriierungskosten) oder wenn keine Leistungspflicht der OKP besteht, werden die in der folgenden Tabelle aufgeführten Leistungen ausschliesslich von der Versicherung Global smart übernommen. In folgenden Fällen besteht keine Leistungspflicht der OKP:
   - freiwillige Behandlungen im Ausland
   - Fortsetzung einer Behandlung im Ausland nach einem Notfall, obwohl eine Rückkehr in die Schweiz angemessen wäre

   Die Bestimmungen von Art. 7 Abs. 5 der vorliegenden Besonderen Bedingungen bleiben jedoch vorbehalten.
5. Freiwillige Behandlungen im Ausland werden gemäss Abs. 4 übernommen, sofern die Kosten dieser Behandlungen im Ausland (einschliesslich Zahnbehandlungen) unter den entsprechenden Kosten im Wohnkanton der versicherten Person liegen. Zur Vermeidung von möglichen Problemen bei der Rückerstattung wird empfohlen, vorab einen Antrag beim Versicherer zu stellen, um zu überprüfen, ob die geplante Behandlung zweckmässig, wirtschaftlich und wirksam ist. Diese auf freiwillige Behandlungen im

Ausland beschränkte Kostenübernahme, deren Kosten unter den entsprechenden Kosten in der Schweiz liegen, gilt nicht für freiwillige Behandlungen im Ausland von Personen, die:
- im Ausland wohnhaft sind und der OKP unterstellt bleiben oder
- sich gemäss Art. 7a KVV für die Fortdauer ihres Versicherungsschutzes durch den Abschluss einer freiwilligen Krankenpflegeversicherung nach VVG entschieden haben

6. Spitalaufenthalte und andere kostspielige Behandlungen, für die der Leistungserbringer eine Kostengutsprache verlangt, müssen vorab auf der Assistance-Plattform «Groupe Mutuel Assistance» mit dem Formular «Gesuch um Kostengutsprache» gemeldet werden. Andernfalls kann der Versicherer die Versicherungsleistungen um den Betrag kürzen, der bei einer vorherigen Meldung gezahlt worden wäre. Der Versicherer verzichtet auf eine Kürzung seiner Leistungen, wenn sich aus den Umständen ergibt, dass die Verletzung der Meldepflicht unverschuldet ist.

7. Zahlung der Leistungen
   - Wenn mehrere Versicherte derselben Familie gleichzeitig erkranken oder einen Unfall haben, muss für jeden Versicherten eine separate Rechnung beim Arzt, im Spital, beim Apotheker etc. angefordert werden.
   - Für die Erstattung der Leistungskosten muss der Versicherte alle erforderlichen Originalbelege oder gescannte Kopien einreichen (detaillierte Rechnungen, Arztzeugnisse, Verordnungen etc.). Der Versicherer behält sich das Recht vor, Originaldokumente und Zahlungsbelege zu verlangen.
   - Als Wechselkurs für ausländische Rechnungen gilt der offizielle Währungskurs des Schweizer Frankens am letzten Tag der Behandlung.
   - Der Versicherer berücksichtigt die im Land oder in der Region der Behandlung geltenden üblichen Tarife. Er behält sich das Recht vor, überhöhte Rechnungen zu reduzieren.

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Beschreibung
Ambulante Behandlungen	Die Versicherungssumme beträgt maximal CHF 200’000 pro Kalenderjahr für alle Leistungen ausserhalb der Schweiz			– Übernahme der Kosten für ambulante Behandlungen (z. B. Arztbesuche, Analysen, Medikamente), die den von der OKP anerkannten Leistungen entsprechen.
Spitalaufenthalt				– Übernahme der Behandlungs- und Hotelleriekosten gemäss der gewählten Stufe: – Mehrbettzimmer für Versicherte mit Stufe 1 oder 2 – Zweibettzimmer für Versicherte mit Stufe 3 halbprivat – Einbettzimmer für Versicherte mit Stufe 3 privat
Zahnbehandlungen				– Behandlungen im Ausland werden übernommen, wenn die Ausbildung des medizinischen Personals im Ausland der schweizerischen Ausbildung entspricht. – Die in Art. 5 Abs. 1 (Zahnbehandlungen) festgelegten Leistungen und Kriterien für die Kostenübernahme in der Schweiz gelten sinngemäss.
Brillen und Kontaktlinsen				– Der vorgesehene Betrag gilt für die Kosten von Brillen und Kontaktlinsen, die nicht von der OKP übernommen werden. – Die für Brillen und Kontaktlinsen in der Schweiz je nach gewählter Stufe festgelegten Leistungshöchstbeträge gelten sinngemäss.
Transportkosten				– Aufgrund der Behandlung nötige Transporte zur nächstgelegenen Spitaleinrichtung
Repatriierung **Such- und Rettungskosten**				– Übernahme der Kosten für Repatriierung, Suche und Rettung gemäss den zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Groupe Mutuel Assistance für Kosten, die über die von der Groupe Mutuel Assistance versicherten Beträge hinausgehen.
Besuch eines Familienmitglieds				– Bei einem Spitalaufenthalt des Versicherten von über 7 Tagen werden für den Besuch eines Familienmitglieds folgende Kosten übernommen: – nachgewiesene Kosten für die Hin- und Rückreise in der Economyklasse sowie für öffentliche Verkehrsmittel bis zum Spital, in dem der Versicherte behandelt wird – nachgewiesene Kosten für Verpflegung und Unterkunft, höchstens jedoch CHF 250 pro Tag bis zu einem Höchstbetrag von CHF 2’000
Gesetzliche Kostenbeteiligungen				– Übernahme der ausländischen gesetzlichen Kostenbeteiligungen bei ambulanter oder stationärer Behandlung unter Anwendung des Personenfreizügigkeitsabkommens EU/EFTA oder anderer internationaler Sozialversicherungsabkommen, vorbehaltlich ausländischen Rechts

3. Groupe Mutuel Assistance

Umfasst die im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltenden Leistungen gemäss den Allgemeinen Bedingungen der Groupe Mutuel Assistance (Repatriierung und Transport bei einem Schadenfall ausserhalb eines Umkreises von 20 Kilometern um den Wohnort des Versicherten in der Schweiz und im Ausland).

Art. 6 Listen der Leistungen und Leistungserbringer

1. Die in diesen Besonderen Versicherungsbedingungen genannten Listen sind auf der Website des Versicherers verfügbar oder werden der versicherten Person auf Anfrage abgegeben.
2. Massgebend sind die zum Zeitpunkt der Behandlung oder Inanspruchnahme einer Leistung gültigen Listen.
3. Die Listen können jederzeit vom Versicherer angepasst werden. Bei einer solchen Anpassung der Liste steht dem Versicherungsnehmer kein Kündigungsrecht zu.

Art. 7 Leistungsanspruch

1. Die Leistungen werden entsprechend den Behandlungsdaten abgerechnet. Die nach Ausschöpfung des Anspruchs anfallenden Kosten (Leistungen mit zeitlicher oder betragsmässiger Begrenzung) können nicht auf das Folgejahr übertragen werden.
2. Die in der Schweiz und die im Ausland versicherten Leistungen sind nicht kumulierbar.
3. Im Rahmen der vorliegenden Versicherungsbedingungen erstattet der Versicherer die von der OKP nicht übernommenen Kosten, wenn die Leistungen von einem Arzt mit einem nach schweizerischem Recht anerkanntem Diplom oder von einer zugelassenen und vom Versicherer anerkannten Person erbracht werden. Die durch die vorliegenden Bedingungen geregelte Versicherung kann in keinem Fall zur Deckung der gesetzlichen Selbstbehalte und Franchisen der OKP herangezogen werden.
4. Die Versicherung deckt jedoch ausländische gesetzliche Kostenbeteiligungen für eine Behandlung ausserhalb der Schweiz, unter Anwendung des Personenfreizügigkeitsabkommens EU/EFTA oder anderer internationaler Sozialversicherungsabkommen.
5. Bei Mehrfachversicherungen nach VVG zahlt der Versicherer die Leistungen im Verhältnis zu den abgeschlossenen Versicherungsdeckungen.
6. Bei Beginn der Versicherungsdeckung im Verlauf des Jahres kann der Versicherer die Höchstbeträge der Kostenübernahme pro Kalenderjahr proportional reduzieren.
7. Umfang und Dauer der Leistungen bei Spitalaufenthalt
   Die Spitalleistungen sind auf die akute Phase der Erkrankung beschränkt. Der Leistungsanspruch erlischt, sobald der Patient nicht mehr als akut erkrankt gilt, insbesondere bei der Behandlung stabilisierter oder chronischer Erkrankungen, oder wenn der Spitalaufenthalt nicht zur Verbesserung des Gesundheitszustands des Versicherten beiträgt.
8. Versicherungsschutz bei Mutterschaft
   a. Leistungen für stationäre Behandlungen bei Schwangerschaft und Niederkunft werden erst nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten ausgerichtet.
   b. Wenn die Versicherte bei Vertragsabschluss 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 in Art. 7 Abs. 8 Bst. a dieser Besonderen Bedingungen festgelegte Karenzfrist von 12 Monaten für Mutter-schaftsleistungen nicht angewendet.
   c. Bei einem Schwangerschaftsabbruch nach KVG und für jede weitere Mutterschaftsleistung gilt die Karenzfrist gemäss Bst. a.
   d. Bei Aufenthalt der Versicherten in der ihrem Versicherungsschutz entsprechenden Spitalabteilung übernimmt der Versicherer auch die Kosten für den Aufenthalt des Neugeborenen während des Spitalaufenthalts der Mutter, sofern das Kind innert 30 Tagen nach Geburt beim Versicherer für eine Krankenpflegeversicherung versichert wird. Die persönlichen Kosten sind nicht gedeckt. Bst. a. dieses Absatzes bleibt vorbehalten.
9. 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 Fallpauschalen vereinbart wurden.

Art. 8 Sparmassnahmen

Wenn sich ein Versicherter der Stufe 3 freiwillig oder auf Vorschlag des Versicherers für einen Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung entscheidet, kann der Versicherer eine Entschädigung von bis zu 50 Prozent der von ihm geschätzten eingesparten Kosten gewähren, jedoch höchstens CHF 5’000 pro Kalenderjahr.

Art. 9 Prämien

1. Der Tarif richtet sich nach der Altersklasse, dem Geschlecht und dem Wohnkanton des Versicherten.
2. Erreicht ein Versicherter im Jahresverlauf das Höchstalter seiner Altersklasse, wird er zu Beginn des folgenden Kalenderjahres automatisch in die nächsthöhere Altersklasse eingestuft. Es gelten folgende Altersklassen:
   - 0 bis 18 Jahre
   - 19 bis 25 Jahre
   - ab dem 26. bis zum 85. Lebensjahr werden die Altersklassen in Fünfjahresabschnitte unterteilt
   - 86 Jahre und älter
3. Eine Änderung der Altersklasse führt grundsätzlich zu einer automatischen Anpassung der Prämie.

Art. 10 Familienrabatt

1. Ein Familienrabatt kann auf die Prämie für Kinder bis 18 Jahre gewährt werden, wenn mindestens ein Elternteil und das Kind selbst die Versicherung Global smart abgeschlossen haben und der vom Elternteil abgeschlossene Versicherungsschutz dem des Kindes entspricht oder höher ist.
2. Der Familienrabatt entfällt, sobald die in Abs. 1 genannten Anspruchsbedingungen nicht mehr erfüllt sind.
3. Gemäss Art. 26a Abs. 2 Bst. d der AVZ kann der Versicherer den Familienrabatt jederzeit mit Wirkung frühestens auf das Ende des laufenden Kalenderjahres ändern oder aufheben.

Art. 11 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 bereits vor Austritt aus dem Kreis der Versicherten einer Rahmenvereinbarung vorhandenen Vorbehalte bleiben bestehen.
4. Das Inkrafttreten des Vertrags, der vor dem Austritt aus dem Kreis der Versicherten einer Rahmenvereinbarung abgeschlossen wurde, wird bei der Berechnung der Karenzfristen berücksichtigt.
5. Die vor Austritt aus dem Kreis der Versicherten einer Rahmenvereinbarung bezogenen 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.
8. Bei Verletzung dieser Informationspflicht hat der Versicherungsnehmer dem Versicherer die sich aus der Anpassung gemäss Abs. 1 ergebende Prämiendifferenz zu erstatten.
9. Bei Auflösung einer Rahmenvereinbarung, die die Zahlung aller oder eines Teils der Prämien durch das versicherte Unternehmen vorsieht, werden die für die Versicherungszeiträume nach Beendigung der Rahmenvereinbarung fälligen Prämien direkt dem Versicherungsnehmer in Rechnung gestellt, der zu deren Zahlung verpflichtet ist.
10. Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt seiner neuen Police kündigen.

Anhang A

Höchstbeträge für Spitalleistungen von Einrichtungen oder Ärzten, die vom Versicherer nicht anerkannt sind (Art. 5 Abs. 1 der vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen, Rubrik Spitalaufenthalt in der Schweiz)

Betrag pro Spitalübernachtung				
	Akutpflege		**Rehabilitation und Psychiatrie**	
	Halbprivat	**Privat**	**Halbprivat**	**Privat**
Nicht anerkannter Arzt: – Rückerstattung der Arztkosten	**CHF 500**	**CHF 500**	**CHF 0**	**CHF 0**
Nicht anerkanntes Spital: – Rückerstattung der Spitalkosten	**CHF 300**	**CHF 500**	**CHF 100**	**CHF 150**
Spital und Arzt nicht anerkannt:				
Gesamtrückerstattung	**CHF 800**	**CHF 1'000**	**CHF 100**	**CHF 150**
– Arztkosten	**– CHF 500**	**– CHF 500**	**– CHF 0**	**– CHF 0**
– Spitalkosten	**– CHF 300**	**– CHF 500**	**– CHF 100**	**– CHF 150**