

Besondere Bedingungen der Versicherung Mundo

MUGA01-A7 – Ausgabe 01.02.2022

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Abschluss der Versicherung	Art. 8	Nachweis des Anspruchs auf die Entschädigung bei Todesfall im Ausland
Art. 2	Geltungsbereich	Art. 9	Krankheits- oder Unfallmeldung
Art. 3	Beginn der Versicherungsdeckung	Art. 10	Ausrichtung der Leistungen
Art. 4	Auflösung des Versicherungsvertrags	Art. 11	Prämie
Art. 5	Versicherte Summe	Art. 12	Kombinationsrabatt
Art. 6	Versicherte Leistungen	Art. 13	Gerichtsstand
Art. 7	Ausgeschlossene Leistungen		

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

Art. 1 Abschluss der Versicherung

1. Die Versicherung kann von jeder Person mit Wohnsitz in der Schweiz – ohne Altersbegrenzung – abgeschlossen werden.
2. Die Versicherung wird gemäss Artikel 12 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für mindestens eine Versicherungsperiode abgeschlossen. Danach verlängert sie sich stillschweigend um ein weiteres Kalenderjahr.

Art. 2 Geltungsbereich

1. Die Versicherungsdeckung Mundo ist mit Ausnahme der Schweiz auf der ganzen Welt gültig.
2. In Abweichung von Absatz 1 gilt die Versicherung Mundo in der Schweiz für die freiwillige Leistung der Impfung.
3. Nach der Rückkehr des Versicherten an seinen Wohnsitz ist die Weiterführung einer in den Ferien oder auf der Reise begonnenen Behandlung nicht mehr im Rahmen dieser Versicherung gedeckt.

Art. 3 Beginn der Versicherungsdeckung

Der Versicherungsvertrag tritt am Datum, das auf der Versicherungspolice angegeben ist, in Kraft.

Art. 4 Auflösung des Versicherungsvertrags

Nach einer Versicherungsperiode kann der Versicherungsnehmer den Vertrag unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres kündigen.

Art. 5 Versicherte Summe

Die versicherte Summe beläuft sich maximal auf Fr. 100'000.– pro Kalenderjahr.

Art. 6 Versicherte Leistungen

Bei Krankheit oder Unfall dient die versicherte Summe der Rückerstattung der hiernach aufgeführten Kosten:

1. nach Krankenversicherungsgesetz (KVG) anerkannte ambulante Behandlungen
2. Hospitalisierung für nach KVG anerkannte Behandlungen
3. Ausländische gesetzliche Kostenbeteiligungen zulasten des Versicherten unter Anwendung des Personenfreizügigkeitsabkommens zwischen der Schweiz und der EU/EFTA oder anderer internationaler Sozialversicherungsabkommen
4. Kosten für notwendige und im Fall einer Reise ins Ausland vom Bundesamt für Gesundheit empfohlene Impfungen, die in der Krankenpflege-Leistungsverordnung nicht enthalten sind
5. Transporte, die für die Behandlung notwendig sind, in das nächstgelegene Spitalzentrum
6. Transporte im Fall einer Heimreise in die Schweiz, inklusive Transport einer verstorbenen Person, mit vorhergehender Zustimmung des Versicherers
7. Suche und Rettung des kranken Versicherten oder des Versicherten, dessen körperliche Integrität bedroht ist
8. Besuch durch ein Familienmitglied des Versicherten, wenn Letzterer seit mehr als sieben Tagen hospitalisiert ist, und zwar:
 - die nachgewiesenen Kosten für die Hin- und Rückreise in der Economy-Klasse sowie die Kosten der öffentlichen Transportmittel bis zum Spital, in dem der Versicherte hospitalisiert ist

- die nachgewiesenen Kosten für Unterkunft und Verpflegung, jedoch maximal Fr. 250.– pro Tag bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 2000.–
9. Beim Tod im Ausland aufgrund von Krankheit oder Unfall wird ein Kapital von Fr. 5000.– ausbezahlt. Anspruchsberechtigten sind:
 - a. der Ehegatte oder eingetragene Partner des Versicherten, bei dessen Fehlen
 - b. die Kinder des Versicherten zu gleichen Teilen, bei deren Fehlen
 - c. die Eltern des Versicherten (direkte Vorfahren) zu gleichen Teilen, bei deren Fehlen
 - d. die Grosseltern des Versicherten zu gleichen Teilen, bei deren Fehlen
 - e. die Geschwister des Versicherten zu gleichen Teilen, bei deren Fehlen
 - f. die gesetzlichen Erben des Versicherten unter Ausschluss des Gemeinwesens
 10. Der Versicherungsnehmer kann jederzeit durch eine schriftliche Mitteilung an den Versicherer Begünstigte bestimmen oder ausschliessen (Artikel 37 Allgemeine Versicherungsbedingungen). Falls der/die genannte/-n begünstigte/-n Person/-en vorverstorben ist/sind, gelten die Bestimmungen in Absatz 9.
 11. Die in obenerwähnten Absätzen 1 bis 8 bezeichneten Kosten werden nach den Grundlagen der Schadenversicherung bestimmt. Das Todesfallkapital wird nach den Grundlagen der Summenversicherung bestimmt.

Art. 7 Ausgeschlossene Leistungen

Die versicherte Summe kann in den nachstehenden Fällen nicht beansprucht werden:

1. wenn der Versicherte beschliesst, sich freiwillig im Ausland behandeln zu lassen
2. Für bereits behandelte Krankheiten, die sich zum Zeitpunkt der Abreise noch nicht stabilisiert haben
3. Für persönliche Auslagen wie Getränke, Telefongespräche, Miete eines Fernsehgeräts etc.

Art. 8 Nachweis des Anspruchs auf die Entschädigung bei Todesfall im Ausland

Der Todesschein oder jedes andere Dokument, das als notwendig erachtet wird, ist dem Versicherer vorzulegen.

Der Versicherer hat das Recht, die Beträge, die ihm unter Umständen vom Verstorbenen geschuldet werden, von der an die Hinterbliebenen auszurichtende Todesfall-Entschädigung abzuziehen.

Der Anspruch auf die Todesfall-Entschädigung erlischt ohne weitere Meldung nach einer Frist von zwei Jahren ab dem Todestag an gerechnet, falls der Todesschein dem Versicherer nicht vorgelegt wird.

Art. 9 Krankheits- oder Unfallmeldung

Der Versicherte oder seine Angehörigen haben dem Versicherer jede Krankheit und jeden Unfall innert kürzester Frist zu melden und gleichzeitig anzugeben, ob es sich um einen Munto-Versicherungsfall handelt.

Art. 10 Ausrichtung der Leistungen

1. Werden mehrere Familienmitglieder gleichzeitig krank oder erleiden sie gleichzeitig einen Unfall, so muss vom Arzt, Spital, Apotheker usw. eine separate Rechnung für jeden Versicherten verlangt werden.
2. Um die Rückerstattung der Kosten zu erhalten, muss der Versicherte alle notwendigen Belege einreichen (detaillierte Originalrechnungen, ärztliche Zeugnisse, Rezepte, Zahlungsbestätigungen etc.).
3. Als Wechselkurs für Rechnungen aus dem Ausland gilt der offizielle Devisenkurs des Schweizer Frankens am letzten Tag der Behandlung.
4. Der Versicherer anerkennt die üblichen Tarife, die im Land oder der Region, wo die Behandlung durchgeführt wurde, gültig sind. Er behält sich das Recht vor, übertrieben hohe Rechnungen zu reduzieren.

Art. 11 Prämie

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. Altersjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren

Art. 12 Kombinationsrabatt

1. Wenn bestimmte Leistungen auch durch andere beim Versicherer abgeschlossene Zusatzversicherungen gedeckt sind, kann ein Kombinationsrabatt auf die Prämie der Versicherung Munto gewährt werden.
2. Die Zusatzversicherungen, die einen Anspruch auf einen Kombinationsrabatt begründen, sind in den Dokumenten zu vorvertraglichen Informationen aufgeführt, die dem Antragsteller gemäss Artikel 3 VVG ausgehändigt werden.
3. Der Kombinationsrabatt entfällt, sobald die in Absatz 1 definierten Anspruchsbedingungen nicht mehr erfüllt sind.
4. Der Versicherer kann diese Rabatte gemäss Artikel 29 der AVZ ändern oder aufheben.

Art. 13 Gerichtsstand

1. Die Verpflichtungen aus diesem Vertrag sind in der Schweiz und in Schweizer Franken zu erfüllen.
2. Bei Streitigkeiten kann der Versicherungsnehmer oder der Anspruchsberechtigte entweder die Gerichte an seinem Schweizer Wohnort oder diejenigen am Sitz des Versicherers wählen.