

# Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Zusatzversicherung Global School

EG

EGGA01-A4 – Ausgabe 01.01.2024

## Inhalt

<b>Art. 1</b>	Grundlagen des Versicherungsvertrags	<b>Art. 13</b>	Tarif der Leistungserbringer
<b>Art. 2</b>	Zweck der Versicherung	<b>Art. 14</b>	Prämien
<b>Art. 3</b>	Definitionen	<b>Art. 15</b>	Änderung des Prämientarifs
<b>Art. 4</b>	Versicherungsnehmer und versicherte Personen	<b>Art. 16</b>	Pflichten des Versicherungsnehmers
<b>Art. 4a</b>	Versicherungsantrag	<b>Art. 17</b>	Pflichten im Schadenfall
<b>Art. 5</b>	Beginn, Dauer und Ende des Vertrags	<b>Art. 18</b>	Schadensminderungspflicht
<b>Art. 6</b>	Beginn und Ende der Versicherungsdeckung	<b>Art. 19</b>	Anpassung der Versicherungsbedingungen
<b>Art. 6a</b>	Art der Versicherung	<b>Art. 20</b>	Mitteilungen
<b>Art. 7</b>	Örtlicher Geltungsbereich	<b>Art. 21</b>	Verjährung
<b>Art. 8</b>	Versicherte Leistungen	<b>Art. 22</b>	Erfüllungsort und anwendbares Recht
<b>Art. 9</b>	Leistungsanspruch und Einschränkungen	<b>Art. 23</b>	Gerichtsstand
<b>Art. 10</b>	Leistungsausschlüsse	<b>Art. 24</b>	Ausscheiden aus dem Kreis der Versicherten
<b>Art. 11</b>	Mehrfachversicherung und Leistungen Dritter	<b>Art. 25</b>	Datenschutz
<b>Art. 12</b>	Vom Versicherer anerkannte Leistungserbringer		

## Art. 1 Grundlagen des Versicherungsvertrags

- Der Versicherungsantrag, die vorliegenden Allgemeinen Bedingungen (AVB) sowie die Versicherungspolice und deren Nachträge bilden die Grundlagen des Versicherungsvertrags.
- Für Punkte, die nicht durch die oben genannten Grundlagen geregelt sind, richtet sich der Versicherungsvertrag nach den Vorschriften des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908.

## Art. 2 Zweck der Versicherung

- Zweck dieser Versicherung ist es, allgemeine Leistungen bei Krankheit und Unfall in Ergänzung zu folgenden Versicherungen zu erbringen:
  - Der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
  - Einer der OKP gleichwertigen privaten Versicherungsdeckung für nicht versicherungspflichtige Personen gemäss Art. 2 Abs. 4 KVV (Studierende, Schüler und Praktikanten aus dem Ausland, die sich im Rahmen einer Aus- oder Weiterbildung in der Schweiz aufhalten)
- Die Versicherung Global School umfasst drei Leistungsstufen:
  - Stufe 1
  - Stufe 2
  - Stufe 3
- Die Versicherung deckt die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und Unfall. Mutterschaftsleistungen sind von der Versicherung ausgeschlossen.

## Art. 3 Definitionen

- Als Krankheit gilt jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit verursacht.
- Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.  
Körperschädigungen nach Art. 6 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) sind Unfällen gleichgestellt.
- Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit der Mutter.

## Art. 4 Versicherungsnehmer und versicherte Personen

- Der Versicherungsnehmer ist die juristische Person, die mit dem Versicherer einen Versicherungsvertrag abschliesst, um einer Drittperson Versicherungsschutz zu gewähren.
- Der Sitz des Versicherungsnehmers muss in der Schweiz sein.
- Versichert sind alle Personen, die zu einem in der Police genannten Versichertenkreis gehören.

## **Art. 4a Versicherungsantrag**

1. Die Übermittlung eines Versicherungsantrags ist keine Offertenanfrage, sondern eine ausdrückliche Willenserklärung des Antragstellers an den Versicherer, einen Versicherungsvertrag abzuschliessen. Der Antragsteller bleibt 14 Tage an den Antrag gebunden, bzw. 4 Wochen, wenn medizinische Auskünfte erforderlich sind (Art. 1 VVG).
2. Der Antragsteller kann seinen Antrag innerhalb von 14 Tagen nach seinem Antrag auf Vertragsabschluss widerrufen. Diese Frist ist eingehalten, wenn der Antragsteller den Widerruf dem Versicherer gemäss Art. 20 der AVB mitteilt oder die Widerrufserklärung am letzten Tag der Widerrufsfrist der Post übergibt.
3. Wird der Antrag vom Versicherer gestellt, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb von 14 Tagen nach Annahmeerklärung widerrufen.
4. Der Versicherer behält sich das Recht vor, den Versicherungsantrag anzunehmen oder abzulehnen. Er ist nicht verpflichtet, seinen Entscheid zu begründen.

## **Art. 5 Beginn, Dauer und Ende des Vertrags**

1. Der Versicherungsvertrag ist abgeschlossen, sobald der Versicherer dem Antragsteller die Annahme des Antrags mitgeteilt hat.
2. Das Datum des Vertragsbeginns geht aus der Versicherungspolice hervor.
3. Nach Ablauf der in der Police vereinbarten Dauer verlängert sich der Vertrag jeweils stillschweigend um ein Jahr, wenn er nicht mindestens drei Monate vor Vertragsende gekündigt wird. Dieses Kündigungsrecht kann nur der Versicherungsnehmer geltend machen (Art. 35a Abs. 4 VVG).
4. Um rechtsgültig zu sein, muss die Kündigung spätestens am letzten Tag vor Beginn der Dreimonatsfrist beim Versicherer eingehen.
5. Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, erlischt der Vertrag ohne weitere Formalitäten am festgesetzten Ablaufdatum.
6. Der Vertrag endet, wenn der Versicherer den Vertrag gemäss Art. 21 Abs. 1 VVG wegen Nichtbezahlung der Prämien gekündigt hat.
7. Der Versicherer kann den Vertrag bei schuldhafter Verletzung der Pflichten nach Art. 16 Abs. 1–4 der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen kündigen. In diesem Fall endet der Versicherungsvertrag 14 Tage nach der Kündigungsmeldung des Versicherers.
8. Nach jedem Schadenfall, für den der Versicherer eine Leistung schuldet, ist der Versicherungsnehmer berechtigt, innert 14 Tagen nachdem er von der Auszahlung der Entschädigung Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurückzutreten. Tritt der Versicherungsnehmer vom Vertrag zurück, erlischt die Versicherung mit dem Eingang des Kündigungsschreibens beim Versicherer. Dieses Kündigungsrecht kann nur der Versicherungsnehmer geltend machen (Art. 35a Abs. 4 VVG).
9. Das Recht auf Kündigung infolge einer Verletzung der

Informationspflicht vor Vertragsabschluss durch den Versicherer erlischt vier Wochen nachdem der Versicherungsnehmer von der Pflichtverletzung und den Informationen erfährt, spätestens aber zwei Jahre nach der Verletzung. Die Kündigung wird mit dem Eingang beim Versicherer wirksam. Die Prämie ist nur bis Vertragsende zu entrichten, wenn der Vertrag vor Ablauf gekündigt wird oder endet.

10. Bei Vorliegen eines wichtigen Grundes im Sinn von Art. 35b VVG kann der Versicherungsnehmer oder der Versicherer den Vertrag jederzeit kündigen. Der Versicherer hat insbesondere das Recht, den Vertrag bei unrichtigen Angaben, arglistiger Täuschung oder beim Versuch dazu zu kündigen.
11. Eine Kündigung muss gemäss Art. 20 der vorliegenden Allgemeinen Bedingungen erfolgen.

## **Art. 6 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes**

1. Der Versicherungsschutz beginnt am Datum, das im Versicherungsausweis aufgeführt ist, den der Versicherte vom Versicherungsnehmer erhält.
2. Der Versicherungsschutz endet am Datum, das im Versicherungsausweis aufgeführt ist, den der Versicherte vom Versicherungsnehmer erhalten hat, oder bei Ausscheiden des Versicherten aus dem in der Police definierten Versichertenkreis.
3. Der Versicherungsschutz erlischt mit dem Vertragsende.

## **Art. 6a Art der Versicherung**

1. Der Versicherungsschutz Global School ist als Schadenversicherung ausgestaltet.
2. Bei einem als Schadenversicherung ausgestalteten Versicherungsschutz wird der tatsächlich entstandene Schaden bis zur Höhe der versicherten Leistungen bezahlt.

## **Art. 7 Örtlicher Geltungsbereich**

1. Die Versicherung gilt in der Schweiz (siehe Art. 8.1).
2. Bei Reisen oder Aufhalten ausserhalb der Schweiz, die nicht länger als 90 aufeinanderfolgende Tage dauern, übernimmt die Versicherung die Kosten der notfallmässigen Behandlungen gemäss Art. 8 Abs. 3 der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Ein Notfall liegt vor, wenn der Versicherte medizinisch behandelt werden muss und eine Rückkehr in die Schweiz nicht angemessen ist.

## Art. 8 Versicherte Leistungen

### 1. In der Schweiz

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Details
<b>Spitalaufenthalt</b>	Allgemeine Abteilung	Allgemeine Abteilung	Halbprivate oder private Abteilung  Die versicherte Variante ist in der Versicherungspolice erwähnt.	<p><b>Beschreibung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Freie Wahl einer Spitaleinrichtung in der Schweiz gemäss gewählter Stufe für allgemeine oder psychiatrische Pflege bei Akutkrankheiten und Unfällen</li> </ul> <p><b>Anmerkungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Der Versicherer übernimmt die Kosten von anerkannten Einrichtungen und Ärzten, d. h. von Einrichtungen und Ärzten, mit denen er einen Tarifvertrag abgeschlossen hat.</li> <li>– Bezieht ein Versicherter Leistungen einer nicht anerkannten Einrichtung oder eines nicht anerkannten Arztes, werden ihm für deren Intervention entsprechend der Leistungsart (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.</li> <li>– 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.</li> <li>– Die Liste der Leistungserbringer kann vom Versicherer jederzeit angepasst werden. Bei einer Anpassung der Liste steht dem Versicherungsnehmer kein Kündigungsrecht zu.</li> <li>– Die Leistungsdauer in einer psychiatrischen Einrichtung ist innerhalb eines Kalenderjahres auf 180 Tage begrenzt.</li> <li>– Nach 180 Tagen Spitalaufenthalt in der halbprivaten oder privaten Abteilung innerhalb eines Kalenderjahres werden keine Spitalleistungen mehr ausgerichtet.</li> <li>– Die Leistungsdauer in einer psychiatrischen Einrichtung wird von der Leistungsdauer eines Spitalaufenthalts in der halbprivaten oder privaten Abteilung abgezogen.</li> <li>– 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 Prozent der nach seiner Einschätzung gesparten Kosten, maximal jedoch CHF 5000.– pro Spitalaufenthalt, entrichten.</li> </ul> <p><b>Pflichten des Versicherten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Der Versicherte ist verpflichtet, vom Versicherer prüfen zu lassen, ob die für die Behandlung gewählte Spitaleinrichtung, Abteilung der Spitaleinrichtung oder Klinik vom Versicherer anerkannt ist.</li> </ul>
<b>Ambulante Behandlungen</b>	100%	100%	100%	<p><b>Beschreibung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Freie Wahl des Behandlungsortes in der Schweiz bei einer ambulanten Behandlung gemäss KVG</li> <li>– Kostenübernahme der Differenz zwischen dem am Wohn- oder Arbeitsort des Versicherten anwendbaren und dem am Standort des Leistungserbringers gültigen Tarif.</li> </ul>
<b>Limitiert kassenpflichtige und nicht kassenpflichtige Medikamente</b>	90%	90%	90%	<p><b>Beschreibung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Von einem Arzt oder einem gemäss KVG anerkannten Leistungserbringer verordnete Medikamente, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen werden.</li> </ul> <p><b>Ausschluss</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Produkte, die auf der Liste pharmazeutischer Präparate für spezielle Verwendung (LPPV) aufgeführt sind</li> </ul>
<b>Such-, Rettungs- und Transportkosten</b>	90%	90%	90%	<p><b>Beschreibung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Bis zur nächstgelegenen Spitaleinrichtung oder zum nächsten Arzt, sofern diese Transporte medizinisch notwendig sind.</li> </ul> <p><b>Anmerkung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dieser Beitrag wird nur bei einem Transport mit der Ambulanz oder dem Helikopter gewährt. Die Kosten der öffentlichen Verkehrsmittel (Bahn, Bus) sind ebenfalls gedeckt, sofern der Transport für eine ambulante Behandlung notwendig ist und dadurch ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann.</li> </ul>
<b>Alternativmedizin</b>	30% max. CHF 1000.– alle 3 Jahre	60% max. CHF 1000.– alle 3 Jahre	90% max. CHF 1000.– alle 3 Jahre	<p><b>Beschreibung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Kostenübernahme der Therapien gemäss unten stehender Liste (Punkt 8.2 Liste der Therapien), die von einem diplomierten Arzt oder einem vom Versicherer anerkannten Naturheilpraktiker erbracht werden.</li> </ul> <p><b>Anmerkung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Der Versicherer führt eine Liste der Therapeuten, die für die geplante Therapie anerkannt sind.</li> <li>– Diese Liste steht auf der Website des Versicherers zur Verfügung oder wird auf Anfrage des Versicherungsnehmers oder einer versicherten Person abgegeben.</li> <li>– Der Versicherer kann die Liste jederzeit anpassen. Dem Versicherungsnehmer steht durch solche Anpassungen kein Kündigungsrecht zu.</li> </ul>
<b>Brillen und Kontaktlinsen</b>	CHF 150.– alle 3 Jahre	CHF 200.– alle 3 Jahre	CHF 200.– alle 3 Jahre	<p><b>Beschreibung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Der vorgesehene Betrag gilt für die Kosten von Brillen und Kontaktlinsen in der Schweiz oder im Ausland, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden.</li> </ul>

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Details
<b>Zahnärztliche Behandlungen</b>	Keine Leistungen	80%, max. CHF 2000.–/ Kalenderjahr	80%, max. CHF 2000.–/ Kalenderjahr	<b>Anmerkungen</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Es werden keine Leistungen für Kieferorthopädie gedeckt.</li> <li>Für alle übrigen zahnärztlichen Behandlungen ist je nach gewählter Leistungsstufe eine Kostenbeteiligung vorgesehen: <ol style="list-style-type: none"> <li>Zahnärztliche Behandlungen, die von einem diplomierten Zahnarzt erbracht werden</li> <li>Jährliche prophylaktische Zahnkontrolle</li> <li>Labor</li> </ol> </li> <li>Für zahnärztliche Behandlungen infolge eines Unfalls, der sich nach dem Inkrafttreten der Versicherung ereignet, besteht sofortiger Leistungsanspruch.</li> <li>Die Leistungen für zahnärztliche Prothetik (Zahnersatz, Einsetzen von Zahnkronen, Stifzähnen, 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.</li> <li>Die Leistungen für andere zahnärztliche Behandlungen werden frühestens nach drei Monaten Mitgliedschaft gewährt, unter Vorbehalt der oben genannten Punkte 2 und 3.</li> <li>Der offizielle UVG-Tarif (Nomenklatur und Taxpunktwert) ist massgebend für die Berechnung der übernommenen Leistungen. Der mögliche Aufschlag darf 50 Prozent nicht überschreiten.</li> <li>Behandlungen im Ausland werden übernommen, wenn die Ausbildung des medizinischen Personals im Ausland der schweizerischen Ausbildung entspricht und die Kosten nicht höher sind als für die gleiche Behandlung in der Schweiz.</li> </ol>
<b>Erholungskuren</b>	Keine Leistungen	50%, max. 30 Tage/ Kalenderjahr	90%, max. 30 Tage/ Kalenderjahr	<b>Beschreibung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul> <b>Anmerkungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Einrichtungen.</li> <li>Diese Liste steht auf der Website des Versicherers zur Verfügung oder wird auf Anfrage des Versicherungsnehmers oder einer versicherten Person abgegeben.</li> <li>Der Versicherer kann die Liste jederzeit anpassen. Dem Versicherungsnehmer steht durch solche Anpassungen kein Kündigungsrecht zu.</li> </ul> <b>Pflichten des Versicherten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Spätestens 20 Tage vor Kurantritt müssen ein Antrag auf Kostenübernahme und die ärztliche Kurverordnung beim Versicherer eingereicht werden. Andernfalls besteht kein Anspruch auf Leistungen.</li> </ul>
<b>Badekuren</b>	Keine Leistungen	50%, max. 30 Tage/ Kalenderjahr	90%, max. 30 Tage/ Kalenderjahr	<b>Beschreibung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlungs- und Unterkunftskosten bei einer Badekur in anerkannten Kureinrichtungen gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)</li> <li>Die Leistungen werden gewährt, wenn sie von einem nach KVG anerkannten Arzt verordnet werden.</li> </ul> <b>Pflichten des Versicherten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Spätestens 20 Tage vor Kurantritt müssen ein Antrag auf Kostenübernahme und die ärztliche Kurverordnung beim Versicherer eingereicht werden. Andernfalls besteht kein Anspruch auf Leistungen.</li> </ul>
<b>Haushaltshilfe</b>	50%, max. CHF 1500.–/ Kalenderjahr	50%, max. CHF 1500.–/ Kalenderjahr	90%, max. CHF 2500.–/ Kalenderjahr	<b>Beschreibung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kosten für die medizinisch notwendige Anstellung einer Haushaltshilfe, die einer amtlichen Stelle angehört und in Vertretung des Versicherten die täglichen Hausarbeiten erledigt. Alle anderen Kosten sind davon ausgenommen (Grundreinigung etc.).</li> </ul> <b>Anmerkung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>
<b>Entziehungskuren bei Alkoholabhängigkeit</b>	CHF 50.–/Tag, max. 30 Tage/ Kalenderjahr	CHF 100.–/Tag, max. 30 Tage/ Kalenderjahr	CHF 100.–/Tag, max. 30 Tage/ Kalenderjahr	<b>Beschreibung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Beitrag zu den Behandlungs- und Unterkunftskosten bei Kuren mit stationärem Aufenthalt in einer spezialisierten Einrichtung für Entziehungskuren Alkoholabhängiger.</li> </ul> <b>Anmerkung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Einrichtungen.</li> <li>Diese Liste steht auf der Website des Versicherers zur Verfügung oder wird auf Anfrage des Versicherungsnehmers oder einer versicherten Person abgegeben.</li> <li>Der Versicherer kann die Liste jederzeit anpassen. Dem Versicherungsnehmer steht durch solche Anpassungen kein Kündigungsrecht zu.</li> </ul>
<b>Impfungen</b>	90%	90%	90%	<b>Beschreibung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Details
<b>Gesundheitscheck</b>	90%, max. CHF 1000.– alle 3 Jahre	90%, max. CHF 1000.– alle 3 Jahre	90%, max. CHF 1000.– alle 3 Jahre	<b>Anmerkung</b> – Es werden nur Gesundheitschecks übernommen, die von einem gemäss KVG anerkannten Arzt durchgeführt werden.
<b>Zweitmeinung</b>	90%	90%	90%	<b>Beschreibung</b> – Übernahme der Kosten für ein zweites ärztliches Gutachten vor einer Spitaleinweisung. Die Bezeichnung «Zweitmeinung» muss auf der Honorarrechnung vermerkt sein.
<b>Gesundheitsförderung</b>	50%, max. CHF 200.–/ Kalenderjahr	50%, max. CHF 200.–/ Kalenderjahr	50%, max. CHF 200.–/ Kalenderjahr	<b>Beschreibung</b> – Kostenübernahme für Leistungen in einer vom Versicherer anerkannten Einrichtung oder bei einem von ihm anerkannten Leistungserbringer in den Bereichen Rückenschule und Fitness oder Leistungen für Entziehungskuren bei Tabakentwöhnung.  <b>Anmerkungen</b> – Der Versicherer führt eine Liste der für Tabakentwöhnung anerkannten Einrichtungen und Leistungserbringer. – Der Versicherer führt eine Liste mit den Anerkennungskriterien für Fitness und Rückenschule. – Diese Listen stehen auf der Website des Versicherers zur Verfügung oder werden auf Anfrage des Versicherungsnehmers oder einer versicherten Person abgegeben. – Der Versicherer kann die Listen jederzeit anpassen. Dem Versicherungsnehmer steht durch solche Anpassungen kein Kündigungsrecht zu. – Sollten in einem gleichen Kalenderjahr mehrere gesundheitsfördernde Massnahmen durchgeführt werden, beträgt die maximale Leistung CHF 200.–.

## 2. Liste der alternativmedizinischen Therapien

Naturheilverfahren	Manuelle Therapien	Übrige
Akupunktur	Akupressur	Biodynamik
Aromatherapie	Anthroposophische Medizin	Eurythmie
Aurikulotherapie	Autogenes Training	Rebirthing
Bioresonanz	Etiopathie	Sophrologie
Biotherapie	Fasciatherapie	Tomatis-Methode
Chromotherapie	Haltungstherapie	
Darmspülung	Kinesiologie	
Ernährungsberatung	Lymphdrainage	
Elektroakupunktur Geobiologie	Massagen	
Heilkräuter	Mesotherapie	
Homöopathie	Metamorphose	
Iridologie	Orthobionomie	
Lasertherapie	Osteopathie	
Magnetismus	Polarity	
Magnetotherapie	Reflexologie	
Moratherapie	Reiki	
Naturheilverfahren	Rolfing	
Phytotherapie	Shiatsu	
Sauerstofftherapie	Trager	
Schröpfen	Wiederherstellung des energetischen Gleichgewichts	
Sympathikotherapie		

### 3. Bei Notfällen ausserhalb der Schweiz

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Details
<b>Ambulante Behandlungen</b>				<b>Beschreibung</b> – Untersuchungen, Analysen, Röntgenaufnahmen und anerkannte Medikamente
<b>Spitalaufenthalt</b>				<b>Beschreibung</b> – Übernahme der vom KVG anerkannten Behandlungskosten, Spitalaufenthaltskosten und Arzthonorare. <b>Anmerkung</b> – Die Einrichtungen müssen im Land, in dem die Behandlung stattfindet, von den zuständigen Gesundheitsbehörden anerkannt sein.
<b>Gesetzliche Kostenbeteiligungen</b>				<b>Beschreibung</b> – Übernahme zu 100 Prozent von ausländischen gesetzlichen Kostenbeteiligungen für eine ambulante oder stationäre Behandlung unter Anwendung des Personenfreizügigkeitsabkommens EU/EFTA oder anderen internationalen Sozialversicherungsabkommen, unter Vorbehalt des ausländischen Rechts.
<b>Such-, Rettungs- und Transportkosten</b>			Der versicherte Betrag beläuft sich auf maximal CHF 100 000.– pro Kalenderjahr.	<b>Beschreibung</b> – Transporte bis zur nächstgelegenen Spitaleinrichtung oder zum nächsten Arzt, sofern sie medizinisch notwendig sind. <b>Anmerkung</b> – Dieser Beitrag wird nur bei einem Transport mit der Ambulanz oder dem Helikopter gewährt.
<b>Besuch eines Familienmitglieds ausserhalb des Herkunftslands des Versicherten</b>				<b>Beschreibung</b> – Bei einem Spitalaufenthalt des Versicherten von über sieben Tagen werden für den Besuch eines Familienmitglieds folgende Kosten übernommen: – Nachgewiesene Kosten für die Hin- und Rückreise in der Economyklasse sowie die Kosten der öffentlichen Transportmittel bis zum betreffenden Spital, in dem der Versicherte hospitalisiert ist – Nachgewiesene Kosten für Unterkunft und Verpflegung bis max. CHF 250.– pro Tag, bis zu einem Höchstbetrag von CHF 2000.–.

1. Die oben aufgeführten Versicherungsleistungen gelten weltweit, mit Ausnahme der Schweiz, zusätzlich oder ergänzend zu den Sozialleistungen in der Schweiz oder im Ausland. Bei einer Mehrfachversicherung gemäss VVG haftet jeder Versicherer für den Schaden in dem Verhältnis, in dem die von ihm versicherte Summe zur Gesamtversicherungssumme steht.
2. Die versicherten Leistungen entsprechen den in der Schweiz bei ähnlichen Gesundheitsproblemen vergüteten Leistungen.
3. Die oben genannten Leistungen werden übernommen, wenn sie von Personen oder Einrichtungen erbracht werden, die über die erforderliche Ausbildung, Anerkennung und Zulassung durch ausländische Sozialbehörden verfügen.
4. Zahlung der Leistungen  
Bei ausländischen Behandlungen gilt der offizielle Währungskurs des Schweizer Franken am letzten Tag der Behandlung als Wechselkurs. Der Versicherer berücksichtigt die im Behandlungsland oder in der Region üblichen geltenden Tarife.

#### 4. Groupe Mutuel Assistance

1. Örtlicher Geltungsbereich  
Die Leistungen der Groupe Mutuel Assistance werden in der Schweiz gewährt sowie bei Reisen und Aufenthalten ausserhalb der Schweiz, die nicht länger als 90 aufeinanderfolgende Tage dauern.
2. Versicherte Leistungen
  - a. Suche, Rettung und Transport
    - Organisation der Suche und Rettung, wenn sich der Versicherte nachweisbar in einer Notlage befunden hat, die die entstandenen Kosten rechtfertigt.

- Organisation der Transporte gemäss Art. 8 Abs. 1 und 3 der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, bis zum nächstgelegenen Spital oder zum nächsten Arzt, sofern diese Transporte medizinisch notwendig sind.
- b. Repatriierung
  - Organisation und Kostenübernahme der unter medizinischer Aufsicht vorgenommenen Repatriierung in ein Spital in der Nähe des Aufenthaltsorts des Versicherten in der Schweiz
  - Organisation und Kostenübernahme der Repatriierung des Versicherten nach einem Spitalaufenthalt an seinen Wohnort in der Schweiz, ohne medizinische Begleitung.
- c. Rückführung der sterblichen Überreste  
Im Todesfall des Versicherten: Organisation und Kostenübernahme des Transports der sterblichen Überreste in einem Linienflugzeug oder einem dafür vorgesehenen Fahrzeug, unter Einhaltung der nationalen Gesetzgebungen oder internationalen Vereinbarungen über den Leichentransport, bis zum Wohnort des verstorbenen Versicherten im Ausland oder in der Schweiz, unter der Voraussetzung, dass die Überführung realisierbar ist und die Familie oder der Vertreter des verstorbenen Versicherten die nötigen Vorkehrungen für die Entgegennahme des Leichnams getroffen hat.
  - Für die versicherten Kosten werden Leistungen bis höchstens CHF 10 000.– ausgerichtet.
  - Beerdigungskosten sowie weitere Bestattungskosten sind davon ausgeschlossen.

- Ausgeschlossen sind Rückführungen in Regionen, in denen das Eidgenössische Departement für auswärtige Angelegenheiten (EDA) von Reisen abrät oder die von Krieg, Revolution, Aufruhr oder anderen innerpolitischen Unruhen betroffen sind.

#### d. Vorschuss für Behandlungskosten

Muss die versicherte Person ausserhalb der Schweiz hospitalisiert werden oder sich einer teuren Behandlung unterziehen, kann bei Notwendigkeit über die Notrufzentrale der Groupe Mutuel Assistance ein Kostenvorschuss vereinbart werden.

### 3. Pflichten des Versicherungsnehmers und des Versicherten

In Ergänzung der Bedingungen in Art. 16 und 17 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen muss der Versicherungsnehmer oder der Versicherte die Notrufzentrale Groupe Mutuel Assistance sofort benachrichtigen, wenn ein Ereignis eingetreten ist, das einen Antrag auf Hilfeleistungen begründet (Telefonnummer 0848 808 111, aus dem Ausland + 41 848 808 111).

In jedem Fall entscheiden die Ärzte der Notrufzentrale «Groupe Mutuel Assistance», wenn nötig in Absprache mit dem behandelnden Arzt des Versicherten, über die Art der Dienstleistungen und deren Kostenübernahme. Es besteht kein Anspruch auf die in diesem Art. 8 Abs. 4 erwähnten Leistungen, wenn die Notrufzentrale «Groupe Mutuel Assistance» sie nicht vorher genehmigt hat. Der Versicherer verzichtet jedoch auf sein Recht, die Leistungen abzulehnen, wenn der Versicherte beweisen kann, dass sie medizinisch begründet waren.

Andererseits wird bei einer Verletzung der Pflicht, sofort die Notrufzentrale Groupe Mutuel Assistance zu kontaktieren, diese Verletzung den Umständen entsprechend als unverschuldet betrachtet und die Kostenübernahme wird nicht gekürzt, wenn aus den Umständen hervorgeht, dass die Verletzung nicht dem Versicherungsnehmer oder dem Anspruchsberechtigten zuzuschreiben ist.

Der Versicherer lehnt jegliche Haftung ab, Dienstleistungen zu garantieren oder sie zu gegebener Zeit zu erbringen, wenn ihm dies unmöglich wäre, aufgrund von Streik oder Umständen ausserhalb seines Einflussbereichs, einschliesslich in Fällen höherer Gewalt (Krieg, Invasion, feindliche Aggressionen, erklärte oder nicht erklärte Feindseligkeiten, Bürgerkrieg, Rebellion, Revolution, Aufstand, Aufruhr oder Unruhen, Flugverbote oder durch die lokale Gesetzgebung aufgelegte Verbote).

### 4. Leistungsausschlüsse

In Ergänzung zu den Bestimmungen in Art. 10 der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind ausserdem ausgeschlossen:

- Fälle, bei denen die Notrufzentrale «Groupe Mutuel Assistance» in Anwendung der Bestimmungen von Art. 8 Abs. 4 Ziff. 3 nicht eingeschaltet wurde
- Leichte Erkrankungen und Körperschädigungen,

die vor Ort behandelt werden können und den Versicherten nicht daran hindern, seine Reise fortzusetzen

- Fälle, in denen der Gesundheitszustand des Versicherten es zulässt, sitzend und ohne medizinische Begleitung zu reisen, ausser die Ärzte der Notrufzentrale «Groupe Mutuel Assistance» genehmigen die Kostenübernahme
- Schwangerschaften, ausser bei deutlichen und unvorhersehbaren Komplikationen
- Psychische Erkrankungen, die bereits behandelt werden.

## Art. 9 Leistungsanspruch und Einschränkungen

### 1. Die Leistungen werden nach den Behandlungsdaten angerechnet.

Werden Versicherungsleistungen geltend gemacht, muss der Versicherte dem Versicherer sämtliche ärztliche Zeugnisse, Berichte, Belege und Rechnungen der verschiedenen Leistungserbringer innerhalb der in Art. 21 der vorliegenden Allgemeinen Bedingungen vorgesehenen Fristen vorlegen.

Es ist nicht möglich, gleiche oder ähnliche Leistungen für dieselbe Erkrankung oder denselben Unfall in der Schweiz und im Ausland zu kumulieren.

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

Wenn eine ärztliche oder alternativmedizinische Behandlung nicht mehr medizinisch indiziert ist bzw. keine therapeutische Verbesserung bewirkt, informiert der Versicherer den Versicherten über die Kürzung oder das Ende der Auszahlung von Leistungen. Im Umfang der in den vorliegenden Versicherungsbedingungen vorgesehenen Beiträge vergütet der Versicherer die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (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 dienen.

Die Versicherung deckt jedoch ausländische gesetzliche Kostenbeteiligungen für eine Notfallbehandlung ausserhalb der Schweiz, unter Anwendung des Personenfreizügigkeitsabkommens EU/EFTA oder anderen internationalen Sozialversicherungsabkommen, wenn die Gesetzgebung des betreffenden Landes dies nicht verbietet.

### 2. Die Spitalleistungen werden nur in der akuten Phase der Erkrankung und/oder des Unfalls erbracht. Der Leistungsanspruch erlischt, sobald der Versicherte 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. Die Leistungsdauer in einer psychiatrischen Einrichtung ist innerhalb eines Kalenderjahres auf 180 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 wird an die Dauer der Spitalaufenthalte in der halbprivaten oder privaten Abteilung angerechnet.

3. Leistungen für Kieferorthopädie sind von der Versicherung ausgeschlossen.

Unfallbedingte Leistungen für zahnärztliche Prothetik (Zahnersatz, Anbringen von Kronen, Stiftzähnen, Brücken, Teil- oder Vollprothesen u. a.) werden unmittelbar nach Inkrafttreten der Versicherung gewährt. In allen anderen Fällen werden sie frühestens nach 12 Monaten Mitgliedschaft übernommen. Für alle anderen zahnärztlichen Behandlungen werden die Versicherungsleistungen frühestens nach drei Monaten Mitgliedschaft ausgerichtet.

Der offizielle UVG-Tarif (Nomenklatur und Taxpunktwert) ist massgebend für die Berechnung der übernommenen Leistungen. Der mögliche Aufschlag darf 50 Prozent nicht überschreiten.

4. Bei verspäteter Schadenmeldung behält sich der Versicherer das Recht vor, die Leistungen zu kürzen oder zu verweigern. Diese Sanktion ist nicht anwendbar bei unverschuldeter Verletzung der Meldepflicht im Sinn von Art. 45 VVG. In einem solchen Fall ist der Schadenfall sofort nach Beseitigung des Hindernisses zu melden.
5. Der Versicherer haftet nicht für die Verschlimmerung der Folgen einer Krankheit und/oder eines Unfalls, die auf die verspätete Konsultation eines Therapeuten oder die Nichtbeachtung dessen Verordnungen zurückzuführen ist.

## Art. 10 Leistungsausschlüsse

1. Es besteht kein Versicherungsschutz:

a. Für Erkrankungen, Unfälle und ihre Folgen nach Erlöschen des Versicherungsvertrags und nach Ausscheiden aus dem Kreis der Versicherten, selbst wenn während der Versicherungsdauer Leistungen erbracht worden sind

b. Für die Kosten von unwirksamen, unzweckmässigen und unwirtschaftlichen Behandlungen. Unwirksam heisst, dass die Wirksamkeit der Behandlung nicht nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen ist. Eine Behandlung ist unzweckmässig, wenn sie kontraindiziert, nicht angemessen oder die medizinische Indikation nicht eindeutig erwiesen ist. Die Behandlung ist unwirtschaftlich, wenn sie durch eine kostengünstigere hätte ersetzt werden können oder sie unnötig ist.

c. Für Behandlungen bei Unfruchtbarkeit

d. - Zur Korrektur oder Beseitigung von Schönheitsfehlern, es sei denn, sie werden durch ein versichertes Ereignis notwendig

- Für Verjüngungskuren oder Eingriffe zur Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit

e. Für Behandlungen, die aufgrund von Suizid oder vor-

sätzlicher Selbstverstümmelung und den Versuchen dazu erfolgen

f. Bei Gesundheitsschäden, die durch ionisierende oder radioaktive Strahlungen verursacht wurden

g. Für die Folgen von Kriegsereignissen:

- in der Schweiz

- im Ausland, es sei denn, der Versicherte sei von den Ereignissen in dem Land, in dem er sich aufhält, überrascht worden und die Krankheit oder der Unfall trete innerhalb von 15 Tagen seit Beginn der Ereignisse ein

h. Für die Folgen von Unruhen jeglicher Art und die Massnahmen zu deren Bekämpfung, es sei denn, der Versicherte beweise, dass er nicht auf der Seite der Unruhestifter aktiv oder durch Aufwiegelung an den Unruhen beteiligt war

i. Bei durch Alkoholabhängigkeit bedingten Erkrankungen

j. Für Krankheiten und Unfälle, die auf übermässigen Medikamenten- oder Alkoholkonsum oder auf den Konsum von Betäubungsmitteln (Drogen) zurückzuführen sind

k. Für Geschlechtsumwandlung, inkl. Behandlungen und Folgen

l. Bei Organtransplantationen, für die der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) in Solothurn Fallpauschalen vereinbart hat. Diese Regel gilt auch für Spitäler, für die keine Fallpauschale vereinbart worden ist.

m. In Fällen, in denen der Versicherte und/oder der Versicherungsnehmer falsche oder gefälschte Rechnungen ausgestellt hat, sowie bei Versicherungsbetrug oder dem Versuch dazu durch den Versicherten und/oder den Versicherungsnehmer

n. In Fällen, in denen der Versicherungsnehmer oder der Versicherte ihre Pflichten gemäss Art. 17 Abs. 5 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen verletzt haben. Die Bestimmungen von Art. 45 VVG sind anwendbar, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht den Umständen nach nicht auf ein Verschulden des Versicherungsnehmers oder des Versicherten zurückzuführen ist oder wenn der Versicherungsnehmer oder der Versicherte nachweist, dass die Verletzung der Anzeigepflicht keinen Einfluss auf den Schaden und den Umfang der Leistungen hatte. In einem solchen Fall ist der Schadenfall sofort nach Beseitigung des Hindernisses zu melden.

2. Ausgeschlossen sind zudem Erkrankungen und Unfälle des Versicherten:

a. Bei Militärdienst im Ausland

b. Bei Erdbeben

c. Bei vom Versicherten vorsätzlich begangenen Verbrechen oder Vergehen oder dem Versuch dazu, sowie bei der Teilnahme des Versicherten an Kriegs- oder Terrorakten

d. Bei Verkehrsunfällen, die auf Alkoholmissbrauch zurückzuführen sind, wenn die Alkoholkonzentration zum Zeitpunkt des Vorfalls gemäss Strassenverkehrsgesetz einen schweren Verstoss darstellt

e. Bei Beteiligung an Schlägereien und Raufereien, es sei



denn, der Versicherte wird als Unbeteiligter oder bei Hilfeleistung für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt

- f. Bei Gefahren, denen sich der Versicherte dadurch aussetzt, dass er andere stark provoziert
- g. Bei Beteiligung an Wagnissen. Wagnisse sind Handlungen, mit denen sich der Versicherte einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne die Vorkehrungen treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken.

## **Art. 11 Mehrfachversicherung und Leistungen Dritter**

1. Alle Leistungen gemäss den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden ergänzend zu den Leistungen von in- und ausländischen Sozial- und Privatversicherern oder haftpflichtigen Drittpersonen gewährt.
2. Bei einer Mehrfachversicherung gemäss VVG haftet jeder Versicherer für den Schaden in dem Verhältnis, in dem die von ihm versicherte Summe zur Gesamtversicherungssumme steht.
3. Bei Eintritt des Versicherungsfalls tritt der Versicherer gegenüber haftpflichtigen Dritten bis zur Höhe der erbrachten Leistungen in die Ansprüche des Versicherten ein. Der Versicherer ist nicht an Vereinbarungen zwischen dem Versicherten und leistungspflichtigen Dritten gebunden.

## **Art. 12 Vom Versicherer anerkannte Leistungserbringer**

1. Die Leistungsübernahme beschränkt sich auf Leistungserbringer, die sowohl von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG als auch vom Versicherer anerkannt sind.
2. Andere Leistungserbringer, die in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG nicht zugelassen sind, können vom Versicherer anerkannt werden.
3. Der Versicherer kann eine Liste der anerkannten oder nicht anerkannten Leistungserbringer führen. Diese Listen stehen auf der Website des Versicherers zur Verfügung oder werden auf Anfrage der versicherten Person abgegeben.
4. Der Versicherer kann den Kreis der anerkannten oder nicht anerkannten Leistungserbringer jederzeit anpassen.
5. Dem Versicherungsnehmer steht durch solche Anpassungen kein Kündigungsrecht zu.

## **Art. 13 Tarif der Leistungserbringer**

1. Der Versicherer übernimmt die in den schweizerischen Sozialversicherungen gültigen Tarife sowie private Tarife gemäss den vertraglichen Vereinbarungen und den üblichen Normen.
2. Vereinbarungen über Honorare zwischen Leistungserbringern und versicherten Personen sind für den Versicherer nicht verbindlich.
3. Bei Streitigkeiten über den Leistungstarif überträgt der Versicherte seine Rechte gegen den Leistungserbringer an den Versicherer.

## **Art. 14 Prämien**

1. Die Versicherungsprämie wird auf der Grundlage des Alters und des Geschlechts der versicherten Personen berechnet.
2. 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
  - 26 bis 30 Jahre
  - 31 bis 35 Jahre
  - 36 bis 40 Jahre
3. Eine Änderung der Altersklasse führt grundsätzlich zu einer automatischen Anpassung der Prämie.
4. Zu Beginn jeder Versicherungsperiode hat der Versicherungsnehmer die provisorisch festgesetzte Prämie (Vorauszahlungsprämie) zu bezahlen, die der mutmasslich endgültigen entspricht. Die Versicherungsperiode ist in der Police festgehalten. Wurden Ratenzahlungen vereinbart, sind die im Lauf des Versicherungsjahres fälligen Raten geschuldet.
5. Jeweils nach Ablauf einer Versicherungsperiode oder nach Kündigung des Vertrags wird eine definitive Prämienabrechnung erstellt. Der Versicherungsnehmer muss dem Versicherer das entsprechende Formular mit den notwendigen Angaben zur Erstellung der definitiven Prämienabrechnung zur Verfügung stellen. Falls die notwendigen Informationen nicht innert 30 Tagen nach Versand eingereicht werden, fordert der Versicherer den Versicherungsnehmer auf, dies innert 14 Tagen nach Versand der Mahnung nachzuholen. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, erlässt der Versicherer eine Einschätzung, in der er die Jahresprämie des Vorjahres nach seinem Ermessen prozentual erhöht. Die Nachzahlung oder die Rückerstattung der Prämie muss innert 30 Tagen nach Versand der Schlussabrechnung erfolgen. Sendet der Versicherungsnehmer das Formular nicht fristgerecht zurück, ist der Versicherer berechtigt, den Vertrag sofort aufzulösen. Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer den Betrag einer möglichen Nachzahlung mit, die innert einem Monat zu bezahlen ist. Der zu viel bezahlte Betrag wird als Anzahlung mit der provisorischen Prämie der nächsten Versicherungsperiode verrechnet oder auf Wunsch dem Versicherungsnehmer rückerstattet. Beläuft sich die Nachzahlung oder der Überschuss auf einen Betrag unter CHF 20.–, verzichten die Vertragsparteien auf Nachzahlung bzw. Rückerstattung.
6. Übersteigt die Nach- oder Rückzahlung den Betrag von CHF 500.–, kann der Versicherer die Vorauszahlungsprämie für die folgende Versicherungsperiode entsprechend anpassen.

## **Art. 15 Änderung des Prämientarifs**

1. Der Versicherer kann den Prämientarif jedes Jahr anpassen, insbesondere aufgrund:
  - Der Entwicklung der Schadenhäufigkeit oder der Schadenbelastung
  - Der Anpassung des Umfangs des Versicherungsschutzes gemäss Art. 19 dieser AVB
2. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer mindestens 30 Tage vor Ablauf der Versicherungsperiode über die neuen Bestimmungen des Vertrags zu informieren.
3. Bei einer Erhöhung des Prämientarifs (siehe Abs. 1 dieses Artikels) hat der Versicherungsnehmer das Recht, seinen von der Erhöhung betroffenen Versicherungsvertrag auf das Ende der laufenden Versicherungsperiode zu kündigen, unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt der Police oder der Mitteilung der Erhöhung. Die Kündigung muss innert dieser Frist beim Versicherer eingehen. Falls der Versicherungsnehmer den Vertrag nicht kündigt, gilt dies als Zustimmung zu den Prämienanpassungen.
4. Bei einer Senkung des Prämientarifs (siehe Abs. 1 dieses Artikels) steht dem Versicherungsnehmer kein Kündigungsrecht zu.

## **Art. 16 Pflichten des Versicherungsnehmers**

1. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die versicherten Personen über den wesentlichen Inhalt des vorliegenden Vertrags, dessen Änderungen und Kündigung zu informieren. Dazu gibt ihm der Versicherer das Dokument «Praktische und rechtliche Informationen gemäss Versicherungsvertragsgesetz (VVG)» sowie die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) ab.
2. Der Versicherer muss innert 30 Tagen über den Eintritt von Personen in den Kreis der versicherten Personen informiert werden.
3. Der Versicherungsnehmer muss den Versicherer innerhalb von 30 Tagen schriftlich informieren, wenn eine Person aus dem Kreis der Versicherten ausscheidet.
4. Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, innerhalb von 30 Tagen nach dem jährlichen Versand der Versichertenliste durch den Versicherer an den Versicherungsnehmer zu überprüfen, ob die Versicherten zu den versicherbaren Personen gehören.
5. Der Versicherer muss innert 5 Tagen über den Eintritt des Versicherten in ein Spital oder eine Klinik informiert werden. Wird eine Kostengutsprache verlangt, muss die Meldung vor dem Eintritt erfolgen.
6. Der Austausch zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer (Bildungseinrichtung) beschränkt sich auf administrative Informationen. Ohne die ausdrückliche Zustimmung der versicherten Person (Student/-in) dürfen zwischen der Bildungseinrichtung und dem Versicherer keine sensiblen persönlichen Daten ausgetauscht werden.

## **Art. 17 Pflichten im Schadenfall**

1. Der Versicherte ist verpflichtet, sich beim Versicherer zu erkundigen, ob die für die Behandlung gewählte Spital-einrichtung, Kureinrichtung, Abteilung der Spital-einrichtung oder Klinik vom Versicherer anerkannt ist.
2. Vor jeder Behandlung muss sich der Versicherte erkundigen, ob der Leistungserbringer, bei dem er sich behandeln lassen wird, zu den vom Versicherer anerkannten Leistungserbringern gehört.
3. Der Versicherte oder der Versicherungsnehmer ist verpflichtet:
  - a. Den Versicherer innert 5 Tagen über den Eintritt des Versicherten in ein Spital oder eine Klinik zu informieren. Wird eine Kostengutsprache verlangt, muss die Meldung vor dem Eintritt erfolgen.
  - b. Den Versicherer so schnell wie möglich, spätestens aber innerhalb von 10 Tagen über einen Unfall des Versicherten zu informieren. Er muss Folgendes angeben:
    - Zeitpunkt, Ort, Umstände und Folgen des Unfalls
    - Name des Arztes oder des Spitals
    - Allfällige Haftpflichtige und beteiligte Versicherer
  - c. Dem Versicherungsunternehmen jede Auskunft über die ihm bekannten Tatsachen zu erteilen, die zur Ermittlung der Umstände, unter denen der Schadenfall eingetreten ist, oder zur Feststellung der Folgen des Schadenfalls beitragen können, und zwar innerhalb der in Art. 21 der vorliegenden Bedingungen vorgesehenen Fristen. Der Versicherte ist verpflichtet, alle erforderlichen Original- oder digitalen Belege vorzulegen (detaillierte Rechnungen, ärztliche Zeugnisse, Verordnungen etc.), sofern er sie ohne erhebliche Kosten beschaffen kann. Der Versicherer behält sich das Recht vor, Originaldokumente und Zahlungsbelege zu verlangen.
  - d. Dem Versicherer mindestens 20 Tage vor dem Beginn einer Bade- oder Erholungskur jeweils einen Antrag auf Kostenübernahme und eine ärztliche Kurverordnung vorzulegen.
  - e. Die Therapeuten, die ihn behandelt haben, ausdrücklich zu ermächtigen, dem Vertrauensarzt des Versicherers alle Auskünfte zu erteilen, die er für die Beurteilung des Falls benötigt. Der Versicherte entbindet sie zu diesem Zweck von der beruflichen Schweigepflicht.
  - f. Sich als Versicherter medizinischen Gutachten zu unterziehen, die der Bestimmung der Diagnose und der Festlegung des Leistungsanspruchs dienen. Solche Gutachten werden vom Versicherer auf seine Kosten in Auftrag gegeben und von Ärzten oder Spezialisten seiner Wahl durchgeführt, um den Gesundheitszustand des Versicherten einzuschätzen.
  - g. Für geplante freiwillige Spitalbehandlungen ausserhalb der EU, der EFTA und des Wohnlandes das vorgängige Einverständnis des Versicherers einzuholen. Andernfalls besteht kein Anspruch auf Leistungen.
4. Spitalaufenthalte und andere kostspielige Behandlungen ausserhalb der Schweiz sind vorgängig der Groupe Mutuel Assistance mit dem Formular «Gesuch um Kostengutsprache» zu melden. Notfälle ausserhalb der Schweiz sind

der Notrufzentrale der Groupe Mutuel Assistance unverzüglich zu melden (Telefonnummer auf der Versicherungspolice und der Versicherungsbestätigung).

- Bei Verletzung der in Art. 17 Abs. 3 Bst. c der vorliegenden AVB erwähnten Pflicht kann der Versicherer die Zahlung der Leistungen verweigern, bis er die Auskünfte und Belege erhalten hat, aus denen er die Berechtigung des Anspruchs des Versicherungsnehmers oder des Versicherten bestimmen kann.
- Bei Verletzung der in Art. 17 Abs. 3 Bst. e, f, g und h der vorliegenden AVB erwähnten Pflichten kann der Versicherer die Leistungen kürzen oder verweigern. Gemäss Art. 10 Abs. 1 Bst. n dieser AVB entfallen diese Sanktionen, wenn die Verletzung der Pflichten nicht auf ein Verschulden der versicherten Person zurückzuführen ist oder wenn die versicherte Person nachweisen kann, dass die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Ereignisses und den Umfang der Leistungen hat.

## **Art. 18 Schadenminderungspflicht**

- Der Versicherte hat ab Beginn einer Erkrankung und/oder unmittelbar nach dem Eintreten eines Unfalls einen zugelassenen diplomierten Therapeuten zu konsultieren und seinen Anweisungen Folge zu leisten. Er muss alles vermeiden, was seiner Genesung schaden oder seine Krankheit verlängern könnte, und die Anweisungen des Therapeuten bezüglich der zugelassenen Ausgangszeiten befolgen.
- Der Versicherte darf den Therapeuten nicht dazu verleiten, unnötige und unwirtschaftliche Untersuchungen und Behandlungen durchzuführen (z. B. unnötige Hausbesuche, stationäre statt ambulante Behandlungen oder Medizintourismus).

## **Art. 19 Anpassung der Versicherungsbedingungen**

- Der Versicherer ist berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen anzupassen, insbesondere bei Änderungen in folgenden Bereichen:
  - Fortschritte der modernen Medizin
  - Anwendung neuer und kostenintensiver Therapieformen, beispielsweise Operationstechniken, Medikamente und Ähnliches
  - Erweiterte Anzahl oder Niederlassung neuartiger Leistungserbringer
  - Leistungsänderungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
- Die neuen Bedingungen gelten für den Versicherungsnehmer, wenn sie gemäss Abs. 1 während der Geltungsdauer der Versicherung angepasst werden.
- Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer die Anpassungen mit. Falls der Versicherungsnehmer damit nicht einverstanden ist, kann er den Vertrag auf das Datum des Inkrafttretens der Anpassungen kündigen. Trifft innert 30 Tagen keine Kündigungsmittelung beim Versicherer ein, gilt dies als Zustimmung zu den neuen Bestimmungen.

## **Art. 20 Mitteilungen**

- Die Mitteilungen des Versicherungsnehmers, des Versicherten und des Versicherers sind rechtsgültig, wenn sie schriftlich oder über jegliches andere Mittel erfolgen, das den Nachweis durch Text ermöglicht (E-Mail oder vom Versicherer zur Verfügung gestellte Kommunikationsmittel). Ausgenommen davon sind die sozialen Netzwerke.
- Die Mitteilungen des Versicherungsnehmers oder des Versicherten müssen über die Korrespondenz- oder E-Mail-Adressen übermittelt werden, die auf den offiziellen Dokumenten des Versicherers aufgeführt sind.
- Die Mitteilungen des Versicherers erfolgen rechtsgültig an die letzte vom Versicherungsnehmer oder vom Versicherten angegebene Korrespondenz- oder E-Mail-Adresse.

## **Art. 21 Verjährung**

Die Forderungen aus dem Versicherungsvertrag verjähren fünf Jahre nach Eintritt der Tatsache, die die Leistungspflicht begründet.

## **Art. 22 Erfüllungsort und anwendbares Recht**

- Ohne gegenteilige besondere Bestimmungen müssen die vertraglichen Pflichten auf Schweizer Boden und in Schweizer Franken erfüllt werden.
- Es gilt das schweizerische Recht, insbesondere das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG).

## **Art. 23 Gerichtsstand**

- Bei Streitigkeiten steht dem Versicherungsnehmer, Versicherten oder Anspruchsberechtigten wahlweise der Gerichtsstand an seinem schweizerischen Wohnsitz, dem Ort seines gewöhnlichen Aufenthalts in der Schweiz oder am Sitz des Versicherers zur Verfügung.
- Wohnt der Versicherte oder der Anspruchsberechtigte im Ausland, ist der Sitz des Versicherers alleiniger Gerichtsstand.

## **Art. 24 Ausscheiden aus dem Kreis der Versicherten**

Bei Ausscheiden aus dem in der Versicherungspolice definierten Versichertenkreis können die versicherten Personen, sofern sie über eine obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) nach Krankenversicherungsgesetz (KVG) oder eine freiwillige Krankenpflegeversicherung nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG) gemäss Art. 7a der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verfügen, ihren Versicherungsschutz ohne Gesundheitsprüfung in der Einzelversicherung im folgenden ähnlichen Produkt der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG weiterführen:

- Global smart, Stufe 1 (Kategorie GO) für ehemalige Versicherte der Versicherung Global School, Stufe 1 (allgemeine Abteilung)
- Global smart, Stufe 2 (Kategorie GO) für ehemalige Versicherte der Versicherung Global School, Stufe 2 (allgemeine Abteilung)

- Global smart, Stufe 3 – halbprivate Abteilung (Kategorie GO) für ehemalige Versicherte der Versicherung Global School, Stufe 3 (halbprivate Abteilung)
- Global smart, Stufe 3 – private Abteilung (Kategorie GO) für ehemalige Versicherte der Versicherung Global School, Stufe 3 (private Abteilung)

Die versicherten Personen haben dieses Recht innert 90 Tagen nach dem Tag, an dem sie aus dem Kreis der Versicherten ausscheiden, geltend zu machen.

Sie können sich auch für eine niedrigere Stufe dieses Produkts entscheiden.

Für die betroffenen versicherten Personen gelten die anwendbaren Prämientarife und Versicherungsbedingungen des Produkts.

Die Versicherungsdauer und die Leistungen, die vor dem Ausscheiden aus dem Kreis der Versicherten in Anspruch genommen worden sind, werden bei der Berechnung der Leistungshöchstbeträge berücksichtigt.

## **Art. 25 Datenschutz**

### **Persönliche und sensible Daten**

Die Groupe Mutuel Services AG bearbeitet die persönlichen und sensiblen Daten des Versicherungsnehmers, der versicherten Person und gegebenenfalls ihrer Anspruchsberechtigten oder der mit ihnen verbundenen Personen (nachfolgend die betroffenen Personen) im Auftrag Ihres Versicherers Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG. Die Datenbearbeitung wird an die Groupe Mutuel Services AG (nachfolgend Groupe Mutuel), eine Gesellschaft der Groupe Mutuel Holding AG, delegiert. Beide Gesellschaften sind dem Bundesgesetz über den Datenschutz unterstellt (DSG).

Als persönliche Daten gelten Informationen über die betroffenen Personen, einschliesslich Informationen über die administrative Abwicklung des Versicherungsvertrags. Als sensible Daten gelten Informationen über den Gesundheitszustand der versicherten Personen und zu den Schadenfällen. Hauptsächlich werden folgende Kategorien persönlicher und sensibler Daten bearbeitet: Meldedaten der betroffenen Personen, das heisst Personendaten, die die Groupe Mutuel von den betroffenen Personen erheben kann, wenn diese Interesse bekunden für die von ihr bereitgestellten oder vertriebenen Produkte und Dienstleistungen und/oder beim Abschluss dieser Produkte und Dienstleistungen; Daten mit Bezug auf bereitgestellte Dienstleistungen oder die Funktionsweise von Produkten und Dienstleistungen oder ihre Nutzung, insbesondere bei der Nutzung von Online-Dienstleistungen; von Dritten oder anderen Dienstleistern erhaltene Daten oder Personendaten aus öffentlichen Quellen, sofern dies zulässig ist.

### **Gesetzliche Grundlage**

Die Groupe Mutuel bearbeitet persönliche und sensible Daten der betroffenen Personen basierend auf folgenden Rechtsgrundlagen: dem Einverständnis der betroffenen Personen bzw. dem ausdrücklichen Einverständnis für sensible Daten, den für die Tätigkeiten der Groupe Mutuel anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen (insbesondere dem Bundesgesetz über den Datenschutz), dem zwischen der Groupe Mutuel

und den betroffenen Personen abgeschlossenen Vertrag sowie dem überwiegenden öffentlichen oder privaten Interesse der Groupe Mutuel oder der betroffenen Personen.

### **Zweckbestimmung**

Die Personendaten werden insbesondere dafür verwendet, die zu versichernden Risiken zu beurteilen, die Schadenfälle zu bearbeiten, die administrative, statistische und finanzielle Vertragsabwicklung sicherzustellen, die Aktivitäten (Statistiken, internes und externes Audit etc.) durchzuführen, die gesetzlichen Vorschriften einzuhalten, die Dienstleistungen zu verbessern und weiterzuentwickeln, die Versicherungskosten zu optimieren und wirtschaftlich zu halten, Akquisitions- und Marketingmassnahmen umzusetzen, Anträge im Rahmen der Rechte natürlicher Personen zu bearbeiten, unbezahlte Rechnungen und Inkassomassnahmen zu verwalten sowie Betrug, Geldwäscherei, Terrorismusfinanzierung und Steuerhinterziehung zu bekämpfen. Dafür können die Groupe Mutuel und Dritte die Daten untereinander weitergeben, gemeinsam nutzen und austauschen (siehe unten). Die Pflichten und Verantwortlichkeiten der Parteien bei einem solchen Datenaustausch sind entweder vertraglich oder gesetzlich geregelt.

### **Sicherheit**

Bei der Bearbeitung von Personendaten und im Hinblick auf die damit verbundenen Risiken verpflichten sich die Groupe Mutuel, ihre Versicherungsvermittler und anderen Beauftragten (z. B. ein Rückversicherer), alle erforderlichen Massnahmen zur Einhaltung der Datenschutzbestimmungen zu treffen. Dazu gehören insbesondere die technischen, physischen und organisatorischen Massnahmen, die erforderlich sind, um die Sicherheit von Personendaten zu gewährleisten und deren Veränderung, Beschädigung oder Zugriff durch unbefugte Dritte zu verhindern.

### **Datenübertragung**

Die Daten werden vertraulich behandelt und können an Dritte (z. B. Versicherungsvermittler, Rückversicherer, Ärzte, Begünstigte, IV-Stellen und Sozialversicherungsträger des Wohnsitzlandes der versicherten Person) weitergegeben werden, auch ins Ausland. Diese Weitergabe erfolgt auf der Grundlage von gesetzlichen Verpflichtungen, von Gerichtsentscheiden, der allgemeinen Versicherungsbedingungen oder der Zustimmung der betroffenen Personen. Bei sensiblen Daten muss die Zustimmung ausdrücklich erfolgen. Wenn die Datenverarbeitung einem Unter-, Outsourcing- oder Kooperationsvertrag mit Dritten unterliegt, verpflichten sich diese im Rahmen ihres Vertragsverhältnisses mit der Groupe Mutuel zur Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen. Die Groupe Mutuel wählt Unterauftragnehmer aus, die die erforderlichen Garantien bieten. Die den Versicherungsvermittlern anvertrauten Daten werden erfasst und der Groupe Mutuel für die Bearbeitung der Versicherungsanträge und für die administrative und finanzielle Koordination zwischen dem Versicherungsvermittler und der Groupe Mutuel weitergegeben. Letztere ist nicht verantwortlich für die Bearbeitung von Personendaten, die die betroffenen Personen möglicherweise Dritten genehmigt haben

oder die unabhängig von der Groupe Mutuel erfolgt sind. Es obliegt den betroffenen Personen, sich auf die Datenschutzrichtlinien dieser Dritten zu beziehen, um die Bedingungen der durchgeführten Bearbeitungen zu überprüfen oder ihre Rechte in Bezug auf diese Bearbeitungen auszuüben.

### Erstellung von Nutzerprofilen

Während der vertraglichen Beziehung zwischen der betroffenen Person und der Groupe Mutuel ist es möglich, dass für die betroffene Person ein Nutzerprofil erstellt wird, damit der Versicherer ihr Dienstleistungen und Produkte anbieten kann, die ihren Erwartungen, ihrem Profil und ihren Bedürfnissen entsprechen. Die Modalitäten der Profilerstellung sind in der entsprechenden Datenschutzrichtlinie präzisiert. Für die oben genannten Zwecke können weitere Arten der Profilerstellung eingesetzt werden.

### Aufbewahrungsdauer

Personendaten werden so lange aufbewahrt, wie es gesetzlich vorgeschrieben ist und für die Verwaltung des Versicherungsvertrags, der Schadenfälle, der Verfahrens- und Beschwerderechte, des Inkassos und/oder für eventuelle Streitigkeiten zwischen der Groupe Mutuel, dem Versicherten, dem Versicherungsvermittler oder Dritten nötig ist.

### Zugriffsrechte und Recht auf Korrektur

Die betroffenen Personen haben das Recht, ihre persönlichen Daten einzusehen, die Korrektur dieser Daten zu verlangen, innerhalb der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen ihre Daten löschen zu lassen, die Bearbeitung einzuschränken, die Datenportabilität zu verlangen, ihre Zustimmung zur Bearbeitung von Personendaten unter Vorbehalt der Notwendigkeit für die Ausführung des Vertrags zurückzuziehen und sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden.

### Data Protection Officer

Die Groupe Mutuel hat einen Data Protection Officer ernannt, der unter [dataprotection@groupemutuel.ch](mailto:dataprotection@groupemutuel.ch) kontaktiert werden kann.

Weitere Informationen zum Datenschutz sind auf der Website der Groupe Mutuel verfügbar: [www.groupemutuel.ch](http://www.groupemutuel.ch)

## Annexe A

### Höchstbeträge für Spitalleistungen von nicht vom Versicherer anerkannten Einrichtungen oder Ärzten (Art. 8 Abs. 1 der vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen, Rubrik Spitalaufenthalt)

Betrag pro Spitalübernachtung				
	Akutpflege		Rehabilitation und Psychiatrie	
	Halbprivat	Privat	Halbprivat	Privat
<b>Nicht anerkannter Arzt:</b>				
Rückerstattung der Arztkosten	CHF 500.–	CHF 500.–	CHF 0.–	CHF 0.–
<b>Nicht anerkanntes Spital:</b>				
Rückerstattung der Spitalkosten	CHF 300.–	CHF 500.–	CHF 100.–	CHF 150.–
<b>Spital und Arzt nicht anerkannt:</b>				
Gesamtrückerstattung	CHF 800.–	CHF 1000.–	CHF 100.–	CHF 150.–
- Arztkosten	- CHF 500.–	- CHF 500.–	- CHF 0.–	- CHF 0.–
- Spitalkosten	- CHF 300.–	- CHF 500.–	- CHF 100.–	- CHF 150.–