

Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global AMB

GB

GBGA01-A5 – Ausgabe 01.08.2003

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Zweck der Versicherung	Art. 6	Leistungsanspruch
Art. 2	Aufnahmebedingungen	Art. 7	Franchise
Art. 3	Versicherte Leistungen (Basismodul)	Art. 8	Prämie
Art. 4	Option «Alternativmedizin»	Art. 9	Prämienrabatt
Art. 5	Leistungsumfang	Art. 10	Pflichten des Versicherten

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

Art. 1 Zweck der Versicherung

Zweck dieser Versicherung ist es, den Versicherten der AMB assurance maladie et accidents (nachstehend AMB genannt) besondere Leistungen in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung des KVG zu erbringen.

Art. 2 Aufnahmebedingungen

Der Beitritt zur Global AMB steht allen AMB-Versicherten offen; es besteht keine Altersbeschränkung.

Art. 3 Versicherte Leistungen (Basismodul)

1. Spitalaufenthalt in der Schweiz

1. Versicherungsklasse

Die Versicherten haben freie Wahl bezüglich der allgemeinen Abteilung von anerkannten schweizerischen Spitälern für Allgemein- und Psychiatriepflege von Akutpatienten.

2. Allgemeines

Bei einem Spitalaufenthalt übernimmt der Versicherer die Behandlungskosten sowie die Unterkunft- und Verpflegungskosten.

3. Umfang und Dauer der Leistungen

Die Leistungen der Spitalversicherung werden unter Vorbehalt der folgenden Bestimmungen übernommen:

- Der Versicherer übernimmt die Kosten von KVG-anerkannten Behandlungen, die Unterkunft- und Verpflegungskosten im Spital und die Arzthonorare gemäss kantonalem Tarifvertrag oder kantonaler Tarifordnung oder allfälligen anderen, vom Versicherer abgeschlossenen Verträgen.
- Wird ein Versicherter in ein Spital eingewiesen, mit dem der Versicherer kein Tarifabkommen für die Unterkunft- und Verpflegungskosten sowie

die Behandlungskosten (inkl. Arzthonorare) abgeschlossen hat, so wird dem Versicherten für die allgemeine Abteilung höchstens ein Betrag von Fr. 200.– pro Tag vergütet.

- Im Rahmen der vorliegenden Versicherung besteht keine Versicherungsdeckung für Organtransplantationen, für die der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer in Solothurn (SVK) Fallpauschalen vereinbart hat. Diese Regel gilt auch für Spitäler, für die keine Fallpauschale vereinbart wurde.
- Der Leistungsanspruch erlischt, sobald der Kranke nicht mehr als Akutpatient gilt.
- Der Leistungsanspruch der Spitalversicherung erlischt nach 180 Tagen Spitalaufenthalt, die innert 900 aufeinanderfolgenden Tagen in der psychiatrischen Abteilung erfolgt sind.

4. Kosten für Spitalbegleitung

Bei Spitalaufenthalt des Versicherten übernimmt der Versicherer einen Beitrag an die Kosten, die durch die Belegung eines Spitalbetts durch ein Familienmitglied entstehen, sofern diese Massnahme medizinisch gerechtfertigt ist. Diese Garantie besteht auch für die Kosten der Pflege eines gesunden Säuglings bei erneuter Spitaleinweisung der Mutter innerhalb von sechs Wochen nach der Niederkunft.

2. Zusätzliche Pflegeleistungen

1. Ambulante Behandlung

Der Versicherte kann für KVG-anerkannte ambulante Leistungen unter den vom Versicherer anerkannten Leistungserbringer frei wählen. Der Versicherer übernimmt einen prozentualen Beitrag an die Differenz zwischen dem am Wohn- oder Arbeitsort des Versicherten vorgesehenen Tarif und dem Sitz oder Wohnsitz des Leistungserbringers geltenden Tarif.

2. Limitierte Arzneimittel

Der Versicherer leistet einen prozentualen Kostenbeitrag an Arzneimittel, die nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernommen werden, davon ausgenommen sind pharmazeutischen Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV).

3. Nichtkassenpflichtige Arzneimittel

Der Versicherer leistet einen prozentualen Kostenbeitrag an Arzneimittel, die in keiner offiziellen Liste (SL, ALT) enthalten sind und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden, davon ausgenommen sind pharmazeutische Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV).

4. Badekuren in der Schweiz

Der Versicherer übernimmt einen Beitrag an die Behandlungskosten sowie an die Unterkunft- und Verpflegungskosten bei einer in der Schweiz erfolgten Thermalkur in einem vom Versicherer anerkannten Heilbad. Die Leistungen werden vergütet, sofern sie medizinisch notwendig und vorgängig von einem Arzt verordnet worden sind. Ein entsprechendes Kostengutsprachege such muss mindestens 20 Tage vor Antritt der Kur zusammen mit dem Verordnungsschreiben des Arztes beim Versicherer eingereicht werden.

5. Erholungskuren nach Spitalaufenthalt

Der Versicherer übernimmt einen Beitrag an die Behandlungskosten sowie an die Unterkunft- und Verpflegungskosten für Erholungskuren in einer durch den Versicherer anerkannten schweizerischen Kuranstalt, sofern die Kur nach einem Spitalaufenthalt ärztlich angeordnet worden ist. Ein entsprechendes Kostengutsprachege such muss zusammen mit dem Verordnungsschreiben des Arztes mindestens 20 Tage vor Antritt der Kur beim Versicherer eingereicht werden.

6. Haushaltshilfe

Auf vorgängiges Gesuch des Versicherten leistet der Versicherer einen Beitrag an die Kosten für die medizinisch notwendige Anstellung einer Familienhilfe, die einer anerkannten Organisation für Heim-Krankenpflege angehört und anstelle des Versicherten die täglichen Hausarbeiten erledigt. Alle anderen Kosten (z. B. Grossreinemachen usw.) sind davon ausgenommen.

7. Brillen und Kontaktlinsen

Der Versicherer beteiligt sich an den Kosten für medizinische Brillen oder Kontaktlinsen, die in der Schweiz oder im Ausland gekauft wurden und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden. Die Kostenbeteiligung wird bis zum vollendeten 18. Lebensjahr höchstens einmal pro Kalenderjahr, ab dem 19. Lebensjahr alle drei Jahre ausgerichtet.

8. Hilfsmittel

An die Kosten von Miete und Kauf von ärztlich angeordneten orthopädischen Geräten und Hilfsmitteln (Zahnprothesen ausgenommen) leistet der Versicherer nach Massgabe der von ihm erstellten Liste einen prozentualen Beitrag.

9. Freiwillige Sterilisierung

Der Versicherer übernimmt einen Anteil an die Kosten für den Eingriff, bis zu maximal drei Tagen.

10. Korrektur der Ohrstellung (ästhetische Chirurgie)

Für Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr leistet der Versicherer einen prozentualen Anteil an die Kosten für den Eingriff zur Korrektur abstehender Ohren als Folge einer seit Geburt bestehenden Anomalie. Diese Leistung wird nur vergütet, wenn sie auf ärztliche Verordnung erfolgt und mit dem Ziel einhergeht, psychologische Störungen des Versicherten zu behandeln oder zu verhindern.

11. Zahnbehandlungen

Für Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr leistet der Versicherer einen prozentualen Anteil an Zahnbehandlungen, sofern diese von einem eidgenössisch diplomierten Zahnarzt oder Zahntechniker erbracht und nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden. Die Kosten für Zahnbehandlungen werden gemäss offiziellem UVG-Tarif vergütet (Nomenklatur und Taxpunktwert).

12. Kieferorthopädische Behandlungen

Für Versicherte bis zum vollendeten 20. Lebensjahr übernimmt der Versicherer einen prozentualen Anteil an die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen (inklusive Laborkosten), sofern diese von einem KVG- anerkannten Leistungserbringer erbracht werden.

13. Nichtärztliche Psychotherapeuten und selbstständige Psychologen

Der Versicherer leistet einen Kostenbeitrag an ärztlich verordnete Behandlungen durch nichtärztliche Psychotherapeuten und selbstständige Psychologen. Dieser Leistungsanspruch verfällt, wenn die Leistungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernommen werden.

14. Transportkosten

Der Versicherer entrichtet einen Beitrag an die Kosten von medizinisch notwendigen Transporten bis zum nächstgelegenen Spital oder zum nächsten Arzt, die durch eine versicherte Krankheit oder einen versicherten Unfall verursacht und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden. Dieser Beitrag wird nur für Transporte per Ambulanz oder Helikopter erbracht.

Kosten für öffentliche Verkehrsmittel (Bahn, Bus) sind ebenfalls gedeckt, sofern der Transport durch eine ambulante Behandlung bedingt ist welche dazu dient einen Spitalaufenthalt zu vermeiden.

15. Such- und Rettungsaktionen

Der Versicherer leistet einen Beitrag an unvorhergesehene Such- und Rettungsaktionen, deren Ziel es ist, den Versicherten aus einer nachweisbaren Notlage zu befreien oder zu vermeiden, dass sein Zustand sich rasch und schwerwiegend verschlechtert.

3. Prävention

1. Ärztliche Zweitmeinung

Der Versicherer leistet einen Kostenanteil für die Erstellung einer ärztlichen Zweitmeinung durch einen vom Versicherer anerkannten Arzt, die vor einer Spitaleinweisung eingeholt wird. Die Bezeichnung «Zweitmeinung» oder «second opinion» muss auf der Honorarrechnung ersichtlich sein.

2. Impfungen

Der Versicherer leistet einen prozentualen Anteil an Impfkosten, die in der Verordnung über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) zwar nicht vorgesehen, in der Schweiz aber notwendig sind; er leistet des Weiteren einen prozentualen Anteil an Kosten für Impfungen, die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) bei einer Reise ins Ausland empfohlen werden.

3. Präventivtests (Elisa oder HIV)

Der Versicherer leistet einen Kostenanteil an Präventivtests, sofern sie von anerkannten Leistungserbringern verordnet und durchgeführt werden.

4. Check-up

Der Versicherer leistet maximal alle drei Jahre einen Kostenanteil an Check-ups, sofern diese von einem vom Versicherer anerkannten Arzt durchgeführt werden.

5. Jährliche Zahnkontrolle

Der Versicherer leistet einen Kostenanteil an die jährliche Präventivkontrolle, sofern diese von einem eidgenössisch diplomierten Zahnarzt durchgeführt wird und nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt ist.

6. Ernährungsberatung

Der Versicherer leistet einen Kostenanteil für maximal drei Beratungssitzungen innert drei Jahren, sofern diese durch einen vom Versicherer anerkannten Ernährungsberater durchgeführt werden.

7. Gynäkologische Präventivkontrollen

Der Versicherer leistet einen prozentualen Anteil an Kosten für gynäkologische Präventivkontrollen, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden.

8. Ultraschalluntersuchungen und Mammografien

Der Versicherer leistet einen Kostenbeitrag für Ultraschalluntersuchungen und Mammografien, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder von kantonalen Präventivprogrammen nicht übernommen werden.

9. Einmaliges Stillgeld

Der Versicherer entrichtet ein einmaliges Stillgeld, sofern die Wöchnerin ihr Kind während mindestens 30 Tagen stillt und diese Stilldauer vom Arzt oder von der Hebamme bestätigt wird. Bei Mehrlingsgeburten wird das Stillgeld für jedes Kind ausgerichtet.

10. Gesundheitsförderung

Für Massnahmen zur Gesundheitsförderung im Bereich Rückenschule und für Leistungen zum Tabak- oder Alkoholentzug im Rahmen einer Kur in einer anerkannten Anstalt leistet der Versicherer einen Anteil an die Kosten, sofern diese durch einen vom Versicherer anerkannten Leistungserbringer in Rechnung

gestellt werden. Der Kostenbeitrag beläuft sich auf den im Anhang der vorliegenden Bedingungen vermerkten Maximalbetrag. Sollten in einem gleichen Kalenderjahr mehrere gesundheitsfördernde Massnahmen durchgeführt werden, beträgt die maximale Leistung insgesamt Fr. 500.–.

4. Notfallbehandlungen im Ausland

Wenn ein Versicherter im Ausland erkrankt oder einen Unfall erleidet, so vergütet der Versicherer die Kosten der gemäss KVG anerkannten ambulanten und stationären Behandlungen und in Ergänzung dazu, jedoch maximal Fr. 100'000.– pro Kalenderjahr. Ohne vorgängige Zustimmung des Versicherers werden freiwillige Behandlungen im Ausland nicht vergütet.

5. Groupe Mutuel Assistance

Der Versicherer vergütet die von der Groupe Mutuel Assistance (Kategorie ASS) vorgesehenen Leistungen (Rückführung in die Schweiz und Transport bei einem Schadenfall ausserhalb eines Umkreises von 20 km ab Wohnort des Versicherten, dies sowohl innerhalb als auch ausserhalb der Schweiz).

Art. 4 Option «Alternativmedizin»

Der Versicherte hat die Möglichkeit, gegen einen Prämienzuschlag die unter Artikel 3 dieser Besonderen Bedingungen erwähnten Leistungen zu ergänzen und seine Deckung auf folgende zusätzliche Leistungen auszudehnen:

Der Versicherer leistet einen Kostenbeitrag an die untenstehenden Therapien, sofern sie von einem eidgenössisch diplomierten Arzt oder einem vom Versicherer anerkannten Naturheilpraktiker durchgeführt werden (die Kostenbeteiligung beinhaltet ebenso die von besagten Leistungserbringern verschriebenen Arzneimittel der Alternativmedizin, sofern diese von Swissmedic gestützt auf das Heilmittelgesetz (HMG) anerkannt sind).

Der Versicherer behält sich das Recht vor, gewisse Naturheilpraktikerinnen und Naturheilpraktiker auszuschliessen. Der Versicherte hat sich vor Beginn einer Therapie darüber zu erkundigen, ob der gewünschte Therapeut vom Versicherer anerkannt ist.

Liste der Alternativmedizin:

Naturheilverfahren

Akupunktur, Aromatherapie, Aurikulotherapie, Bioresonanz, Biotherapie, Chromotherapie, Colon-Hydro-Therapie, Elektroakupunktur, Geobiologie, Heilkräuter, Homöopathie, Iridologie, Lasertherapie, Magnetismus, Magnetotherapie, Moratherapie, Sauerstofftherapie, Phytotherapie, Schröpfen, Sympathikotherapie

Manuelle Therapien

Akupressur, anthroposophische Medizin, Ätiopathie, autogenes Training, Eurythmie, Fasciatherapie, Haltungstherapie, Kinesiologie, manuelle Lymphdrainage, Massagen, Mesotherapie, Metamorphose, Orthobionomie, Osteopathie, Polarity, Posturale Integration, Reflexologie, Reiki, Rolfing, Shiatsu, Trager, Wiederherstellung des energetischen Gleichgewichts

Psychotherapie

Biodynamik, Rebirthing, Sophrologie, Tomatis-Methode

Jeder freiwillige Wechsel der Therapieform oder des Therapeuten im Lauf der Behandlung bedarf der vorgängigen Zustimmung des Versicherers.

Art. 5 Leistungsumfang

Die in Artikel 3 und 4 dieser Bedingungen genannten Leistungen werden gemäss den Beschränkungen und Maximalbeträgen ausgerichtet, die im Anhang dieser Besonderen Versicherungsbedingungen GB festgelegt sind und integraler Bestandteil davon bilden.

Art. 6 Leistungsanspruch

1. Der Leistungsanspruch des Versicherten beginnt mit dem Inkrafttreten des Versicherungsvertrages.
2. Die in Artikel 4 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen (Option «Alternativmedizin») genannten Leistungen sind gedeckt, sofern die Versicherungspolice dies ausdrücklich erwähnt.
3. Die Leistungen werden nach Behandlungsdatum auf die pro Kalenderjahr versicherte Leistungssumme angerechnet. Kosten, die nach der Erschöpfung des Anspruchs anfallen, können nicht auf das Folgejahr übertragen werden.
4. Im Umfang dieser Versicherungsbedingungen vergütet der Versicherer die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Kosten, sofern die Leistungen von einem Arzt oder einer ordnungsgemäss zugelassenen und vom Versicherer anerkannten Person erbracht werden. Die durch diese Bestimmungen geregelte Versicherung darf in keinem Fall dazu genutzt werden, den gesetzlichen Selbstbehalt und die ordentliche Franchise der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der Zusatzversicherungen zu decken.

Art. 7 Franchise

Auf die unter Artikel 4 beschriebenen Leistungen (Option «Alternativmedizin») wird ab dem 1. Januar nach Vollendung des 18. Altersjahrs des Versicherten eine Franchise von Fr. 230.– erhoben.

Art. 8 Prämie

Versicherte, die im Jahresverlauf das Höchstalter ihrer Altersgruppe erreichen, werden auf Beginn des nächsten Kalenderjahrs automatisch in die nächsthöhere Altersklasse umgeteilt. Es gelten folgende Altersklassen:

- 0 bis 18 Jahre
- 19 bis 25 Jahre
- Ab dem 26. Altersjahr werden die Altersklassen in Abständen von fünf Jahren unterteilt.

Art. 9 Prämienrabatt

1. Jeder Versicherte hat Anspruch auf einen Rabatt von 25% auf die Prämie des Basismoduls, sofern die gemäss Artikel 3 ausgerichteten Leistungen in der Referenzperiode den Maximalbetrag von Fr. 150.– nicht überschreiten.

2. Bei Versicherten mit der Option «Alternativmedizin» wird der Prämienzusatz für die Leistungen von Artikel 4 um 50% gesenkt, sofern die vergüteten Leistungen für Alternativmedizin (nach Abzug der allfälligen Franchise) während der Referenzperiode den Maximalbetrag von Fr. 150.– nicht überschreiten.
3. Als Referenzperiode gilt der Zeitraum vom 1. Juli bis 30. Juni. Ausschlaggebend für die Zuordnung zur Referenzperiode ist das Datum der Leistungsvergütung durch den Versicherer.
4. Der Rabatt ist auf der Versicherungspolice oder auf der Prämienansicht ersichtlich. Der Rabattanspruch wird jedes Jahr neu beurteilt.
5. Hat der Versicherer während der Referenzperiode Leistungen von mindestens Fr. 150.– oder mehr ausgerichtet, so erlischt der Rabattanspruch des Versicherten (vgl. Punkt 1 und 2) per Beginn des neuen Versicherungsjahres. Mutterschaftsleistungen werden bei der Bestimmung des Rabattanspruchs nicht angerechnet.
6. Das Erlöschen des Rabattanspruchs aufgrund Leistungsfreiheit stellt keinen Kündigungsgrund dar.

Art. 10 Pflichten des Versicherten

Unter Vorbehalt von Notfällen im Sinn von Artikel 3.4 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen obliegen dem Versicherten folgende Pflichten:

- Der Versicherte hat sich vor einem Spitalaufenthalt zu vergewissern, ob das gewünschte Spital, die Spitalabteilung oder die gewünschte Klinik vom Versicherer anerkannt ist.
- Der Versicherte hat sich vor einer Behandlung zu vergewissern, ob der gewünschte Therapeut oder die gewünschte Therapeutin vom Versicherer anerkannt ist.

Anhang

Leistungsart	Global AMB
Spitalaufenthalt in der Schweiz	allgemeine Abteilung in der ganzen Schweiz
Kosten für Spitalbegleitung	Fr. 600.– pro Kalenderjahr
Ambulante Behandlung (freie Arztwahl schweizweit)	90% der Tarifizuschläge, unlimitiert
Limitierte Medikamente	90%, Verschreibung unlimitiert
Nichtkassenpflichtige Arzneimittel	90%, Verschreibung unlimitiert
Thermalkuren in der Schweiz	Fr. 80.– pro Tag, max. Fr. 800.– pro Kalenderjahr
Erholungskuren nach Spitalaufenthalt	Fr. 50.– pro Tag, max. 30 Tage pro Kalenderjahr
Haushaltshilfe	Fr. 80.– pro Tag, max. Fr. 800.– pro Kalenderjahr
Brillen und Kontaktlinsen	Fr. 200.– innert drei Jahren (bei Kindern bis und mit 18 Jahren pro Kalenderjahr)
Hilfsmittel	90%, max. Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr
Freiwillige Sterilisation	90%, während maximal drei Tagen
Korrektur der Ohrstellung	90%
Zahnbehandlung	50%, max. Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr
Kieferorthopädische Behandlung	50%, max. Fr. 12'000.– pro Versicherter
Nichtärztliche Psychotherapeuten und selbstständige Psychologen	Fr. 40.– pro Sitzung, max. Fr. 800.– pro Kalenderjahr
Transportkosten	max. Fr. 5'000.– pro Kalenderjahr
Such- und Rettungsaktionen	max. Fr. 50'000.– pro Kalenderjahr
Ärztliche Zweitmeinung (vor Spitaleinweisung)	90%, unlimitiert
Impfungen	90%, max. Fr. 150.– pro Kalenderjahr
Präventivtests (HIV, Elisa)	Fr. 50.– pro Kalenderjahr
Check-up (alle drei Jahre)	90%, unlimitiert
Jährliche Zahnkontrolle	Fr. 75.– pro Kalenderjahr
Ernährungsberatung	Fr. 50.– max. pro Sitzung (max. drei Beratungen innert drei Jahren)
Gynäkologische Vorsorgekontrolle	90%, Anzahl Kontrollen unlimitiert
Ultraschalluntersuchungen und Mammografien	90%, Anzahl Kontrollen unlimitiert
Einmaliges Stillgeld	Fr. 100.– pro Kind
Gesundheitsförderung: Rückenschule, Leistungen zum Tabak- und Alkoholentzug	50%, max. Fr. 500.– pro Kalenderjahr
Notfälle im Ausland	max. Fr. 100'000.– pro Kalenderjahr
Groupe Mutuel Assistance	im Notfall in der Schweiz und im Ausland

Wenn die Versicherungspolice es ausdrücklich vorsieht:

Max. Fr. 10'000.– pro Kalenderjahr, Jahresfranchise Fr. 230.– ab 19 Jahren:

Alternativmedizin	max. Fr. 75.– pro Sitzung
Arzneimittel der Alternativmedizin	90%