

## Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global confort

GCGA01-A7 – Ausgabe 01.07.2000

### Inhaltsverzeichnis

<b>Art. 1</b>	Aufnahmebedingungen	<b>Art. 5</b>	Franchisen
<b>Art. 2</b>	Versicherte Leistungen	<b>Art. 6</b>	«LeClub»-Vorteile
<b>Art. 3</b>	Leistungsumfang	<b>Art. 7</b>	Prämie
<b>Art. 4</b>	Leistungsanspruch		

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

### Art. 1 Aufnahmebedingungen

- Der Zusatzversicherung Global confort können Personen bis zum vollendeten 55. Altersjahr beitreten.
- Versicherte von 0 bis 18 Jahren, d. h. bis zum 31. Dezember des Jahrs ihres 18. Geburtstags, können die in Art. 2 Ziff. 2.2 unter der Bezeichnung Global junior umschriebenen Zusatzleistungen beziehen.
- Ab 1. Januar des Jahrs nach Vollendung seines 55. Altersjahrs kann der Versicherte die in Art. 2 Ziff. 2.3 unter der Bezeichnung Global senior umschriebenen Zusatzleistungen beziehen.
- Wenn eine Person bereits bei einem anderen Versicherer über eine mit der Global confort-Versicherung vergleichbare Deckung verfügt und momentan bei diesem anderen Versicherer nicht kündigen kann, hat sie die Möglichkeit, der Global confort-Versicherung beizutreten und somit ausschliesslich die in Art. 2 Ziff. 2.4 unter der Bezeichnung Global temporis umschriebenen Leistungen zu beziehen.

### Art. 2 Versicherte Leistungen

#### 1. Global confort

Folgende Leistungen werden in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht:

##### 1. Spitalaufenthalt

###### 1. Versicherungsklasse

- Allgemeine Abteilung  
freie Wahl der allgemeinen Abteilung in einer anerkannten schweizerischen Heilanstalt für Allgemeinpflege und psychiatrische Pflege von Akutpatienten
- Klasse confort in der allgemeinen Abteilung  
gemäss gewählter Variante, Zusatz für Unterkunftskosten und Verpflegungskosten für Zwei- oder Einbettzimmer in einem durch den Versicherer anerkannten Spital  
ärztliche Behandlung auf der allgemeinen Abteilung ohne freie Arztwahl  
Die Verfügbarkeit in den Spitälern bleibt vorbehalten.

#### 2. Leistungen

##### a. Allgemeines

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

##### b. Spitalaufenthalt im Ausland

Einem Versicherten, der im Ausland erkrankt oder verunfallt und stationär behandelt wird, gewährt der Versicherer im Rahmen der gewählten Leistungsklasse höchstens Fr. 500.– pro Tag während maximal 60 Tagen pro Kalenderjahr.

Ohne vorgängige Bewilligung des Versicherers werden die freiwilligen Behandlungen im Ausland nicht übernommen.

##### 3. Umfang und Dauer der Leistungen

Die Leistungen der Spitalversicherung werden vorbehältlich der folgenden Bestimmungen übernommen:

- Der Versicherer übernimmt die vom KVG anerkannten Behandlungskosten, die Unterkunftskosten und Verpflegungskosten und die Arzthonorare gemäss Vertrag oder kantonaler Tarifordnung oder gemäss einem anderen mit dem Versicherer abgeschlossenen Vertrag.
- Wird der Versicherte in ein Spital eingewiesen, mit dem der Versicherer in Bezug auf die Unterkunftskosten und Verpflegungskosten sowie die Behandlungskosten (inkl. Arzthonorare) kein Tarifabkommen abgeschlossen hat, werden dem Versicherten im Rahmen der gewählten Klasse Fr. 200.– pro Tag gewährt.
- Die Wahl des Spitals in der Klasse confort beschränkt sich auf die vom Versicherer anerkannten Einrichtungen.
- 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.

- e. Der Leistungsanspruch erlischt, sobald der Kranke nicht mehr als Akutpatient gilt.
- f. Nach einem Spitalaufenthalt von 60 Tagen im Verlauf eines Kalenderjahrs in einer psychiatrischen Heilanstalt werden aus der Spitalversicherung keine Leistungen mehr ausgerichtet.
- g. Nach einem Spitalaufenthalt von 90 Tagen im Verlauf eines Kalenderjahrs werden die Versicherungsleistungen nicht mehr erbracht. Die Dauer der im Ausland oder in einer psychiatrischen Heilanstalt erbrachten Leistungen (60 Tage) werden auf die vorerwähnten 90 Tage angerechnet.

#### 4. Pflichten des Versicherten

Vor jedem Spitalaufenthalt hat sich der Versicherte zu erkundigen, ob das Spital, die Spitalabteilung oder Klinik, wo er sich behandeln lassen will, zu den vom Versicherer anerkannten Heilanstalten gehört.

## 2. **Pflegezusatz**

Der Versicherer gewährt folgende Leistungen im Rahmen von Art. 3 (vgl. Tabelle):

#### 1. Limitierte Arzneimittel

den vorgesehenen Kostenanteil an Arzneimitteln, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden, jedoch mit Ausnahme der Medikamente der Liste der pharmazeutischen Präparate zulasten der Versicherten (LPPV)

#### 2. Nicht kassenpflichtige Arzneimittel

den vorgesehenen Kostenanteil an Arzneimitteln, die in keiner amtlichen Liste (SL-ALT) enthalten sind und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden, jedoch mit Ausnahme der Medikamente der LPPV

#### 3. Komplementärmedizin

Der Versicherer übernimmt die folgenden Therapien, sofern sie von einem eidgenössisch diplomierten Arzt oder einem vom Versicherer anerkannten Naturheilpraktiker durchgeführt werden.

Der Versicherer behält sich das Recht vor, bestimmte Naturheilpraktiker auszuschliessen. Der Versicherer stellt den Versicherten eine Liste der Praktiker, deren Leistungen vom Versicherer vergütet werden, zur Verfügung.

Vor jeder Behandlung muss sich der Versicherte erkundigen, ob der Therapeut, bei dem er sich behandeln lassen wird, anerkannt ist.

### **Liste der Komplementärmedizin**

#### Naturheilverfahren

Akupunktur, Aromatherapie, Aurikulothérapie, Bioresonanz, Biotherapie, Chromotherapie, Colon-Hydro-Therapie, Elektroakupunktur, Ernährungsberatung, Geobiologie, Heilkräuter, Homöopathie, Iridologie, Lasertherapie, Magnetismus, Magnettherapie, Mora-Therapie, Phytotherapie, Sauerstofftherapie, Schröpfen, Sympathikotherapie

#### Manuelle Therapien

Akupressur, anthroposophische Medizin, Ätiopathie, autogenes Training, Eurythmie, Fasciatherapie, Haltungstherapie, Kinesiologie, manuelle Lymph-drainage, Massagen, Mesotherapie, Metamorphose, Orthobionomie, Osteopathie, Polarity,

Reflexologie, Reiki, Rolfing, Shiatsu, Trager, Wiederherstellung des energetischen Gleichgewichts

#### Psychotherapie

Biodynamik, Rebirthing, Sophrologie, Tomatis-Therapie

– Jeder freiwillige Wechsel der Therapieform oder des Praktikers im Lauf der Behandlung bedarf der vorgängigen Bewilligung des Versicherers.

– Die Leistungen im Bereich der Sophrologie werden vergütet, sofern die Behandlungen von einem Arzt, einem ärztlichen, SSV-diplomierten Sophrologen oder einem nicht ärztlichen, aber SSV-diplomierten Sophrologen durchgeführt werden.

#### 4. Badekuren in der Schweiz

Beitrag an die Behandlungskosten bei Badekuren sowie ein Kostenbeitrag an Erholungskuren wird in anerkannten Kuranstalten, aber höchstens während 30 Tagen pro Kalenderjahr gewährt. Ein Bewilligungsgesuch mit der ärztlichen Kurverordnung muss dem Versicherer spätestens 20 Tage vor Kurantritt eingereicht werden.

#### 5. Badekuren im Ausland

Beitrag an die Behandlungskosten bei Badekuren im Ausland, die medizinisch notwendig sind und vom Versicherer vorgängig bewilligt worden sind. Das Bewilligungsgesuch mit der ärztlichen Kurverordnung muss dem Versicherer spätestens 20 Tage vor Kurantritt eingereicht werden.

#### 6. Tarifzuschläge

Bei ambulanten Behandlungen in der Schweiz wird die Differenz zwischen dem am Wohn- oder Arbeitsort des Versicherten geltenden Tarif und dem am Wohnort des Leistungserbringers geltenden Tarif gedeckt.

#### 7. Entschädigung für persönliche Unkosten bei einem Spitalaufenthalt

Gegen Vorlage eines Rechnungsbelegs wird eine einmalige Entschädigung pro Spitalaufenthalt von mehr als acht Tagen ausgerichtet.

#### 8. Rooming-in

Bei einem Spitalaufenthalt des Versicherten übernimmt der Versicherer die Kosten der Belegung eines Spitalbetts durch einen Familienangehörigen, sofern diese Massnahme medizinisch begründet ist.

#### 9. Haushalthilfe und Unterbringungskosten

Auf vorgängiges Gesuch des Versicherten werden folgende Kosten vergütet:

– der Prozentsatz der Kosten für die medizinisch notwendige Anstellung einer Familienhilfe, die für eine amtliche Stelle in Vertretung des Versicherten die täglichen Hausarbeiten erledigt. Alle anderen Kosten sind davon ausgenommen (Grossreinemachen usw.).

– die Kosten für eine vorübergehende Unterbringung von Familienangehörigen, die mit dem Versicherten in gemeinsamem Haushalt leben, wenn der Versicherte aus medizinischen Gründen in ein Spital eingewiesen werden muss. Die vorübergehende Unterbringung der Familienangehörigen muss bei einer offiziellen Institution erfolgen.

10. Brillen und Kontaktlinsen  
den vorgesehenen Kostenbeitrag für den Kauf von medizinischen Brillen oder Kontaktlinsen in der Schweiz oder im Ausland, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden
  11. Hilfsmittel  
die Kosten für die Miete und den Kauf von ärztlich angeordneten orthopädischen Geräten und Hilfsmitteln (Zahnprothesen ausgenommen) werden nach Massgabe der vom Versicherer für die Rückerstattung der Kosten erstellten Liste übernommen.
  12. Geburtsvorbereitung in Kursen  
den vorgesehenen Beitrag an die Kurskosten für Schwangerschaftsgymnastik oder Geburtsvorbereitung, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden
  13. Einmaliges Stillgeld  
ein 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.
  14. Ultraschalluntersuchungen und Mammografien  
den vorgesehenen Betrag für Ultraschalluntersuchungen und Mammografien, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden
  15. Impfungen  
die Kosten der Impfungen, die in der Krankenpflege-Leistungsverordnung nicht enthalten und in der Schweiz notwendig sind, sowie die Kosten der bei einer Wegreise ins Ausland angeordneten Schutzimpfungen
  16. Elisa- oder HIV-Test  
Der Versicherer leistet einen jährlichen Kostenbeitrag an Vorsorgetests, sofern diese auf ärztliche Anordnung hin von anerkannten Leistungserbringern durchgeführt werden.
  17. Freiwillige Sterilisation  
den vorgesehenen Kostenanteil für den Eingriff
  18. Unfallbedingte Zahnbehandlungen  
den vorgesehenen Betrag für Zahnbehandlungen, die von einem eidgenössisch diplomierten Zahnarzt oder Zahntechniker durchgeführt und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden. Die Zahnbehandlungskosten werden nach offiziellem UVG-Tarif vergütet (Nomenklatur und Taxpunktwert).
  19. Krankheitsbedingte Zahnpflege  
den vorgesehenen Betrag für die Zahnpflege, die von einem eidgenössisch diplomierten Zahnarzt durchgeführt und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen wird. Die Zahnpflegekosten werden nach offiziellem UVG-Tarif vergütet (Nomenklatur und Taxpunktwert).
  20. Transportkosten  
Der Versicherer gewährt einen Kostenbeitrag an Transporte nach einer Krankheit oder einem gedeckten Unfall bis zur nächstgelegenen Heilanstalt oder zum nächsten Arzt, sofern diese medizinisch notwendig sind und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden. Dieser Beitrag wird nur für Transporte mit Ambulanz, Helikopter oder bei Such- und Rettungsaktionen erbracht.  
Die Kosten der öffentlichen Verkehrsmittel (Bahn, Bus) sind ebenfalls gedeckt, sofern der Transport aufgrund einer ambulanten Behandlung notwendig ist und dadurch ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann.
  21. Nicht ärztliche Psychotherapeuten und selbstständige Psychologen  
Der Versicherer übernimmt die Kosten für ärztlich verordnete Behandlungen durch nicht ärztliche Psychotherapeuten und selbstständige Psychologen.
3. **Groupe Mutuel Assistance**  
die im Service-Programm der Groupe Mutuel Assistance vorgesehenen Leistungen (Repatriierung und Transport bei einem Schadenfall ausserhalb eines Umkreises von 20 km ab Wohnort des Versicherten)
  4. **Sterbegeld**  
Ein Sterbegeld von Fr. 2'000.– bei Tod infolge Krankheit oder Unfalls wird den Anspruchsberechtigten nach dem Tod des Versicherten ausgerichtet, sofern dieser mindestens das vollendete 3. Altersjahr und höchstens das vollendete 55. Altersjahr erreicht hat.  
Dem Versicherer ist der Todesschein oder jedes andere als notwendig erachtete Dokument einzureichen.  
Der Versicherer ist berechtigt, allfällige vom Verstorbenen geschuldete Beträge (Prämien, Kostenbeteiligungen usw.) vom Sterbegeld zugunsten der Anspruchsberechtigten abzuziehen.  
Der Anspruch auf das Sterbegeld erlischt ohne weiteres nach einer Frist von zwei Jahren ab Todesdatum, wenn die Todesurkunde dem Versicherer nicht eingereicht wird.
2. **Global junior**  
**Zusatzleistungen**
    - a. Betreuung von kranken Kindern zuhause  
In Abweichung von Art. 1 Abs. 2 wird diese Leistung bis zum vollendeten 12. Altersjahr erbracht. Die Leistungen werden erbracht, wenn die Betreuung durch eine Person erfolgt, die einer vom Versicherer anerkannten Organisation angehört und die Eltern eine berufliche Tätigkeit ausser Haus ausüben.
    - b. Mitgliederbeitrag für eine sportliche Tätigkeit  
Gegen Vorlage eines Rechnungsbelegs wird eine Beteiligung am Aktivmitgliederbeitrag eines vom Versicherer anerkannten Sportclubs oder Vereins ausgerichtet.
  3. **Global senior**  
**Zusatzleistungen**
    - a. Palliativpflege  
Der Versicherer leistet einen Beitrag im Rahmen der Palliativpflege, d. h. alle medizinischen und pflegerischen Massnahmen, die den vor dem Tod stehenden Personen zuhause durch das Fachpersonal einer vom Versicherer anerkannten Institution erbracht werden.  
Ein vorgängiges Gesuch ist an den Versicherer zu richten, der im Einzelfall den Umfang des gewährten Beitrags bestimmt. Letzterer wird unter Berücksichtigung der gesamten Kosten der Behandlungen, die ein Ver-

bleib zuhause ermöglichen, festgelegt.

- b. Revitalisierungsaufenthalte  
Der Versicherer leistet einen jährlichen Beitrag an Revitalisierungsaufenthalte in Anstalten, die vom Versicherer anerkannt sind und ein ausführliches Programm in diesem Bereich anbieten.
- c. Ernährungsberatungen und -kurse  
Der Versicherer leistet einen jährlichen Beitrag an Ernährungsberatungen und -kursen, die vom Versicherer anerkannt sind.

#### **4. Global temporis**

- a. Global temporis erbringt den bei einem anderen Versicherer für eine vergleichbare Deckung versicherten Personen vorübergehend Leistungen aus der Global confort-Versicherung.
- b. Die Global temporis umfasst die unter Ziff. 2.1.2, 2.1.3, 2.2 und 2.3 aufgeführten Pflegeleistungen; die unter Ziff. 2.1.1 (Spitalaufenthalt) und 2.1.4 (Sterbegeld) bezeichneten Leistungen sind ausgeschlossen.
- c. Die Leistungen der Global temporis entsprechen 30% der im Rahmen der Global confort gewährten Beiträge.
- d. Die Leistungen der Global temporis werden im Nachgang zu den Leistungen des anderen Versicherers ausgerichtet.
- e. Mit dem Beitritt zur Global temporis akzeptiert der Versicherer gleichzeitig die zukünftige Aufnahme des Versicherten ohne neue Prüfung des Gesundheitszustands in die Global confort-Versicherung auf das auf der Beitrittserklärung festgelegte Datum. Dieser Beitritt hat spätestens innert drei Jahren zu erfolgen.
- f. Die Beteiligung des Versicherers an den Franchisen und Selbsthalten anderer Versicherer ist ausgeschlossen.
- g. Während der Dauer der Global temporis wird die Prämie gegenüber jener der Global confort gekürzt.
- h. Beim Übertritt von der Deckung Global temporis in jene der Global confort und bei der sich daraus ergebenden Prämienanpassung ist die Bestimmung von AVZ Art. 29 Abs. 1 für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen, die dem Versicherten ein Kündigungsrecht zugesteht, nicht anwendbar.
- i. Die im Rahmen der Global temporis ausgerichteten Leistungen, deren Grenzen an eine bestimmte Periode gebunden sind, werden bei der Berechnung des Leistungsanspruchs nach dem Übertritt in die Versicherung Global confort berücksichtigt.

### **Art. 3 Leistungsumfang**

Die in Artikel 2 aufgeführten Leistungen werden im Umfang und bis zu den Höchstbeträgen gemäss Tabelle «Leistungsstufen Global confort» erbracht.

### **Art. 4 Leistungsanspruch**

1. Der Leistungsanspruch des Versicherten beginnt mit dem Inkrafttreten des Versicherungsvertrags.
2. Für Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Niederkunft entsteht der Leistungsanspruch nach 12 Versicherungsmonaten. Die in der Global temporis erfolgte Dauer zählt nicht als Versicherungsdauer.
3. Die Leistungen werden nach Behandlungsdatum auf die pro Kalenderjahr versicherte Leistungssumme angerechnet. Die nach der Erschöpfung des Anspruchs anfallenden Kosten können nicht auf das Folgejahr übertragen werden.
4. Im Umfang der in den vorliegenden Versicherungsbedingungen vorgesehenen Beiträge vergütet der Versicherer die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Kosten, wenn die Leistungen von einem Arzt oder einer ordnungsgemäss zugelassenen und vom Versicherer anerkannten Person erbracht werden. Die durch die vorliegenden Bestimmungen geregelte Versicherung darf in keinem Fall zur Deckung der gesetzlichen Selbstbehalte und Franchisen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und in den Zusatzversicherungen dienen.

### **Art. 5 Franchisen**

Den Versicherten stehen folgende Möglichkeiten offen:

- ohne Franchise
- Franchise von Fr. 150.– pro Kalenderjahr

Für die Dauer der Global temporis wird nur die Versicherung ohne Franchise abgeschlossen.

### **Art. 6 «LeClub»-Vorteile**

Mit seinem Beitritt zur Global confort-Versicherung profitiert der Versicherte namentlich von den folgenden «LeClub»-Vergünstigungen:

1. Rabatte in Hotels  
In den Hotels, die in einer vom Versicherer geführten Liste enthalten sind, werden Rabatte gewährt.
2. Rabatte in Drogerien, Apotheken oder anderen Geschäften  
In den Drogerien, Apotheken oder anderen Geschäften, die in einer vom Versicherer geführten Liste enthalten sind, werden Rabatte gewährt.

### **Art. 7 Prämie**

Der Versicherte, der im Jahresverlauf das Höchstalter seiner Altersgruppe erreicht, wird 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: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren

Art der Leistung	Global 1	Global 2	Global 3	Global 4
<b>Limitiert kassenpflichtige Medikamente</b>	70% max. Fr. 800.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 800.–/Kalenderjahr	90%, unbegrenzte Verordnungen	90%, unbegrenzte Verordnungen
<b>Nicht kassenpflichtige Medikamente</b>	70% max. Fr. 800.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 800.–/Kalenderjahr	90%, unbegrenzte Verordnungen	90%, unbegrenzte Verordnungen
<b>Komplementärmedizin</b>	Fr. 70.– max./Sitzung, bis Fr. 2'000.–/Kalenderjahr	Fr. 70.– max./Sitzung, bis Fr. 2'000.–/Kalenderjahr	Fr. 70.– max./Sitzung, bis Fr. 3'000.–/Kalenderjahr	Fr. 70.– max./Sitzung, bis Fr. 6'000.–/Kalenderjahr
<b>Badekuren in der Schweiz</b>	60% max. Fr. 300.–/Kalenderjahr	60% max. Fr. 300.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 500.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 750.–/Kalenderjahr
<b>Erholungskuren</b>	Fr. 20.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr	Fr. 20.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr	Fr. 25.– pro Tag, max. 30 Tage pro Kalenderjahr	Fr. 25.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr
<b>Erholungskuren nach Spitalaufenthalt</b>	Fr. 40.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr	Fr. 40.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr	Fr. 50.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr	Fr. 50.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr
<b>Badekuren im Ausland</b>	keine Leistungen	keine Leistungen	50% max. Fr. 500.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr
<b>Tarifizuschläge</b>	keine Leistungen	Fr. 600.–/Kalenderjahr	Fr. 800.–/Kalenderjahr	Fr. 1'000.–/Kalenderjahr
<b>Entschädigung der persönlichen Unkosten bei Spitalaufenthalt</b>	Fr. 100.–/Fall	Fr. 100.–/Fall	Fr. 200.–/Fall	Fr. 200.–/Fall
<b>Rooming-in</b>	Fr. 500.–/Kalenderjahr	Fr. 500.–/Kalenderjahr	Fr. 600.–/Kalenderjahr	Fr. 700.–/Kalenderjahr
<b>Haushaltspflege und Unterbringungskosten</b>	70% max. Fr. 1'500.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 1'500.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 2'500.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 3'000.–/Kalenderjahr
<b>Brillen und Kontaktlinsen</b>	Fr. 100.– alle drei Jahre	Fr. 100.– alle drei Jahre	Fr. 150.– alle drei Jahre	Fr. 200.– alle drei Jahre
<b>Hilfsmittel</b>	70% max. Fr. 300.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 300.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr
<b>Geburtsvorbereitungskurse</b>	Fr. 150.–/Schwangerschaft	Fr. 150.–/Schwangerschaft	Fr. 150.–/Schwangerschaft	Fr. 150.–/Schwangerschaft
<b>Einmaliges Stillgeld</b>	Fr. 100.–/Kind	Fr. 100.–/Kind	Fr. 100.–/Kind	Fr. 100.–/Kind
<b>Ultraschall und Mammographie</b>	90%, unbeschränkte Anzahl Untersuchungen	90%, unbeschränkte Anzahl Untersuchungen	90%, unbeschränkte Anzahl Untersuchungen	90%, unbeschränkte Anzahl Untersuchungen
<b>Impfungen</b>	70% max. Fr. 150.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 150.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 200.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 250.–/Kalenderjahr
<b>Elisa- oder HIV-Test</b>	Fr. 50.–/Kalenderjahr	Fr. 50.–/Kalenderjahr	Fr. 50.–/Kalenderjahr	Fr. 50.–/Kalenderjahr
<b>Freiwillige Sterilisation</b>	60% max. Fr. 300.–	80% max. Fr. 300.–	80% max. Fr. 400.–	80% max. Fr. 500.–
<b>Unfallbedingte Zahnbehandlungskosten</b>	60% max. Fr. 4'000.–/Fall	80% max. Fr. 4'000.–/Fall	80% max. Fr. 6'000.–/Fall	80% max. Fr. 8'000.–/Fall
<b>Krankheitsbedingte Zahnbehandlungskosten</b>	60% max. Fr. 100.– alle 3 Jahre	80% max. Fr. 100.– alle 3 Jahre	80% max. Fr. 150.– alle 3 Jahre	80% max. Fr. 200.– alle 3 Jahre
<b>Transportkosten</b>	60% max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 2'500.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 5'000.–/Kalenderjahr
<b>Nicht ärztliche Psychotherapeuten und selbstständige Psychologen</b>	60% max. Fr. 600.–/Kalenderjahr	70% max. Fr. 600.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 700.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 800.–/Kalenderjahr
<b>Spitalaufenthalt in der Schweiz</b>	allgemeine Abteilung ganze Schweiz	allgemeine Abteilung ganze Schweiz	allgemeine Abteilung ganze Schweiz	allgemeine Abteilung ganze Schweiz
<b>Spitalaufenthalt im Ausland</b>	Fr. 500.–/Tag	Fr. 500.–/Tag	Fr. 500.–/Tag	Fr. 500.–/Tag
<b>Todesfallrisiko</b>	Fr. 2'000.– bei Tod infolge Unfalls oder Krankheit	Fr. 2'000.– bei Tod infolge Unfalls oder Krankheit	Fr. 2'000.– bei Tod infolge Unfalls oder Krankheit	Fr. 2'000.– bei Tod infolge Unfalls oder Krankheit
<b>Groupe Mutuel Assistance</b>	Unterstützung, Betreuung und Repatriierung bei medizinischen Notfällen auf Reisen und im Ausland			
<b>Global junior (0-18 Jahre)</b>				
<b>Kinderbetreuung zuhause</b>	Fr. 200.–/Kalenderjahr	Fr. 250.–/Kalenderjahr	Fr. 300.–/Kalenderjahr	Fr. 300.–/Kalenderjahr
<b>Mitgliederbeitrag für eine sportliche Tätigkeit</b>	Fr. 30.–/Kalenderjahr	Fr. 30.–/Kalenderjahr	Fr. 30.–/Kalenderjahr	Fr. 30.–/Kalenderjahr
<b>Global senior (ab 56 Jahren)</b>				
<b>Palliativpflege</b>	90% max. Fr. 2'000.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 2'500.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 3'000.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 3'000.–/Kalenderjahr
<b>Revitalisierungsaufenthalte</b>	Fr. 300.–/Kalenderjahr	Fr. 300.–/Kalenderjahr	Fr. 300.–/Kalenderjahr	Fr. 300.–/Kalenderjahr
<b>Diätberatungen, Diätkurse</b>	50% max. Fr. 150.–/Kalenderjahr	50% max. Fr. 200.–/Kalenderjahr	50% max. Fr. 250.–/Kalenderjahr	50% max. Fr. 250.–/Kalenderjahr