

Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global classic

GI

GIGA02-A7 – Ausgabe 01.11.2008

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Zweck der Versicherung	Art. 6	Leistungsumfang
Art. 2	Aufnahmebedingungen	Art. 7	Leistungsanspruch
Art. 3	Gedeckte Risiken	Art. 8	Prämien
Art. 4	Versicherte Leistungen – Basismodul	Art. 9	Familienbonus – Basismodul
Art. 5	Versicherte Leistungen – Option «plus»	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 spezifische Leistungen in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss KVG zu erbringen.

Art. 2 Aufnahmebedingungen

Alle Personen können der Versicherung ohne Altersbegrenzung beitreten.

Art. 3 Gedeckte Risiken

Die Leistungen der Versicherung «Global classic» werden bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft gewährt.

Art. 4 Versicherte Leistungen – Basismodul

1. Spitalaufenthalt in der Schweiz

1. Versicherungsklasse

Bei stationärem Spitalaufenthalt (länger als 24 Stunden) in

- einer Spitaleinrichtung,
- einer psychiatrischen Einrichtung oder
- einer Rehabilitationseinrichtung

hat der Versicherte schweizweit freie Wahl der Einrichtung und ist für die allgemeine Abteilung gedeckt.

2. Spitaleinrichtungen

Für eine Kostenübernahme der unter Punkt 1.1 erwähnten Leistungen müssen die Spitaleinrichtungen im Sinn des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) anerkannt sein (Spitäler mit kantonalem Leistungsauftrag) oder einen Tarifvertrag mit der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG abgeschlossen haben.

3. Umfang und Dauer der Leistungen bei Spitalaufenthalt

Die Leistungen werden unter Vorbehalt folgender Bestimmungen übernommen:

- Der Versicherer übernimmt die vom KVG anerkannten Behandlungskosten, Spitalaufenthaltskosten und Ärzthonorare gemäss Abkommen mit dem Versicherer oder kantonaler Tarifregelung.
- Die Spitalleistungen sind auf die akute Phase der Krankheit beschränkt. Sobald die Krankheit nicht mehr als akut betrachtet wird, insbesondere bei der Behandlung von stabilisierten oder chronischen Leiden, oder falls der Spitalaufenthalt nicht zur Verbesserung des Gesundheitszustands dient, erlischt der Anspruch auf Leistungen.

4. Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung

Der Leistungsanspruch bei Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung ist auf 90 Tage pro Kalenderjahr beschränkt.

5. Organtransplantationen

Im Rahmen der vorliegenden Versicherung gibt es bei Organtransplantationen, für die der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer in Solothurn (SVK) eine Fallpauschale vereinbart hat, keine Versicherungsdeckung (diese Kosten werden von der OKP übernommen). Diese Regelung gilt auch für Spitaleinrichtungen, für die keine Fallpauschale vereinbart worden ist.

6. Rechte und Pflichten des Versicherten bei Spitalaufenthalt

Der Versicherte ist verpflichtet, sich zu erkundigen, ob die Spitaleinrichtung oder die Klinik, in der er sich behandeln lassen wird, vom Versicherer anerkannt ist.

2. Zusatzleistungen

1. Limitiert kassenpflichtige und nicht kassenpflichtige Medikamente

Der Versicherer übernimmt 90% der Kosten für limitiert kassenpflichtige und nicht kassenpflichtige Medika-

mente (die auf keiner offiziellen Liste stehen), die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen werden. Davon ausgenommen sind pharmazeutische Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV – Liste auf www.lppv.ch abrufbar).

2. **Badekuren in der Schweiz**

Der Versicherer übernimmt Fr. 80.– pro Tag, maximal jedoch Fr. 800.– pro Jahr, der Behandlungs- und Unterkunftskosten bei einer Badekur in vom Versicherer anerkannten Kureinrichtungen gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV).

Die Leistungen werden gewährt, wenn sie medizinisch notwendig sind und von einem Arzt verordnet werden. Ein Bewilligungsgesuch und die ärztliche Kurverordnung müssen spätestens 20 Tage vor Kurantritt beim Versicherer eingereicht werden.

3. **Erholungskuren nach Spitalaufenthalt**

Der Versicherer übernimmt Fr. 50.– pro Tag für die Behandlung und Unterkunft bei Erholungskuren in vom Versicherer anerkannten Kureinrichtungen, sofern die Kur nach einem Spitalaufenthalt verordnet wurde.

Die Leistungen werden gewährt, wenn sie medizinisch notwendig sind und von einem Arzt verordnet werden. Ein Bewilligungsgesuch und die ärztliche Kurverordnung müssen spätestens 20 Tage vor Kurantritt beim Versicherer eingereicht werden.

Die Leistungsdauer ist auf 30 Tage pro Kalenderjahr beschränkt.

4. **Begleitungskosten bei Spitalaufenthalt**

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

Die Kostenübernahme ist auf Fr. 600.– pro Kalenderjahr beschränkt. Diese Garantie beinhaltet ebenfalls die Pflegekosten für das gesunde Neugeborene bei erneutem Spitalaufenthalt der Mutter innert zehn Wochen nach der Niederkunft.

5. **Haushaltshilfe und Unterbringungskosten**

Der Versicherer übernimmt Fr. 80.– pro Tag der Kosten für die medizinisch notwendige Anstellung einer Familienhilfe, die einer amtlichen Stelle angehört und in Vertretung des Versicherten die täglichen Hausarbeiten erledigt. Alle anderen Kosten sind davon ausgenommen (Grossreinigung, usw.).

Der Versicherer übernimmt Fr. 80.– pro Tag der Kosten für eine vorübergehende Unterbringung der Familienmitglieder, die mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt leben, wenn der Versicherte aus medizinischen Gründen in ein Spital eingewiesen werden muss. Die vorübergehende Unterbringung muss bei einer offiziellen Institution erfolgen.

Die Kostenübernahme für die oben erwähnten Leistungen zusammen ist auf Fr. 800.– pro Kalenderjahr beschränkt.

6. **Brillen und Kontaktlinsen**

Der Versicherer übernimmt Kosten für den Kauf von medizinischen Brillen oder Kontaktlinsen in der Schweiz oder im Ausland, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden. Die Kostenübernahme ist auf Fr. 150.– beschränkt.

Der Leistungsanspruch besteht bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ein Mal pro Kalenderjahr, ab dem 19. Lebensjahr alle drei Jahre.

7. **Hilfsmittel**

Der Versicherer übernimmt 90% der Kosten für die Miete und den Kauf von ärztlich angeordneten und für die Verrichtung der täglich anfallenden Arbeiten notwendigen orthopädischen Geräte und Hilfsmittel (Zahnprothesen ausgenommen) gemäss der vom Versicherer erstellten Liste.

Die Kostenübernahme ist auf Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr beschränkt.

8. **Freiwillige Sterilisation**

Der Versicherer übernimmt 90% der Kosten für den Eingriff, sofern dieser bei einem anerkannten Leistungserbringer durchgeführt wird.

9. **Ohrenkorrektur (ästhetische Chirurgie)**

Der Versicherer übernimmt 90% der Kosten bei Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensjahr für die Korrektur von abstehenden Ohren, sofern es sich dabei um ein Geburtsgebrechen handelt. Die Leistung wird nur übernommen, wenn der Eingriff ärztlich empfohlen wurde, um psychologischen Störungen des Versicherten entgegenzuwirken oder diese zu verhindern.

10. **Nicht ärztliche Psychotherapeuten und selbstständige Psychologen**

Der Versicherer übernimmt pro Sitzung Fr. 40.– der Kosten für ärztlich verordnete Behandlungen durch nicht ärztliche Psychotherapeuten und selbstständige Psychologen.

Die Kostenübernahme ist auf Fr. 800.– pro Kalenderjahr beschränkt.

11. **Transportkosten**

Der Versicherer übernimmt 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 oder Helikopter 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.

Die Kostenübernahme ist auf Fr. 5'000.– pro Kalenderjahr beschränkt.

12. **Such- und Rettungsaktionen**

Der Versicherer leistet einen Beitrag an die Kosten für ungeplante Such- und Rettungsaktionen zur Lebensrettung des Versicherten in einer nachweisbaren Notsituation oder wenn dadurch eine schnelle, massive und folgenschwere Verschlechterung des Gesundheitszustands vermieden werden kann.

Die Kostenübernahme ist auf Fr. 50'000.– pro Kalenderjahr beschränkt.

13. **Impfungen**

Der Versicherer übernimmt 90% der Kosten für Impfungen, die in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) nicht enthalten und in der Schweiz notwendig sind, sowie die Kosten für Schutzimpfungen, die vom

Bundesamt für Gesundheit bei Reisen ins Ausland empfohlen werden.

Die Kostenübernahme ist auf Fr. 150.– pro Kalenderjahr beschränkt.

14. Vorsorgetests (Elisa oder HIV)

Der Versicherer übernimmt bis zu Fr. 50.– pro Kalenderjahr für Vorsorgetests, sofern diese auf ärztliche Anordnung hin von anerkannten Leistungserbringern durchgeführt werden.

15. Check-up

Der Versicherer übernimmt 90% der Kosten von Check-ups, die von einem vom Versicherer anerkannten Arzt durchgeführt werden, jedoch maximal einen Check-up alle drei Jahre.

16. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen

Der Versicherer übernimmt 90% der Kosten für gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden.

17. Ultraschalluntersuchungen und Mammographien

Der Versicherer übernimmt 90% der Kosten für Ultraschalluntersuchungen und Mammographien, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder den kantonalen Präventionsprogrammen nicht übernommen werden.

18. Einmaliges Stillgeld

Der Versicherer übernimmt ein Stillgeld von Fr. 100.–, 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.

19. Groupe Mutuel Assistance

Der Versicherer übernimmt die im Service-Programm der Groupe Mutuel Assistance vorgesehenen Leistungen, Kategorie ASS (Rückführung und Transport), bei einem Schadenfall in der Schweiz und im Ausland ausserhalb eines Umkreises von 20 km ab Wohnort des Versicherten.

Art. 5 Versicherte Leistungen – Option «plus»

Der Versicherte kann zusätzlich zu den in Artikel 4 dieser Besonderen Bedingungen erwähnten Leistungen gegen einen Prämienzuschlag die Option «plus» abschliessen. Mit der Option «plus» ist er zusätzlich für folgende Leistungen versichert:

1. Komplementärmedizin

Der Versicherer leistet einen Beitrag von 80% an die nachfolgend aufgelisteten Therapien, sofern sie von einem eidgenössisch diplomierten Arzt oder einem vom Versicherer anerkannten Naturheilpraktiker durchgeführt werden (darin eingeschlossen ist eine Kostenbeteiligung für komplementärmedizinische Medikamente, die von diesen Leistungserbringern verschrieben werden und von Swissmedic gemäss Heilmittelgesetz (HMG) anerkannt sind).

Der Versicherer behält sich das Recht vor, bestimmte Naturheilpraktiker auszuschliessen. Vor jeder Behandlung ist der Versicherte verpflichtet, sich zu erkundigen, ob der Therapeut, bei dem er sich behandeln lassen wird, vom Versicherer anerkannt ist.

Liste der Therapien der Komplementärmedizin:

Naturheilverfahren

Akupunktur, Aromatherapie, Aurikulothérapie, Bioresonanz, Biotherapie, Chromotherapie, Darmspülung, Elektroakupunktur, Geobiologie, Heilkräuter, Homöopathie, Iridologie, Lasertherapie, Magnetismus, Magnettherapie, Mora-Therapie, Phytotherapie, Sauerstofftherapie, Schröpfen, Symptomtherapie

Manuelle Therapien

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

Psychotherapie

Biodynamik, Rebirthing, Sophrologie, Tomatis-Methode
Jeder freiwillige Wechsel der Therapie oder des Therapeuten während der Behandlung muss vorgängig vom Versicherer genehmigt werden.

Die Kostenübernahme ist auf Fr. 10'000.– pro Kalenderjahr beschränkt.

Ab 1. Januar nach Vollendung des 18. Altersjahrs des Versicherten wird auf die vorgängig genannten Leistungen (Punkt 5.1) eine jährliche Franchise von Fr. 300.– angewandt.

2. Gesundheitsförderung

Der Versicherer übernimmt 50% der Kosten für Massnahmen zur Gesundheitsförderung in den folgenden Bereichen:

- Fitness
- Rückenschule
- Entwöhnungskuren bei Tabak- oder Alkoholsucht

Diese Massnahmen müssen von einem vom Versicherer anerkannten Leistungserbringer erbracht werden.

Die Kostenbeteiligung für Fitnessabonnemente beträgt maximal Fr. 200.–. Werden im gleichen Kalenderjahr mehrere Massnahmen zur Gesundheitsförderung in Anspruch genommen, beschränkt sich die maximale Kostenübernahme auf Fr. 500.–.

3. Ernährungsberatung

Der Versicherer übernimmt pro Sitzung Fr. 50.– der Kosten für Ernährungsberatungen, sofern diese von einem vom Versicherer anerkannten Leistungserbringer durchgeführt werden, maximal jedoch drei Beratungen in einem Zeitraum von drei Jahren.

4. Medizinische Zweitmeinung

Der Versicherer übernimmt 90% der Kosten für eine zweite ärztliche Meinung vor einer Spitaleinweisung, sofern diese von einem vom Versicherer anerkannten Arzt ausgestellt wurde. Die Bezeichnung «Zweitmeinung» oder «Second Opinion» muss auf der Honorarrechnung vermerkt sein.

Art. 6 Leistungsumfang

Die in Artikel 4 und 5 aufgeführten Leistungen werden im Umfang und bis zu den Höchstbeträgen gemäss Anhang dieses Reglements erbracht. Der Anhang ist integraler Bestandteil dieser Besonderen Bedingungen.

Art. 7 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.
3. Die in Artikel 5 aufgeführten Leistungen dieser Besonderen Bedingungen (Versicherte Leistungen Option «plus») sind nur gedeckt, wenn dies auf der Versicherungspolice ausdrücklich erwähnt ist.
4. Die Leistungen werden nach den Behandlungsdaten an die pro Kalenderjahr versicherten Beträge angerechnet. Die nach Anspruchsende anfallenden Kosten (bei zeitlich oder betragsmässig begrenzten Leistungen) können nicht auf das Folgejahr übertragen werden.
5. Im Umfang der in den vorliegenden Versicherungsbedingungen vorgesehenen Beiträgen vergütet der Versicherer die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Kosten, wenn die Leistungen von einem Arzt oder einer zugelassenen und vom Versicherer anerkannten Person erbracht werden. Die durch diese Bedingungen geregelte Versicherung darf in keinem Fall zur Deckung der gesetzlichen Selbstbehalte und Franchisen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und in den anderen Zusatzversicherungen dienen.

Art. 8 Prämien

Der Versicherte, der im Jahresverlauf das Höchstalter seiner Altersklasse erreicht, wird zu Beginn des folgenden Kalenderjahrs automatisch in die nächsthöhere Altersklasse umgeteilt. Es gelten folgende Altersklassen:

- 0 bis 18 Jahre
- 19 bis 25 Jahre
- ab dem 26. und bis zum 71. Altersjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren

Art. 9 Familienbonus – Basismodul

Auf die Prämie für Kinder bis 18 Jahre wird ein Familienbonus gewährt (Basismodul), wenn mindestens ein Elternteil und das Kind mit

- der Zusatzversicherung Global classic und
 - der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei einem der Groupe Mutuel angeschlossenen oder von ihr verwalteten Krankenversicherer, versichert ist.
- Der Betrag des Familienbonus erscheint auf der Versicherungspolice.

Art. 10 Pflichten des Versicherten

- Der Versicherte ist verpflichtet, sich vor jedem Spitalaufenthalt zu erkundigen, ob die Spitaleinrichtung, die Abteilung der Spitaleinrichtung oder die Klinik, in der er sich behandeln lassen wird, vom Versicherer anerkannt ist.
- Vor jeder Behandlung ist der Versicherte verpflichtet, sich zu erkundigen, ob der Therapeut, von dem sich der Versicherte behandeln lassen wird, vom Versicherer anerkannt ist.

Anhang

Versicherte Leistungen – Basismodul	
Spitalaufenthalt in der Schweiz	allgemeine Abteilung in der ganzen Schweiz
Limitiert kassenpflichtige und nicht kassenpflichtige Medikamente	90%, unbeschränkte Anzahl Verordnungen
Badekuren in der Schweiz	max. Fr. 80.– pro Tag, max. Fr. 800.– pro Kalenderjahr
Erholungskuren nach Spitalaufenthalt	max. Fr. 50.– pro Tag, max. 30 Tage pro Jahr
Begleitungskosten bei Spitalaufenthalt	max. Fr. 600.– pro Kalenderjahr
Haushaltshilfe und Unterbringungskosten	max. Fr. 80.– pro Tag, max. Fr. 800.– pro Jahr
Brillen und Kontaktlinsen	Fr. 150.– alle 3 Jahre (für Kinder bis 18 Jahre pro Kalenderjahr)
Hilfsmittel	90%, max. Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr
Freiwillige Sterilisation	90%, unbeschränkt
Ohrenkorrektur	90%, unbeschränkt
Nicht ärztliche 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
Impfungen	90%, max. Fr. 150.– pro Kalenderjahr
Vorsorgetests	Fr. 50.– pro Kalenderjahr
Check-up	90%, alle 3 Jahre
Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen	90%, unbeschränkte Anzahl Untersuchungen
Ultraschalluntersuchungen und Mammographien	90%, unbeschränkte Anzahl Untersuchungen
Einmaliges Stillgeld	Fr. 100.– pro Kind
Unterstützung bei Notfällen in der Schweiz und im Ausland	Groupe Mutuel Assistance
Versicherte Leistungen – Option «plus»	
Komplementärmedizin*	80%, max. Fr. 10'000.– pro Kalenderjahr
Gesundheitsförderung: Fitness, Rückenschule, Leistungen für Tabak- und Alkoholentwöhnungskuren	50%, max. Fr. 500.– pro Kalenderjahr (Fitness 50%, max. Fr. 200.– pro Kalenderjahr)
Ernährungsberatung	Fr. 50.– pro Sitzung (max. 3 Beratungen im Zeitraum von 3 Jahren)
Medizinische Zweitmeinung	90%, unbeschränkt

* unterliegt ab 19 Jahren einer jährlichen Franchise von Fr. 300.–