

Kollektiv-Krankenversicherung

Kundeninformationen und Allgemeine Versicherungsbedingungen

Arbeitnehmende

Kollektiv-Krankenversicherung

- Taggeld
- Mutter- und Vaterschaftsversicherung in Ergänzung zur EO
- Lohnnachgenuss im Todesfall

Selbstständigerwerbende und ihre mitarbeitenden Familienangehörigen

Kollektiv-Krankenversicherung

- Taggeld

Unfallversicherung

- Heilungskosten
- Taggeld
- Invaliditätskapital
- Todesfallkapital

Ausgabe 01.2022

Kundeninformationen

Was Sie über Ihre Kollektiv-Krankenversicherung wissen sollten

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde

Sie haben sich für ein Produkt der Mobiliar entschieden, der ältesten privaten Versicherung der Schweiz. Wir danken Ihnen herzlich für Ihr Vertrauen und sind bestrebt, Sie vor Abschluss Ihrer Kollektiv-Krankenversicherung umfassend über den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrags zu informieren.

Die nachstehenden Kundeninformationen geben Ihnen dabei einen Überblick und Antworten auf Ihre wichtigsten Fragen. Sie enthalten Vereinfachungen und ersetzen nicht die Police oder die in diesem Dokument aufgeführten Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

1. Wer sind wir?

Versicherungsträger sind:

- Die Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG, ein genossenschaftlich verankertes Unternehmen der Gruppe Mobiliar mit Hauptsitz an der Bundesgasse 35 in 3001 Bern;
- Die Protekta Rechtsschutz-Versicherung AG, eine Gesellschaft der Gruppe Mobiliar mit Sitz an der Monbijoustrasse 5 in 3011 Bern;
- Die Mobi24 AG, eine Gesellschaft der Gruppe Mobiliar mit Sitz an der Bundesgasse 35 in 3001 Bern.

2. Welches ist der Umfang des Versicherungsschutzes?

Die Kollektiv-Krankenversicherung ist eine individuelle auf Ihre Bedürfnisse abgestimmte Versicherungslösung, inklusive Servicepaket mit zusätzlichen Dienstleistungen. Sie dient der wirtschaftlichen Absicherung der versicherten Personen gegen die Folgen von Krankheit. Zusätzlich, sofern vertraglich vereinbart, dient die Unfallversicherung für Selbstständigerwerbende und ihre mitarbeitenden Familienangehörigen deren wirtschaftlichen Absicherung gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten.

Die Kollektiv-Krankenversicherung und die Unfallversicherung für Selbstständigerwerbende und ihre mitarbeitenden Familienangehörigen gelten als Schadensversicherungen. Ausnahmen bilden das Invaliditäts- und Todesfallkapital der Unfallversicherung, die als Summenversicherung gelten.

2.1 Unser Angebot in der Kollektiv-Krankenversicherung für Arbeitnehmende umfasst:

- **Taggeld**
Das Taggeld wird für jeden Kalendertag einer ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 Prozent erbracht. Der Anspruch entsteht nach Ablauf der vertraglichen Wartezeit und unter der Bedingung, dass die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt noch zum versicherten Personenkreis gehört.
- **Mutterschaftsversicherung in Ergänzung zu einer gesetzlichen Mutterschaftsversicherung**
Ist eine Mutterschaftsversicherung gemäss Police mitversichert, bezahlt die Mobiliar die vereinbarten Leistungen für jede Niederkunft, für die Leistungen aus einer gesetzlichen Mutterschaftsversicherung erbracht werden.
- **Vaterschaftsversicherung in Ergänzung zu einer gesetzlichen Erwerbsausfallversicherung**
Ist eine Vaterschaftsversicherung gemäss Police mitversichert, bezahlt die Mobiliar die vereinbarten Leistungen für jede Niederkunft, für die Leistungen aus einer gesetzlichen Vaterschaftsversicherung erbracht werden.
- **Lohnnachgenuss im Todesfall**
Stirbt eine versicherte Person an den Folgen einer versicherten Krankheit, bezahlt die Mobiliar auf der Basis des versicherten Lohns den vom Versicherungsnehmer an die Hinterlassenen auszurichtenden Lohnnachgenuss im Sinne von Artikel 338 Absatz 2 des Obligationenrechts (OR).

2.2 Unser Angebot in der Kollektiv-Krankenversicherung für Selbstständigerwerbende und ihre mitarbeitenden Familienangehörigen umfasst:

- **Taggeld**
Das Taggeld wird für jeden Kalendertag einer ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 Prozent erbracht. Der Anspruch entsteht nach Ablauf der vertraglichen Wartezeit und unter der Bedingung, dass die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt noch zum versicherten Personenkreis gehört.

2.3 Unser Angebot in der Unfallversicherung für Selbstständigerwerbende und ihre mitarbeitenden Familienangehörigen umfasst:

■ Heilungskosten

Pflegeleistungen und Kosten, die unbeschränkt übernommen werden, bezahlt die Mobiliar innerhalb von fünf Jahren nach Eintritt des versicherten Ereignisses ohne betragliche Begrenzung. Danach werden für diese Leistungen, sowie für Leistungen, die zu den genannten Höchstbeträgen vergütet werden, pro versichertes Ereignis insgesamt noch CHF 500 000 bezahlt.

Die Heilungskosten werden nur in Ergänzung und im Nachgang zu den Leistungen gemäss KVG, UVG, IVG oder MVG übernommen. Kosten, die bereits durch einen anderen Versicherer bezahlt werden sowie Leistungskürzungen gemäss KVG oder UVG werden nicht übernommen.

■ Taggeld

Das Taggeld wird für jeden Kalendertag einer ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 Prozent erbracht. Der Anspruch entsteht nach Ablauf der Wartefrist.

■ Invaliditätskapital

Hat das versicherte Ereignis eine voraussichtlich bleibende Beeinträchtigung der Gesundheit zur Folge, bezahlt die Mobiliar das versicherte Invaliditätskapital. Dieses bemisst sich nach der Versicherungssumme, dem Invaliditätsgrad und der gewählten Leistungsstufe (LS). Das Kapital wird ausbezahlt, sobald der Invaliditätsgrad festgestellt ist.

■ Todesfallkapital

Stirbt eine versicherte Person an den Folgen eines versicherten Unfalls, bezahlt die Mobiliar den Anspruchsberechtigten das vereinbarte Todesfallkapital.

3. Welches sind die wichtigsten Deckungsausschlüsse?

Nicht versichert sind zum Beispiel:

In der Kollektiv-Krankenversicherung

- Unfälle und deren Folgen;
- Berufskrankheiten, die von der obligatorischen Unfallversicherung gemäss UVG übernommen werden;
- Folgen von kosmetischen Eingriffen;
- Folgen von kriegerischen Ereignissen.

In der Unfallversicherung

- Krankheiten;
- Unfälle mit Motorfahrzeugen/Motorbooten bei der Teilnahme an Rennen, Rallyes und ähnlichen Wettfahrten Fahrten auf Rennstrecken, Trainingsgeländen, Rundkursen sowie bei allen Wettbewerben im Gelände. Fahrsicherheitstrainings sind versichert, wenn sie ausschliesslich der Sicherheit im ordentlichen Strassenverkehr dienen, keinen Renncharakter haben und ohne Zeitmessung erfolgen;
- Unfälle infolge offener Trunkenheit oder missbräuchlicher Verwendung von Medikamenten, Drogen oder Chemikalien;
- Folgen von kriegerischen Ereignissen.

4. Was beinhaltet das exklusive Servicepaket?

Wir handeln verlässlich, rasch und kompetent und unterstützen Sie sowie alle versicherten Personen mit:

- Beratung und Betreuung durch Ihren persönlichen Versicherungsberater vor Ort;
- Schadenerledigung durch den Schadenservice Ihrer Generalagentur – persönlich und unkompliziert;
- Jurline – Sie erhalten kostenlos und telefonisch erste juristische Rechtsauskünfte jeglicher Art;
- Case Management;
- Absenzenmanagement;
- Elektronische Meldung Ihrer definitiven Lohnsummen über das Kundenportal (mobiliar.ch/meinemobiliar) oder direkt aus Ihrem swissdec-zertifizierten Lohnbuchhaltungssystem mittels einheitlichem Lohnmeldeverfahren (ELM).

5. Wo ist der Umfang des Versicherungsschutzes festgehalten?

Der Umfang des von Ihnen gewünschten Versicherungsschutzes richtet sich nach dem Inhalt Ihres Antrags respektive Ihrer Police, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den allfälligen Besonderen Bedingungen und den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG).

6. Welches sind die wichtigsten Pflichten?

Ihre Pflichten ergeben sich aus Ihrem Antrag respektive Ihrer Police, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den allfälligen Besonderen Bedingungen und den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Daraus folgt insbesondere:

- Sie müssen die Fragen im Antrag und zu Ihrer Gesundheit wahrheitsgetreu und vollständig beantworten, ansonsten können wir den Versicherungsvertrag kündigen, versicherte Personen aus dem Versicherungsvertrag ausschliessen, Leistungen verweigern oder zurückfordern.
- Sie müssen uns während der Laufzeit des Versicherungsvertrags eintretende Änderungen der im Antrag deklarierten und für die Risikobeurteilung erheblichen Tatsachen umgehend anzeigen.
- Sie orientieren als Arbeitgeber die versicherten Personen mittels Merkblatt (Beilage zur Police) über den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrags, dessen Änderungen und Auflösung sowie das Übertrittsrecht in die Einzelversicherung.
- Die Prämien sind bei Fälligkeit zu bezahlen. Die Nichtbezahlung trotz Mahnung bewirkt, dass kein Versicherungsschutz besteht. Selbst wenn Sie nach erfolgter Mahnung die Prämie bezahlen, müssen wir für in der Zwischenzeit eingetretene Schäden unter Umständen keine Leistungen erbringen.
- Tritt ein versicherter Schadenfall ein, müssen Sie uns diesen innert 30 Tagen melden. Wir sind auf Ihre Mitarbeit angewiesen, damit wir Sie und die versicherten Personen im Schadenfall optimal unterstützen können.

7. Welche Leistungen erbringt die Mobiliar?

Die von der Mobiliar zu erbringenden Leistungen ergeben sich aus dem Inhalt des Antrags respektive der Police, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den allfälligen Besonderen Bedingungen und den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG).

8. Welche Prämien sind geschuldet?

Die Höhe der geschuldeten Prämie hängt insbesondere vom beitragspflichtigen AHV-Lohn (inkl. AHV-Freibetrag) bis zu dem im Vertrag festgesetzten Höchstlohn, vom vereinbarten Jahreslohn und von den gewählten Leistungen ab. Zusätzlich sind der individuelle und kollektive Schadenverlauf sowie eine allfällig vereinbarte Überschussbeteiligung massgebend.

Wurde eine Überschussbeteiligung vereinbart, erhält der Versicherungsnehmer erstmals nach Ablauf der Beobachtungsperiode einen allfälligen Überschuss aus seinem Versicherungsvertrag. Von den auf die Beobachtungsperiode entfallenden Prämien (ohne die Prämien für die Invalidenrente) werden der sich aus dem vereinbarten Prozentsatz ergebende Betrag für Verwaltungskosten und Risikozuschlag und die Leistungen für Schäden (ohne Invalidenrenten), die während der Beobachtungsperiode eingetreten sind, abgezogen. Vom allfällig verbleibenden Überschuss erhält der Versicherungsnehmer den vereinbarten Anteil. Der Verwaltungskosten- und Risikozuschlaganteil sowie der Überschussanteil sind in der Police aufgeführt. Der Anspruch auf eine Überschussbeteiligung erlischt, wenn der Versicherungsvertrag vor Ende der Beobachtungsperiode aufgehoben wird.

Vorbehalten bleibt eine allfällige Minimalprämie.

Die Prämie wird einmal im Jahr erhoben; andere Zahlungsarten sind gegen Zuschlag möglich. Einzelheiten ergeben sich aus Ihrer Police.

Bei vorzeitiger Aufhebung der Kollektiv-Krankenversicherung erstatten wir Ihnen grundsätzlich die nicht verbrauchte Prämie zurück.

9. Was gilt betreffend Laufzeit und Aufhebung des Versicherungsvertrags?

Angaben über die vereinbarte Laufzeit entnehmen Sie Ihrem Antrag respektive nach Vertragsabschluss Ihrer Police. Die zeitliche Geltung des Versicherungsschutzes umfasst alle Ereignisse, die während der Vertragslaufzeit eintreten. In der Krankentaggeldversicherung, der Mutterschaftsversicherung in Ergänzung zur EO und dem Lohnnachgenuss besteht für Schäden infolge eines solchen Ereignisses, die erst nach Beendigung des Versicherungsvertrags eintreten, kein Leistungsanspruch. Bezieht eine versicherte Person beim Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis oder bei Beendigung des Versicherungsvertrags bereits Leistungen, bleibt der Anspruch auf Nachleistungen im Rahmen der vertraglichen Bestimmungen bestehen.

Ist der Unfall in der Unfallversicherung für Selbstständigerwerbende und ihre mitarbeitenden Familienangehörigen während der Vertragsdauer eingetreten, werden die Leistungen auch nach dem Vertragsende ausgerichtet. Es gilt die zeitliche Beschränkung für das Todesfallkapital. Vorbehalten bleiben zudem die jeweiligen Bestimmungen über die maximale Leistungshöhe und Leistungsdauer sowie das Schlussalter.

Nachfolgend finden Sie die wichtigsten Aufhebungsmöglichkeiten:

- Sie können den Versicherungsvertrag bis spätestens drei Monate vor Ablauf der vereinbarten Dauer kündigen. Unternehmen Sie nichts, verlängert sich der Vertrag jeweils stillschweigend um ein Jahr, damit Sie nicht plötzlich ungewollt ohne Versicherungsschutz sind.
- Auf das Ende des dritten oder jedes darauffolgenden Versicherungsjahrs können beide Parteien den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten kündigen.
- In den ersten zwei Jahren nach der Pflichtverletzung können Sie den Versicherungsvertrag kündigen, sofern wir vor dessen Abschluss unsere Informationspflichten nicht nachgekommen sind. Ihre Kündigung müssen Sie innerhalb von vier Wochen ab Kenntnis der Informationspflichtverletzung geltend machen.
- Sie können den Versicherungsvertrag kündigen, sofern wir auf den Beginn eines neuen Versicherungsjahrs die Prämie zu Ihren Ungunsten anpassen. Die Kündigung ist gültig, wenn sie spätestens am letzten Tag des Versicherungsjahrs bei uns eintrifft.
- Bei einer wesentlichen Gefahrsminderung sind Sie berechtigt, den Versicherungsvertrag innerhalb von vier Wochen zu kündigen.
- Wenn Sie beim Abschluss keine Kenntnis vom Entstehen einer Mehrfachversicherung gehabt haben, können Sie den Versicherungsvertrag innert vier Wochen seit der Entdeckung der Mehrfachversicherung kündigen.
- Aus wichtigem Grund können Sie und wir jederzeit den Versicherungsvertrag kündigen.
- Nach Eintritt eines ersatzpflichtigen Schadens können beide Parteien den Versicherungsvertrag kündigen.
- Wenn Sie bei der Aufnahme des Antrags eine Frage unrichtig beantwortet oder etwas verschwiegen haben, können wir den Versicherungsvertrag kündigen und für in der Zwischenzeit eingetretene Schadenfälle unter Umständen keine Leistungen erbringen, oder für bereits erbrachte Leistungen Rückforderungen geltend machen.
- Die Mobiliar kann die Versicherung bei betrügerischer Begründung des Versicherungsanspruchs kündigen.
- Die Aufgabe der Geschäftstätigkeit oder die Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland führt zur Aufhebung des Versicherungsvertrags.

10. Was gilt Punkto Datenschutz?

Die Mobiliar hält sich bei der Bearbeitung von Personendaten an das schweizerische Datenschutzrecht. Daten, die sich aus dem Versicherungsverhältnis oder der Schadenerledigung ergeben, werden von der Mobiliar bearbeitet und insbesondere für die Bestimmung der Prämien, zur Risikoabklärung, zur Bearbeitung von Versicherungsfällen, für gruppen-eigene Marketingzwecke (z.B. Marktforschung, Erstellung von Kundenprofilen) sowie zur Pflege und Dokumentation von bestehenden und künftigen Kundenbeziehungen verwendet. Gespräche mit unserer Mobi24 AG können zur Sicherstellung einer einwandfreien Serviceleistung sowie zu Schulungszwecken aufgezeichnet werden. Die Daten können sowohl physisch wie elektronisch aufbewahrt werden. Nicht mehr benötigte Daten werden gelöscht, soweit gesetzlich zulässig.

Falls zur Vertragsabwicklung oder Schadenbehandlung erforderlich, wird die Mobiliar die Daten an die an der Versicherung beteiligten Dritten im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer und an die Gesellschaften der Gruppe Mobiliar zur Datenbearbeitung bekannt geben, die an der Abwicklung des Versicherungsverhältnisses beteiligt sind.

Die Mobiliar wird einem allfälligen Mit- oder Nachversicherer entsprechende Auskünfte erteilen und beim Vorversicherer oder bei Dritten sachdienliche Auskünfte zum bisherigen Schadenverlauf einholen, insbesondere zur Risikoabklärung und zur Bestimmung der Prämien; dies kann auch besonders schützenswerte Personendaten oder Persönlichkeitsprofile betreffen. Dies gilt auch dann, wenn der Versicherungsvertrag nicht zustande kommt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Inhaltsübersicht

Artikel	Seite	Artikel	Seite
Allgemeine Bestimmungen		Leistungen	
A Grundlagen der Versicherung	8	L Allgemeines	12
1 Versicherungsträger	8	1 Schadensversicherung	12
2 Zweck	8	2 Grobfahrlässigkeit	12
3 Rechtsgrundlagen	8	3 Massgebendes Einkommen und Berechnung der Leistungen	12
4 Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen	8	4 Kürzung der Entschädigung	13
5 Beauftragung eines Dritten	8	5 Leistungen Dritter	13
B Abschluss der Versicherung	8	6 Auslandsaufenthalt bei laufendem Schadenfall	13
1 Anzeigepflicht	8	7 Quellensteuer	13
2 Beginn und Ablauf des Versicherungsvertrags	8	M Kollektiv-Krankenversicherung	13
3 Police	8	1 Taggeld für Selbstständigerwerbende, mitarbeitende Familienangehörige und Arbeitnehmende	13
C Änderung der Versicherung	8	2 Mutterschaftsversicherung in Ergänzung zur EO für Arbeitnehmerinnen	14
1 Prämienanpassung	8	3 Lohnnachgenuss im Todesfall für Arbeitnehmende	14
2 Leistungsanpassung	8	4 Nachleistungen	14
3 Gefahrserhöhung und Gefahrminderung	8	5 Allgemeine Deckungsausschlüsse in der Kollektiv-Krankenversicherung	14
D Aufhebung der Versicherung	9	6 Freizügigkeit für Arbeitnehmende	14
1 Kündigung	9	N Unfallversicherung für Selbstständigerwerbende und ihre mitarbeitenden Familienangehörigen	15
2 Betrügerische Begründung des Versicherungsanspruchs	9	1 Heilungskosten	15
3 Aufgabe der Geschäftstätigkeit oder Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland	9	2 Taggeld	16
E Prämienabrechnung	9	3 Invaliditätskapital	16
1 Fälligkeit	9	4 Todesfallkapital	17
2 Deklaration	9	5 Allgemeine Deckungsausschlüsse in der Unfallversicherung	17
F Überschussbeteiligung	10	6 Leistungen nach Beendigung des Versicherungsvertrags	18
G Meldepflichten und Obliegenheiten	10	Begriffe	
1 Allgemeines	10	1 Selbstständigerwerbende	18
2 Orientierung der versicherten Person	10	2 Mitarbeitende Familienangehörige	18
3 Zusätzliche Schadensversicherungen	10	3 Arbeitnehmende	18
4 Pflichten im Schadenfall	11	4 Krankheit	18
5 Allgemeines bei Vertragsverletzungen	11	5 Arbeitsunfähigkeit	18
H Gerichtsstand	11	6 Arzt	18
Versicherungsschutz		7 Pflegepersonal	18
I Versicherte Personen	12	8 Haushaltshilfen	18
J Örtlicher Geltungsbereich	12	9 Spital	18
K Beginn, Ruhen und Ende des Versicherungsschutzes für die einzelne versicherte Person	12	10 Kuranstalten	18
1 Beginn des Versicherungsschutzes	12	11 Schlussalter für das Taggeld	18
2 Ruhen des Versicherungsschutzes bei unbezahltem Urlaub für Arbeitnehmende	12		
3 Ende des Versicherungsschutzes	12		

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Allgemeine Bestimmungen

A Grundlagen der Versicherung

1 Versicherungsträger

Träger der Versicherung ist die Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG mit Sitz in Bern, nachfolgend Mobiliar genannt.

2 Zweck

Die Kollektiv-Krankenversicherung dient der Absicherung der versicherten Personen gegen die wirtschaftlichen Folgen von Arbeitsunfähigkeit bei Krankheit.

Die Mutterschaftsversicherung in Ergänzung zur gesetzlichen Mutterschaftsversicherung dient der Absicherung des Erwerbsausfalls für Arbeitnehmerinnen infolge Geburt.

Der Lohnnachgenuss im Todesfall infolge einer versicherten Krankheit dient der Absicherung des im Obligationenrecht gesetzlich festgelegten Lohnnachgenusses, der im Todesfall eines Arbeitnehmenden vom Versicherungsnehmer an die Hinterlassenen auszurichten ist.

Die Unfallversicherung dient der Absicherung des Selbstständigerwerbenden und seinen mitarbeitenden Familienangehörigen gegen die wirtschaftlichen Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten.

3 Rechtsgrundlagen

Grundlagen des Versicherungsvertrags bilden die Offerte, der Antrag, allfällige Gesundheitsdeklarationen, die Police mit allfälligen Nachträgen, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Besonderen Bedingungen sowie alle übrigen schriftlichen Erklärungen des Versicherungsnehmers und der versicherten Personen gegenüber der Mobiliar und den untersuchenden Ärzten.

Soweit nicht ausdrücklich etwas anderes vereinbart ist, gelten die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG).

4 Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen

Ungeachtet anderslautender Vertragsbestimmungen gewährt dieser Versicherungsvertrag keinen Versicherungsschutz oder sonstige Leistungen des Versicherers, soweit und solange anwendbare gesetzliche Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen entgegenstehen.

5 Beauftragung eines Dritten

Wird ein Dritter (z.B. Broker/Makler) vom Versicherungsnehmer beauftragt und bevollmächtigt, ist die Mobiliar berechtigt, die Korrespondenz (Anfragen, Anzeigen, Deklarationen, Willenserklärungen etc.) vom beauftragten Dritten entgegenzunehmen und diesem zuzustellen. Ist die Wirksamkeit einer Leistung oder Erklärung von der Mobiliar gegenüber dem Versicherungsnehmer von der Einhaltung einer Frist abhängig, so gilt diese mit Eingang beim beauftragten Dritten als gewahrt. Erklärungen und Mitteilungen vom Versicherungsnehmer, vertreten durch den beauftragten Dritten, gelten erst mit Eingang bei der Mobiliar als zugegangen.

Wenn ein beauftragter Dritter die Interessen des Versicherungsnehmers bei Abschluss oder Betreuung dieses Versicherungsvertrags wahrnimmt, so ist es möglich, dass die Mobiliar dem beauftragten Dritten für dessen Tätigkeit ein Entgelt bezahlt. Wünscht der Versicherungsnehmer nähere Informationen über den Umfang einer solchen Entschädigung, so kann er sich an den beauftragten Dritten wenden.

B Abschluss der Versicherung

1 Anzeigepflicht

Der Versicherungsnehmer sowie die versicherten Personen müssen der Mobiliar beim Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrags erhebliche Gefahrstatsachen, die sie kennen oder kennen müssen und über die sie schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, befragt wurden, richtig mitteilen.

Erheblich sind diejenigen Gefahrstatsachen, die geeignet sind, auf den Entschluss, die Versicherung überhaupt oder zu den vereinbarten Bedingungen abzuschliessen, einen Einfluss auszuüben.

2 Beginn und Ablauf des Versicherungsvertrags

Die Versicherung beginnt an dem in der Police genannten Datum und gilt für die in der Police vereinbarte Dauer. Sie verlängert sich danach jeweils stillschweigend um ein Jahr, sofern keine fristgerechte Kündigung erfolgt ist.

3 Police

Die in den Allgemeinen Vertragsbedingungen aufgeführten Versicherungsdeckungen sind mitversichert, sofern diese in der Police aufgeführt sind.

C Änderung der Versicherung

1 Prämienanpassung

Auf den Beginn eines neuen Versicherungsjahrs kann die Mobiliar die Prämien anpassen. Sie gibt die neuen Prämien spätestens 25 Tage vor Ende des Versicherungsjahrs bekannt.

Ist der Versicherungsnehmer mit der Änderung nicht einverstanden, kann er den Versicherungsvertrag kündigen. Die Kündigung ist gültig, wenn sie spätestens am letzten Tag des Versicherungsjahrs bei der Mobiliar eintrifft. Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Anpassung.

Änderungen der Prämien zu Gunsten des Versicherungsnehmers berechtigen nicht dazu, den Versicherungsvertrag zu kündigen.

2 Leistungsanpassung

Änderungen der Leistungen zu Gunsten des Versicherungsnehmers berechtigen nicht dazu, den Versicherungsvertrag zu kündigen.

3 Gefahrserhöhung und Gefahrminderung

Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person müssen der Mobiliar jede Änderung einer Tatsache, die für die Beurteilung der versicherten Gefahr erheblich ist und über die sie befragt wurde, innerhalb von vier Wochen seit ihrer Kenntnis schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, melden.

Wird eine wesentliche Gefahrserhöhung nicht gemeldet, so ist die Mobiliar für die Folgezeit nicht an den Vertrag gebunden.

Die Mobiliar hat das Recht, innerhalb von 14 Tagen nach erfolgter Meldung einer wesentlichen Gefahrserhöhung eine Prämienhöhung mit Wirkung ab dem Zeitpunkt der Gefahrserhöhung vorzunehmen oder den Vertrag zu kündigen. Ist der Versicherungsnehmer mit der Prämienhöhung nicht einverstanden, kann er den Vertrag innerhalb von vier Wochen schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, kündigen. Die Haftung der Mobiliar erlischt 14 Tage nach Zugang der jeweiligen Kündigung.

Der Versicherungsnehmer kann bei einer wesentlichen Gefahrminderung innerhalb von vier Wochen kündigen oder eine Prämienreduktion verlangen. Lehnt die Mobiliar eine Prämienreduktion ab oder ist der Versicherungsnehmer mit der angebotenen Reduktion nicht einverstanden, kann der Versicherungsnehmer innert vier Wochen seit Zugang der Stellungnahme der Mobiliar kündigen. Die Erklärungen des Versicherungsnehmers haben schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, zu erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen.

D Aufhebung der Versicherung

1 Kündigung

1.1 Allgemeines

Eine Kündigung hat schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, zu erfolgen.

1.2 Ordentliche Kündigung

Beide Parteien können den Versicherungsvertrag auf das Ende der vereinbarten Vertragsdauer hin sowie auf das Ende des dritten und jedes darauffolgenden Versicherungsjahrs kündigen. Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor Ablauf bei der jeweiligen Gegenpartei eintreffen.

Wird der Versicherungsvertrag stillschweigend verlängert, kann er hiernach jeweils mit einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Versicherungsjahrs gekündigt werden.

1.3 Ausserordentliche Kündigung

Beide Parteien können den Versicherungsvertrag aus wichtigem Grund kündigen. Als wichtiger Grund gilt namentlich eine nicht voraussehbare Änderung der rechtlichen Vorgaben, die die Erfüllung des Vertrags verunmöglichen, oder ein Umstand, bei dessen Vorhandensein der kündigenden Partei nach Treu und Glauben die Fortsetzung des Vertrags nicht mehr zumutbar ist.

1.4 Verletzung der Informationspflicht des Versicherers

Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag kündigen, wenn die Mobiliar vor Abschluss der Versicherung ihre Informationspflicht gegenüber dem Versicherungsnehmer nicht erfüllt.

Das Kündigungsrecht erlischt vier Wochen nachdem der Versicherungsnehmer Kenntnis von der Pflichtverletzung und den Informationen gemäss Art. 3 VVG hat, spätestens aber zwei Jahre nach der Pflichtverletzung. Die Kündigung wird mit Zugang bei der Mobiliar wirksam.

1.5 Verletzung der Anzeigepflicht

Die Mobiliar kann den Versicherungsvertrag kündigen, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person ihr bei der Beantwortung der Antrags- oder der Gesundheitsfragen eine erhebliche Gefahrstatsache unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen und der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person somit die Anzeigepflicht verletzt haben. Die Kündigung wird mit Zugang beim Versicherungsnehmer

wirksam. Das Kündigungsrecht erlischt vier Wochen nachdem die Mobiliar von der Verletzung Kenntnis erhalten hat.

Umfasst der Versicherungsvertrag mehrere Personen und ist die Anzeigepflicht nur bezüglich eines Teils dieser Personen verletzt, so bleibt die Versicherung für den übrigen Teil wirksam.

Die Leistungspflicht der Mobiliar erlischt für bereits eingetretene Schäden, soweit deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache beeinflusst worden ist. Wurden für diese Schäden bereits Leistungen erbracht, hat die Mobiliar Anspruch auf Rückerstattung.

1.6 Mehrfachversicherung

Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag innert vier Wochen kündigen, wenn er bei dessen Abschluss keine Kenntnis vom Entstehen einer Mehrfachversicherung gehabt hat.

2 Betrügerische Begründung des Versicherungsanspruchs

Bei betrügerischer Begründung des Versicherungsanspruchs (Art. 40 VVG) ist die Mobiliar gegenüber der anspruchsberechtigten Person nicht an den Versicherungsvertrag gebunden. Ebenfalls nicht an den vorliegenden Versicherungsvertrag gebunden ist die Mobiliar, wenn eine betrügerische Begründung des Versicherungsanspruchs im Zusammenhang mit einem anderen bei der Mobiliar bestehenden Versicherungsvertrag begangen wurde.

3 Aufgabe der Geschäftstätigkeit oder Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland

Gibt der Versicherungsnehmer seine Geschäftstätigkeit auf oder verlegt er seinen Geschäftssitz ins Ausland, erlischt der Versicherungsvertrag ab Datum der Geschäftsverlegung oder der Geschäftsaufgabe.

Der Versicherungsnehmer muss der Mobiliar die Aufgabe der Geschäftstätigkeit und die Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland umgehend mitteilen.

E Prämienabrechnung

1 Fälligkeit

Die Prämien der gewählten Versicherung sind in der Police aufgeführt und werden einmal im Jahr im Voraus erhoben. Andere Zahlungsarten sind gegen Zuschlag möglich.

2 Deklaration

2.1 Arbeitnehmende mit AHV-pflichtigem Lohn

Wurde eine provisorische Prämie vereinbart, wird die definitive Prämie aufgrund der vom Versicherungsnehmer jährlich per Ende des Versicherungsjahrs oder nach Auflösung des Versicherungsvertrags zu liefernden Angaben berechnet (Lohnsummendeklaration).

Beim erstmaligen Vertragsabschluss verzichtet die Mobiliar auf die erste Lohnsummendeklaration per Ende des Versicherungsjahrs, sofern die dazugehörige Deklarationsperiode weniger als drei Monate beträgt.

Der Versicherungsnehmer erhält für die Deklaration von der Mobiliar ein Deklarationsformular, das der Mobiliar ausgefüllt innert 30 Tagen zuzustellen ist. Die Deklaration kann auf dem Postweg oder elektronisch eingereicht werden.

Reicht der Versicherungsnehmer die verlangten Deklarationsunterlagen nicht ein, wird die Prämienabrechnung aufgrund der Einschätzung durch die Mobiliar erstellt.

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, die Einschätzung innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Abrechnung zu beanstanden. Ohne Beanstandung gilt die geschätzte Prämie vom Versicherungsnehmer als akzeptiert.

Die Mobiliar kann die Richtigkeit der Einschätzung oder die Angaben des Versicherungsnehmers jederzeit nachprüfen.

Die Mobiliar kann alle massgeblichen Unterlagen (z.B. Lohnaufzeichnungen, Belege, AHV-Abrechnungen) der Unternehmung einsehen, um die Angaben auf der Lohnsummendeklaration zu prüfen. Der Versicherungsnehmer ist dabei insbesondere verpflichtet, der Mobiliar auf erstes Verlangen eine Kopie der AHV-Deklaration einzureichen. Der Versicherungsnehmer ermächtigt die Mobiliar ferner direkt bei der AHV-Ausgleichskasse in deren Akten Einsicht zu nehmen.

Verweigert der Versicherungsnehmer eine Nachprüfung oder macht er vorsätzlich unrichtige Angaben, kann die Mobiliar ab Zeitpunkt der verweigten Nachprüfung oder des Entdeckens der vorsätzlich unrichtigen Angaben den Versicherungsvertrag kündigen. Die Mobiliar ist berechtigt, die Prämien, welche bei der richtigen Angabe geschuldet wären, vom Versicherungsnehmer nachzufordern. Der Versicherungsvertrag erlischt mit Zugang der Kündigung beim Versicherungsnehmer. Beträgt die Differenz zwischen der provisorischen und der definitiven Prämie mehr als 30 Prozent, kann die Mobiliar die provisorische Prämie vom folgenden Versicherungsjahr an entsprechend anpassen.

2.2 In der Police namentlich erwähnte Personen

Für Personen, die in der Police namentlich erwähnt sind, wurde eine feste Jahreslohnsumme vereinbart. Für sie ist keine Lohnsummendeklaration einzureichen.

F Überschussbeteiligung

Wurde eine Überschussbeteiligung vereinbart, erhält der Versicherungsnehmer erstmals nach Ablauf der Beobachtungsperiode einen allfälligen Überschuss aus seinem Versicherungsvertrag. Verlängert sich der Vertrag stillschweigend, gilt in der Folge eine Beobachtungsperiode von jeweils drei vollen Jahren.

Unabhängig von der Beobachtungsperiode kann eine Überschussbeteiligung auch nach Verbuchung eines Ersatzantrags mit Änderung des Überschussanteils, der Verwaltungskosten, der Police Nr. oder bei Änderung des Vertragsablaufs abgerechnet werden.

Von den auf die Beobachtungsperiode entfallenden Prämien (ohne die Prämien für die Invalidenrente) werden abgezogen:

- Der sich aus dem vereinbarten Prozentsatz ergebende Betrag für Verwaltungskosten und Risikozuschlag;
- Leistungen für Schäden (ohne Invalidenrenten), die während der Beobachtungsperiode eingetreten sind. Als Eintrittsdatum gilt der erste Tag der ärztlich bestätigten Arbeitsunfähigkeit.

Vom allfällig verbleibenden Überschuss erhält der Versicherungsnehmer den vereinbarten Anteil.

Die Abrechnung erfolgt frühestens vier Monate nach Ende der Beobachtungsperiode, wenn die auf die Beobachtungsperiode entfallenden definitiven Prämien bezahlt und die entsprechenden Schadenfälle abgeschlossen sind. Ein allfälliger Verlust wird nicht auf die nächste Beobachtungsperiode vorgetragen. Bei einem Rückfall nach erfolgter Abrechnung werden die nachträglich ausbezahlten Leistungen in der neuen Beobachtungsperiode berücksichtigt. Der Anspruch auf eine Überschussbeteiligung erlischt, wenn der Versicherungsvertrag vor Ende der Beobachtungsperiode aufgehoben wird.

G Meldepflichten und Obliegenheiten

1 Allgemeines

1.1 Gefahrserhöhung

Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person müssen der Mobiliar jede Änderung einer Tatsache, die für die Beurteilung der versicherten Gefahr erheblich ist und über die sie befragt wurde, innerhalb von vier Wochen seit ihrer Kenntnis schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, melden.

Wird eine wesentliche Gefahrserhöhung nicht gemeldet, so ist die Mobiliar für die Folgezeit nicht an den Vertrag gebunden.

1.2 Änderung der Geschäftstätigkeit, Wechsel des Betriebsdomizils, Änderung des Betriebszwecks Übernahme eines anderen Betriebs

Der Versicherungsnehmer muss der Mobiliar die Änderung der Geschäftstätigkeit, einen Wechsel des Betriebsdomizils, eine Änderung des Betriebszwecks und die Übernahme eines anderen Betriebs umgehend mitteilen.

Die Mobiliar passt den Versicherungsvertrag an die veränderten Verhältnisse an. Die Bestimmungen zur wesentlichen Gefahrserhöhung und zur wesentlichen Gefahrsminde- rung bleiben vorbehalten.

1.3 Änderung des Arbeitspensums von in der Police namentlich erwähnten Personen

Der Versicherungsnehmer muss der Mobiliar die Änderung des Arbeitspensums von in der Police namentlich erwähnten versicherten Personen umgehend mitteilen.

Informiert der Versicherungsnehmer die Mobiliar über die Änderung des Arbeitspensums von in der Police namentlich erwähnten Personen nicht, kann die Mobiliar im Schadenfall anteilmässige Leistungskürzungen vornehmen und den Versicherungsvertrag rückwirkend per Änderung des Arbeitspensums anpassen.

2 Orientierung der versicherten Personen

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die versicherten Personen über den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrags, dessen Änderungen und Auflösung sowie insbesondere über die Möglichkeiten zur Weiterführung der Versicherung bei Austritt aus dem versicherten Personenkreis oder bei Beendigung des Versicherungsvertrags, zu informieren. Die Mobiliar stellt dem Versicherungsnehmer die zur Information erforderlichen Unterlagen zur Verfügung.

3 Zusätzliche Schadensversicherungen

Die in der Police namentlich erwähnten Personen haben der Mobiliar den Neuabschluss von zusätzlichen Schadensversicherungen, die Leistungen bei Krankheit oder Unfall erbringen, oder die Unterstellung unter die obligatorische Unfallversicherung gemäss UVG unverzüglich zu melden. Die Leistungen und die Prämien bei der Mobiliar werden dem effektiven Bedarf angepasst.

Unterbleibt die Meldung, kann die Mobiliar im Schadenfall die Leistungen kürzen oder verweigern und den Versicherungsvertrag rückwirkend per Abschluss der zusätzlichen Schadensversicherung oder der Unterstellung unter die obligatorische Unfallversicherung gemäss UVG anpassen oder aufheben.

4 Pflichten im Schadenfall

4.1 Beiziehen eines Arztes

Gibt ein Schadenfall voraussichtlich Anspruch auf Versicherungsleistungen, ist unverzüglich ein Arzt beizuziehen. Die versicherte Person ist verpflichtet, den Anordnungen des Arztes und des Pflegepersonals Folge zu leisten. Leistungen werden von der Mobiliar nur erbracht, wenn die versicherte Person in regelmässiger ärztlicher Kontrolle steht und mindestens eine Arztkonsultation alle vier Wochen stattfindet. Sie ist ausserdem verpflichtet, sich einer von der Mobiliar angeordneten zumutbaren Untersuchung, Behandlung oder Eingliederungsmassnahme zu unterziehen, die der Diagnose oder der Bestimmung der Leistungen dient oder eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit verspricht.

Weigert sich die versicherte Person, den ärztlichen Anordnungen Folge zu leisten, begibt sie sich nicht in regelmässige ärztliche Kontrolle oder angeordnete Untersuchungen, kann die Mobiliar die Leistungen kürzen oder verweigern.

4.2 Schadenmeldung

Jeder Schadenfall ist der Mobiliar innert 30 Tagen zu melden. Erfolgt die Schadenmeldung verspätet, ruht die Leistungspflicht bis zum Eingang der Schadenmeldung. Die Wartefrist wird von diesem Tag an gerechnet.

Versäumte Tage werden an die Leistungsdauer angerechnet. Erfolgt die Schadenmeldung mehr als zwei Jahre nach Eintritt des Schadenfalls, besteht kein Anspruch auf Leistungen mehr.

Bei der Mutterschaftsversicherung ist der Mobiliar der Leistungsanspruch innert 30 Tagen nach erfolgter Abrechnung der gesetzlichen Mutterschaftsleistungen anzumelden und ihr muss eine Kopie der Abrechnung der Ausgleichskasse zugestellt werden. Der Anspruch auf Leistungen erlischt, wenn der Mobiliar nicht innert zwei Jahren nach erfolgter Abrechnung der gesetzlichen Mutterschaftsleistungen mitgeteilt wird.

Der Todesfall des Selbstständigerwerbenden oder eines mitarbeitenden Familienangehörigen ist der Mobiliar so zeitig zu melden, dass sie vor der Bestattung eine Obduktion veranlassen kann. Wenn die Obduktion der Leiche verweigert oder wegen verspäteter Meldung verunmöglicht wird und die Todesursache deshalb nicht hinreichend feststellbar ist, entfällt der Leistungsanspruch.

4.3 Auskunftspflichten

Der Versicherungsnehmer, die versicherte Person und die Anspruchsberechtigten sind verpflichtet, der Mobiliar jede verlangte Auskunft wahrheitsgetreu zu erteilen und ihr, insbesondere über das versicherte Ereignis und über allfällige frühere Krankheiten und Unfälle, alle Unterlagen, insbesondere Auskünfte und ärztliche Berichte, einzureichen. Ärzte, die die versicherte Person konsultiert hat, sind von der ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden.

Die Mobiliar kann Untersuchungen und Begutachtungen bei von ihr bezeichneten Ärzten anordnen.

Ist für die Abklärung des Anspruchs die Prüfung des Geschäftsgangs notwendig, hat der Versicherungsnehmer der Mobiliar Einsicht in die Geschäftsbücher zu gewähren.

Ist die versicherte Person nicht in der Lage diese Pflichten zu erfüllen, obliegen sie dem Stellvertreter und allfälligen Anspruchsberechtigten.

Kommt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person den gesetzlich oder vertraglich festgelegten Obliegenheiten innert 30 Tagen nach erfolgter schriftlicher Mahnung nicht nach, besteht kein Leistungsanspruch. Die Mahnung hat auf die Säumnisfolgen aufmerksam zu machen.

4.4 Schadenminderung

Die versicherte Person hat alles Zumutbare zu tun, was zur Reduktion der Versicherungsleistungen beitragen kann und alles zu unterlassen, was zu einer Erhöhung der Versicherungsleistungen führt. Wird diese Schadenminderungspflicht verletzt, werden die Leistungen entsprechend gekürzt.

Bei einer Arbeitsunfähigkeit von länger als 90 Tagen wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt. Unterlässt es die versicherte Person, sich um eine zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich zu bemühen, lehnt sie eine solche ab oder meldet sie sich nicht bei der Regionalen Arbeitsvermittlung (RAV) zur Arbeitsvermittlung und zum Leistungsbezug an, wird der Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des gesamten Arbeitsmarktes beurteilt und die Leistungen der Mobiliar werden entsprechend gekürzt.

4.5 Zusammenarbeit mit der Invalidenversicherung (IV)

Die versicherte Person hat sich zur Früherfassung und Frühintervention bei der zuständigen IV-Stelle zu melden, wenn sie während mindestens 30 Tagen ununterbrochen arbeitsunfähig war oder innert eines Jahrs wiederholt während kürzerer Zeit aus gesundheitlichen Gründen der Arbeit fernbleiben musste.

Spätestens sechs Monate nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit hat sich die versicherte Person zusätzlich bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug anzumelden. Die Meldung zur Früherfassung gilt nicht als Anmeldung für Leistungen der IV.

Falls die versicherte Person die Anmeldung zum Leistungsbezug unterlässt, kann die Mobiliar die Leistungen um den Betrag der verpassten IV-Leistungen kürzen oder erbrachte Leistungen in diesem Umfang von der versicherten Person zurückfordern.

5 Allgemeines bei Vertragsverletzungen

Ist vereinbart worden, dass der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person wegen Verletzung einer Obliegenheit oder einer Pflicht von einem Rechtsnachteil betroffen wird, so tritt dieser Nachteil nicht ein, wenn die Verletzung den Umständen nach als eine unverschuldete anzusehen ist, oder der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person nachweist, dass die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des befürchteten Ereignisses und auf den Umfang der von der Mobiliar geschuldeten Leistungen gehabt hat.

H Gerichtsstand

Für Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag kann die Mobiliar an folgenden Orten belangt werden:

- am schweizerischen Wohnsitz resp. Geschäftssitz des Versicherungsnehmers;
- am schweizerischen Wohnsitz der versicherten Person oder der Anspruchsberechtigten;
- am schweizerischen Arbeitsort der versicherten Person;
- am Sitz der Mobiliar in Bern.

Versicherungsschutz

I Versicherte Personen

Versichert sind

- a. alle Personen, die zu einem in der Police bezeichneten Personenkreis gehören und
 - als Arbeitnehmer im versicherten Betrieb beschäftigt sind; und
 - zum Zeitpunkt des Anstellungsbeginns beim Versicherungsnehmer das ordentliche AHV-Alter nicht erreicht haben; und
 - das Schlussalter noch nicht erreicht haben.

Als Arbeitnehmer gilt, wer eine unselbstständige Erwerbstätigkeit im Sinne der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) ausübt. Lernende gelten als Arbeitnehmer.

- b. die namentlich in der Police aufgeführten Selbstständigerwerbenden und ihre mitarbeitenden Familienangehörigen.

J Örtlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

Innerhalb Europas gilt der Versicherungsschutz zeitlich uneingeschränkt.

Ausserhalb Europas: Für entsandte Arbeitnehmende besteht solange Versicherungsschutz, als sie auch über die obligatorische Unfallversicherung gemäss UVG versichert sind. Für die übrigen Versicherten ruht der Versicherungsschutz nach einem ununterbrochenen Aufenthalt von 365 Tagen.

K Beginn, Ruhen und Ende des Versicherungsschutzes für die einzelne versicherte Person

1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt für den versicherten Arbeitnehmenden an dem Tag, an dem das Arbeitsverhältnis beginnt oder erstmals ein Lohnanspruch besteht, frühestens jedoch mit dem in der Police festgelegten Datum. Für Personen, die zu diesem Zeitpunkt nicht voll arbeitsfähig sind, beginnt der Versicherungsschutz erst mit der vollen vertraglich vereinbarten Arbeitsaufnahme.

Der Versicherungsschutz beginnt für den Selbstständigerwerbenden und seine mitarbeitenden Familienangehörigen ab dem in der Police festgelegten Datum.

2 Ruhen des Versicherungsschutzes bei unbezahltm Urlaub für Arbeitnehmende

Bei unbezahltm Urlaub ohne Auflösung des Arbeitsverhältnisses ruht der Versicherungsschutz spätestens nach dem 215. Tag bis zur Wiederaufnahme der versicherten Tätigkeit. Für Erkrankungen, die nach dem 215. Tag eingetreten sind, werden keine Leistungen erbracht.

3 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz erlischt für den einzelnen Arbeitnehmenden:

- mit Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis;
- bei Ablauf eines befristeten oder saisonalen Arbeitsvertrags;
- bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses;

- mit Erreichen des Schlussalters;
- mit Erschöpfung der vollen in der Police vereinbarten Leistungsdauer;
- mit Beendigung des Versicherungsvertrags.

Der Versicherungsschutz erlischt für den Selbstständigerwerbenden oder seine mitarbeitenden Familienangehörigen:

- mit Beendigung der Tätigkeit als Selbstständigerwerbender;
- mit Beendigung der Tätigkeit im Geschäftsbetrieb des Selbstständigerwerbenden;
- mit Beendigung des Versicherungsvertrags;
- sechs Monate nach Verlegung des zivilrechtlichen Wohnsitzes ins Ausland.

Das Fürstentum Liechtenstein ist der Schweiz gleichgestellt. Für Grenzgänger ist das Wohnsitzland der Schweiz gleichgestellt.

Der Selbstständigerwerbende oder seine mitarbeitenden Familienangehörigen müssen der Mobiliar die Verlegung des zivilrechtlichen Wohnsitzes ins Ausland umgehend mitteilen.

Zudem erlischt der Versicherungsschutz für das Kranken- oder Unfalltaggeld:

- mit Erreichen des Schlussalters;
- mit Erschöpfung der vollen in der Police vereinbarten Leistungsdauer.

Leistungen

L Allgemeines

1 Schadensversicherung

Die Kollektiv-Krankenversicherung und die Unfallversicherung für Selbstständigerwerbende und ihre mitarbeitenden Familienangehörigen gelten als Schadensversicherungen. Ausnahme bilden das Invaliditäts- und Todesfallkapital der Unfallversicherung, die als Summenversicherung gelten.

2 Grobfahrlässigkeit

Die Mobiliar verzichtet auf das Recht, Leistungen wegen Grobfahrlässigkeit zu kürzen.

3 Massgebendes Einkommen und Berechnung der Leistungen

Als versicherter Lohn für die Bemessung der Leistungen gilt der AHV-pflichtige Lohn inkl. AHV-Freibetrag, sofern sie zum versicherten Personenkreis gehören, zuzüglich Familien- und Kinderzulagen. Der versicherte Höchstlohn je Person ist in der Police aufgeführt.

Wurde für eine versicherte Person eine feste Jahreslohnsomme vereinbart, so gilt diese als versicherter Lohn.

Massgebend ist in zeitlicher Hinsicht der unmittelbar vor Eintritt des Schadenfalls erzielte, auf ein Jahr hochgerechnete Lohn. Bei versicherten Personen mit stark schwankendem Einkommen (z. B. Gehältern auf Umsatz- oder Provisionsbasis) wird der Lohn der letzten zwölf Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt. Sollte das Arbeitsverhältnis zu diesem Zeitpunkt weniger als ein Jahr angedauert haben, wird der seit Anstellungsbeginn erzielte und auf ein Jahr hochgerechnete Lohn berücksichtigt.

Arbeitslosenentschädigungen sowie Entschädigungen bei Auflösung des Arbeitsverhältnisses, bei Betriebs-schliessungen, Betriebszusammenlegungen oder bei ähnlichen Gegebenheiten werden nicht berücksichtigt.

Leistungserhöhungen oder Erhöhungen der festen Jahreslohnsumme während der Schwangerschaft werden bei der Mutterschaftsversicherung nicht berücksichtigt.

Zwingende Lohnerhöhungen aufgrund von gesamtarbeitsvertraglichen Bestimmungen (GAV), werden während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt.

4 Kürzung der Entschädigung

Sind Gesundheitsschädigungen nur zum Teil auf versicherte Ereignisse zurückzuführen, werden die Leistungen nach sachverständigem Ermessen anteilmässig gekürzt.

Ist die versicherte Person wegen eines Unfalls oder einer Krankheit bereits arbeitsunfähig, kürzt die Mobiliar die Entschädigung bei einem neuen Ereignis um den Grad der vorbestehenden Arbeitsunfähigkeit.

5 Leistungen Dritter

Die Mobiliar tritt im Umfang und zum Zeitpunkt ihrer Leistung für die von ihr gedeckten gleichartigen Schadensposten in die Rechte der versicherten Person ein. Vorbehalten bleiben die gesetzlichen Ausnahmen zum Regressrecht des Versicherungsunternehmens.

Die Mobiliar kürzt ihre Kranken- oder Unfalltaggelder soweit sie mit Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung (UVG), der Militärversicherung (MVG), der Invalidenversicherung (IVG), der obligatorischen und überobligatorischen beruflichen Vorsorge (BVG), der Arbeitslosenversicherung (AVIG), einer gesetzlichen Mutterschaftsversicherung, der gesetzlichen Erwerbsausfallversicherung nach EO, der Haftpflichtversicherung, einer anderen privaten Schadensversicherung oder entsprechender ausländischer Versicherungsanstalten zusammen die versicherten Leistungen übersteigen.

Die Kürzung erfolgt sowohl bei Leistungen, die aufgrund des AHV-pflichtigen Lohns bemessen werden, wie auch bei Leistungen, die nach Massgabe einer festen Jahreslohnsumme ausgerichtet werden.

Die versicherte Person ist verpflichtet, den Leistungsanspruch, den sie gegenüber anderen Versicherern besitzt, bei diesen anzumelden.

Entsteht trotz der Kürzungsmöglichkeit eine Überentschädigung (insbesondere durch von der Mobiliar erbrachte Vorleistungen), kann die Mobiliar die zu viel erbrachten Leistungen zurückfordern, von den zukünftigen Leistungen abziehen oder mit den Leistungen der oben genannten Versicherer direkt verrechnen.

6 Auslandsaufenthalt bei laufendem Schadenfall

Verlässt eine erkrankte oder verunfallte versicherte Person, die Anspruch auf Leistungen hat, ohne vorgängige und ausdrückliche Zustimmung durch die Mobiliar die Schweiz, besteht kein Anspruch auf Leistungen während der Dauer des Auslandsaufenthalts. Die Leistungspflicht der Mobiliar beginnt wieder mit dem Zeitpunkt der Rückkehr in die Schweiz. Die im Ausland verbrachten Tage werden an die Leistungsdauer angerechnet.

Das Fürstentum Liechtenstein ist der Schweiz gleichgestellt. Für Grenzgänger ist das Wohnsitzland der Schweiz gleichgestellt.

7 Quellensteuer

Soweit die Mobiliar aufgrund gesetzlicher Bestimmungen zur Abrechnung der Quellensteuer auf Ersatzeinkünften verpflichtet ist, rechnet sie die Steuerbeträge direkt ab. Die Entschädigung zu Gunsten der versicherten Person wird entsprechend reduziert.

M Kollektiv-Krankenversicherung

1 Taggeld für Selbstständigerwerbende, mitarbeitende Familienangehörige und Arbeitnehmende

1.1 Anspruch

Das Taggeld wird für jeden Kalendertag einer ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 Prozent erbracht. Der Anspruch entsteht nach Ablauf der vertraglichen Wartefrist und unter der Bedingung, dass die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt noch zum versicherten Personenkreis gehört.

Die Wartefrist beginnt am Tag der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit, frühestens aber sieben Tage vor der ersten ärztlichen Untersuchung. Als Wartetage gelten Tage mit einer ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 Prozent.

1.2 Teilweise Arbeitsunfähigkeit

Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit bezahlt die Mobiliar das Taggeld entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit. Bei einer Arbeitsunfähigkeit unter 25 Prozent besteht kein Anspruch auf Taggeld.

Gilt die versicherte Person als arbeitslos im Sinne des Arbeitslosenversicherungsgesetzes (AVIG), bezahlt die Mobiliar:

- bei einer Arbeitsunfähigkeit von über 50 Prozent das volle Taggeld;
- bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 25 Prozent bis 50 Prozent die Hälfte des Taggelds;
- bei einer Arbeitsunfähigkeit von 25 Prozent und weniger kein Taggeld.

1.3 Leistungen bei vorbestandenen Krankheiten und Gebrechen

Erfolgte die Aufnahme in die Versicherung nach vorgängiger Gesundheitsprüfung, gelten die der versicherten Person schriftlich mitgeteilten und von ihr unterschriebenen Vorbehalte.

Erfolgte die Aufnahme in die Versicherung ohne vorgängige Gesundheitsprüfung, werden – vorbehaltlich abweichender Vereinbarungen – die Leistungen auch für Krankheiten erbracht, die bei Beginn des Versicherungsschutzes bereits bestanden haben.

Rentenbezüger, die ohne vorgängige Gesundheitsprüfung in die Versicherung aufgenommen wurden, sind für alle Krankheiten versichert, die nicht vorbestandene Gesundheitsstörungen (auch deren Verschlimmerung oder Rückfall von vorbestandenen Gesundheitsstörungen) betreffen, die zum Rentenanspruch geführt haben.

Für Personen, die von der Versicherung ausgeschlossen sind, werden keine Leistungen erbracht.

1.4 Leistungsdauer

Die Mobiliar bezahlt das Taggeld maximal während der in der Police aufgeführten Leistungsdauer, längstens jedoch bis zum Erreichen des Schlussalters.

Ab Erreichen des ordentlichen AHV-Alters beträgt die maximale Leistungsdauer für Personen

- a. die auch nach diesem Zeitpunkt noch Versicherungsschutz haben (vgl. Art. K3), für alle laufenden Schadenfälle maximal noch 180 Tage, sofern sie nicht schon vorher endet.
- b. die zu diesem Zeitpunkt noch versichert sind (vgl. Art. I), für neue Fälle maximal 180 Tage abzüglich Wartefrist, längstens aber bis zum Erreichen des Schlussalters.

Die Versicherungsleistungen enden in jedem Fall mit dem Erreichen des Schlussalters.

Vorbehalten bleiben zudem die Bestimmungen zur Leistungsdauer für Arbeitnehmende, die sich in der Probezeit befinden oder befristete oder saisonale Arbeitsverträge haben.

Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen für die Berechnung der Leistungsdauer als ganze Tage.

Bei Rückfällen entfällt die Wartefrist und die bereits bezahlten Taggelder werden an die Leistungsdauer angerechnet. Das erneute Auftreten einer Krankheit gilt dann nicht als Rückfall, wenn eine ununterbrochene volle Arbeitsfähigkeit während mehr als 365 Tagen bestand.

Nach Erschöpfung der Leistungsdauer für einen Schadenfall erlischt die Taggeldversicherung für die einzelne versicherte Person. Gleichzeitig erlischt auch der Taggeldanspruch für allfällig weitere laufende Krankheitsfälle der gleichen Person.

1.5 Leistungsdauer bei Probezeit, befristeten oder saisonalen Arbeitsverträgen

Für versicherte Personen, die sich zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit in der Probezeit befinden, ist die Leistungsdauer auf 30 Tage beschränkt.

Für versicherte Personen mit befristeten oder saisonalen Arbeitsverträgen endet die Leistungsdauer im Zeitpunkt des vor Krankheitsbeginn vereinbarten Endes des Arbeitsverhältnisses, spätestens aber nach der in der Police festgehaltenen Leistungsdauer.

Lernende sind den unbefristet angestellten Arbeitnehmenden gleichgestellt.

Unterstehen die versicherten Personen einem Gesamtarbeitsvertrag (GAV) mit abweichenden Bestimmungen, so gelten diese, falls der Versicherungsnehmer eine GAV-konforme Deckung vereinbart hat.

Hat die versicherte Person aufgrund von Freizügigkeitsabkommen Anspruch auf günstigere Bedingungen, gelten diese.

1.6 Leistungen für Arbeitnehmende bei unbezahltem Urlaub

Erkrankt die versicherte Person während der Dauer eines unbezahlten Urlaubs und besteht bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit noch Versicherungsschutz, entsteht der Anspruch auf Leistungen erst zum Zeitpunkt, an dem sie die Arbeit ohne Erkrankung voraussichtlich wieder aufgenommen hätte. Die Wartefrist wird ebenfalls ab diesem Zeitpunkt berechnet.

1.7 Mutterschaft

Nach jeder Geburt, die nach dem sechsten Schwangerschaftsmonat erfolgt, ruht die Leistungspflicht während der Entschädigungsdauer einer gesetzlichen Mutterschaftsversicherung (z.B. Mutterschaftsentschädigung gemäss Erwerbsersatzordnung), jedoch mindestens während acht Wochen.

2 Mutterschaftsversicherung in Ergänzung zur EO für Arbeitnehmerinnen

Ist eine Mutterschaftsversicherung mitversichert, bezahlt die Mobiliar die vereinbarten Leistungen für jede Niederkunft, für die Leistungen aus einer gesetzlichen Mutterschaftsversicherung erbracht werden.

Die vereinbarten Leistungen erfolgen in Ergänzung zu den Leistungen der gesetzlichen Mutterschaftsversicherung und zwar so lange, wie diese ihre Leistungen erbringt. Nach Ablauf der Leistungsdauer der gesetzlichen Mutterschaftsentschädigung gemäss Erwerbsersatzordnung bezahlt die Mobiliar die vereinbarten Leistungen während der in der Police aufgeführten Dauer.

Der Anspruch besteht unter der Voraussetzung, dass die Person zum Zeitpunkt des Beginns der Schwangerschaft bereits zum versicherten Personenkreis gehörte und Versicherungsschutz bestand.

3 Lohnnachgenuss im Todesfall für Arbeitnehmende

Stirbt eine versicherte Person an den Folgen einer versicherten Krankheit, bezahlt die Mobiliar auf der Basis des versicherten Lohns den vom Versicherungsnehmer an die Hinterlassenen auszurichtenden Lohnnachgenuss im Sinne von Artikel 338 Absatz 2 des Obligationenrechts (OR).

Eine vom Versicherungsnehmer freiwillig eingegangene Verpflichtung, den Lohn für eine über die gesetzliche Regelung hinausgehende Dauer auszurichten, ergibt keinen Anspruch auf Leistungen.

4 Nachleistungen

Bezieht eine versicherte Person beim Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis oder bei Beendigung des Versicherungsvertrags bereits Leistungen, bleibt der Anspruch unter Vorbehalt der Bestimmungen über die Leistungsdauer sowie das Schlussalter auch nach diesem Zeitpunkt bestehen.

Für die Krankentaggeldleistung gilt als Voraussetzung, dass die Arbeitsunfähigkeit ununterbrochen mindestens 25 Prozent beträgt. Bereits erbrachte Leistungen werden an die Leistungsdauer angerechnet.

In der Mutterschaftsversicherung in Ergänzung zur EO ist die Nachleistung ausgenommen, sofern nach der Beendigung des Vertrags eine Weiterversicherung für die Mutterschaft bei einem neuen Versicherer besteht.

5 Allgemeine Deckungsausschlüsse in der Kollektiv-Krankenversicherung

Nicht versichert sind:

- a. Unfälle und deren Folgen;
- b. Berufskrankheiten, die von der obligatorischen Unfallversicherung gemäss UVG übernommen werden;
- c. Gesundheitsschädigungen durch Einwirkung ionisierender Strahlen. Gesundheitsschädigungen infolge ärztlich verordneter Strahlenbehandlungen im Zusammenhang mit versicherten Krankheiten sind jedoch versichert;
- d. Folgen von kosmetischen Eingriffen;
- e. vorbestandene Gesundheitsstörungen (auch deren Verschlimmerung oder deren Rückfälle), soweit sie bei IV-Rentenbezüglern, die keine Gesundheitsdeklaration ausfüllen mussten, zum IV-Rentenanspruch geführt haben;
- f. Folgen von kriegerischen Ereignissen
 - in der Schweiz;
 - im Ausland, es sei denn, die Arbeitsunfähigkeit trete innert 30 Tagen seit dem erstmaligen Ausbruch von solchen Ereignissen in dem Land ein, in dem die versicherte Person sich aufhält und dort vom Ausbruch überrascht wurde;
- g. Folgen aktiver Teilnahme an Terroranschlägen.

6 Freizügigkeit für Arbeitnehmende

Die einzelne in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein wohnhafte Person hat

- nach Austritt aus dem versicherten Personenkreis; oder
- bei Beendigung des Versicherungsvertrags; oder
- bei Bezug von Nachleistungen nach erfolgter Schlusszahlung des laufenden Schadenfalls

innert 90 Tagen das Recht, bei der Mobiliar den Abschluss einer Taggeldversicherung nach den Bedingungen der Einzel-Krankenversicherung zu beantragen. Art. 100 Abs. 2 VVG bleibt vorbehalten.

Grenzgänger, die ihren zivilrechtlichen Wohnsitz in einem Nachbarstaat haben, der unmittelbar an die Schweiz angrenzt, können in die Einzel-Krankenversicherung übertreten, wenn sie unmittelbar nach Ausscheiden aus der Kollektiv-Krankenversicherung als arbeitslose Personen im Sinne des Bundesgesetzes über die obligatorische Arbeitslosenversicherung (AVIG) gelten und Taggelder aus dieser Versicherung beanspruchen.

Die Mobiliar nimmt den Antrag nach folgenden Richtlinien an:

- Der Versicherungsschutz mit allfällig vereinbarten Vorbehalten wird in die Krankenversicherung (Freizügigkeit aus Kollektiv-Krankenversicherung) übernommen.
- Bei Bezügern einer Invalidenrente, die ohne Gesundheitsprüfung in die Kollektiv-Krankenversicherung aufgenommen wurden, gilt für die Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beitritt zur Kollektiv-Krankenversicherung bei der Mobiliar.
- Für die bisher versicherten Taggeldleistungen gewährt die Mobiliar der versicherten Person im Rahmen der geltenden Bedingungen und Tarife der Einzelversicherung ohne Gesundheitsprüfung Versicherungsschutz. Der letzte versicherte Lohn dieser Versicherung gilt als Basis für den versicherbaren Lohn der Einzelversicherung. Versicherbar ist jedoch höchstens derjenige Betrag, der aus der Arbeitslosenentschädigung resultiert bzw. resultieren würde. Die Wartefrist kann verkürzt werden, jedoch nicht auf weniger als 30 Tage.

Die neue Prämie wird nach dem Einzeltarif, jedoch aufgrund des Alters beim Eintritt in die Kollektiv-Krankenversicherung berechnet. Leistungen, die in Höhe und Dauer die bisherigen überschreiten, werden nicht gewährt.

Leistungen, die aus der Kollektiv-Krankenversicherung erbracht wurden, werden an die Leistungen der Einzel-Krankenversicherung angerechnet.

Kein Übertrittsrecht besteht:

- a. nach Erschöpfung der vollen, in der Police vereinbarten Leistungsdauer;
- b. bei Erreichen des ordentlichen AHV-Alters;
- c. bei vorzeitigem Ruhestand;
- d. für Personen mit Wohnsitz im Ausland; vorbehalten bleiben die Bestimmungen über die Freizügigkeit der Grenzgänger;
- e. für Personen, solange sie Nachleistungen beziehen;
- f. für Personen mit saisonalem oder befristetem Arbeitsverhältnis, sofern für sie reduzierte Leistungen gelten;
- g. für versicherte Personen, die als Selbstständigerwerbende oder als mitarbeitende Familienangehörige gelten;
- h. bei Stellenwechsel und gleichzeitigem Übertritt in die Kollektiv-Krankentaggeldversicherung des neuen Arbeitgebers oder bei Auflösung der vorliegenden Versicherung und ihrer Weiterführung bei einem anderen Versicherer für denselben Personenkreis, sofern ein neuer Versicherer aufgrund von Freizügigkeitsabkommen die Weiterführung des Versicherungsschutzes gewährleisten muss;
- i. bei betrügerischer Begründung des Versicherungsanspruchs gemäss Art. 40 VVG.

N Unfallversicherung für Selbstständigerwerbende und ihre mitarbeitenden Familienangehörigen

1 Heilungskosten

Die Heilungskosten werden nur in Ergänzung und im Nachgang zu den Leistungen gemäss KVG, UVG, IVG oder MVG übernommen. Kosten, die bereits durch einen anderen Versicherer bezahlt werden sowie Leistungskürzungen gemäss KVG oder UVG werden nicht übernommen. Diese Bestimmung gilt auch für entsprechende Versicherungsinstitutionen im Ausland.

Pflegeleistungen und Kosten, die unbeschränkt übernommen werden, bezahlt die Mobiliar innerhalb von fünf Jahren nach Eintritt des versicherten Ereignisses ohne betragsliche Begrenzung. Danach werden für diese Leistungen, sowie für Leistungen, die zu den genannten Höchstbeträgen vergütet werden, pro versichertes Ereignis insgesamt noch CHF 500 000 bezahlt.

Die Mobiliar bezahlt pro versichertes Ereignis unbeschränkt:

- a. notwendige und nachgewiesene Auslagen für wissenschaftlich anerkannte Heilmassnahmen, die durch einen Arzt oder Zahnarzt durchgeführt oder angeordnet werden;
- b. ärztlich verordnete Medikamente;
- c. Spalkkosten in sämtlichen Spitalabteilungen aller Spitäler;
- d. Auslagen für ärztlich angeordnete Kuren, die in einer Kuranstalt durchgeführt werden;
- e. Aufwendungen für die medizinischen Dienste von Pflegepersonal ausserhalb eines Spitals, falls nach ärztlicher Ansicht dadurch ein Spitalaufenthalt abgekürzt oder vermieden werden kann, sowie für die vom Arzt während der Dauer der Heilmassnahmen angeordnete ambulante Pflege;
- f. alle provisorischen und die erste definitive Prothese;
- g. Kosten für durch einen Unfall verursachte Schäden an Sachen, die einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen. Für Brillen, Hörapparate und Zahnprothesen besteht ein Ersatzanspruch nur, wenn eine behandlungsbedürftige Körperschädigung vorliegt;
- h. die medizinisch notwendigen Transport- und Reisekosten zum Behandlungsort (soweit zumutbar sind die öffentlichen Verkehrsmittel zu benutzen).

Die Mobiliar bezahlt pro versichertes Ereignis bis zu den genannten Höchstbeträgen:

- i. Komplementär-/alternativmedizinische Behandlungen, sofern sie von anerkannten Ärzten oder einem im ErfahrungsMedizinischen Register (EMR) eingetragenen Therapeuten durchgeführt werden, bis höchstens CHF 5 000 pro Unfallereignis;
- j. kosmetische Eingriffe, die aufgrund eines versicherten Unfalls notwendig sind bis höchstens CHF 20 000;
- k. eine ärztlich verordnete Haushaltshilfe bis höchstens CHF 100 pro Tag und höchstens CHF 5 000 pro Unfallereignis;
- l. Anschaffung von Krücken, Stützen, orthopädischem Schuhwerk sowie von Brillen in einfach und zweckmässiger Ausführung oder Kontaktlinsen bis höchstens CHF 5 000;
- m. die bei einer behandlungsbedürftigen Körperschädigung entstehenden Aufwendungen für die Reinigung, Reparatur oder den Ersatz (Neuwert) beschädigter Kleider der versicherten Person sowie von Sachen und Fahrzeugen von Personen, die sich um die Bergung und den Transport der verletzten Person bemühten, bis höchstens CHF 5 000;

- n. Suchaktionen im Hinblick auf eine Rettung oder Bergung der versicherten Person bis höchstens CHF 50 000;
- o. im Ausland angefallene Rettungs- und Bergungskosten sowie die Leichentransporte bis insgesamt höchstens CHF 50 000;
- p. die Übernachtungs- und Verpflegungskosten im Spital oder in unmittelbarer Nähe eines Spitals für Angehörige einer schwer oder lebensbedrohlich verunfallten Person während der Dauer eines stationären Spitalaufenthalts. Ausserdem werden in diesem Zeitraum auch die notwendig werdenden Betreuungskosten für unterstützungspflichtige Kinder (bis zum vollendeten 16. Altersjahr) der versicherten Person entschädigt. Insgesamt CHF 150 pro Tag und maximal CHF 5 000 pro Unfallereignis unter Berücksichtigung der Originalbelege.

Nicht versichert sind:

Kostenbeteiligungen wie z.B. Selbstbehalt oder Franchise.

2 Taggeld

2.1 Anspruch

Das Taggeld wird für jeden Kalendertag einer ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 Prozent erbracht. Der Anspruch entsteht nach Ablauf der Wartefrist.

Die Wartefrist beginnt am Tag der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit, frühestens aber sieben Tage vor der ersten ärztlichen Untersuchung. Als Wartetage gelten Tage mit einer ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 Prozent.

2.2 Teilweise Arbeitsunfähigkeit

Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit bezahlt die Mobiliar das Taggeld entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit. Bei einer Arbeitsunfähigkeit unter 25 Prozent besteht kein Anspruch auf Taggeld.

2.3 Leistungsdauer

Die Mobiliar bezahlt das Taggeld maximal während der in der Police aufgeführten Leistungsdauer, längstens jedoch bis zum Erreichen des Schlusalters.

Ab Erreichen des ordentlichen AHV-Alters beträgt die maximale Leistungsdauer für Personen

- a. die auch nach diesem Zeitpunkt noch Versicherungsschutz haben (vgl. K3), für alle laufenden Schadenfälle maximal noch 180 Tage, sofern sie nicht schon vorher endet.
- b. die zu diesem Zeitpunkt noch Versicherungsschutz haben, für neue Fälle maximal 180 Tage abzüglich Wartefrist, längstens aber bis zum Erreichen des Schlusalters.

Die Versicherungsleistungen enden in jedem Fall mit dem Erreichen des Schlusalters.

Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen für die Berechnung der Leistungsdauer als ganze Tage.

Bei Rückfällen entfällt die Wartefrist und die bereits bezahlten Tagelder werden an die Leistungsdauer angerechnet.

Nach Erschöpfung der Leistungsdauer für einen Schadenfall erlischt die Taggeldversicherung für die einzelne versicherte Person. Gleichzeitig erlischt auch der Taggeldanspruch für allfällig weitere laufende Unfälle der gleichen Person.

3 Invaliditätskapital

3.1 Anspruch

Hat das versicherte Ereignis eine voraussichtlich bleibende Beeinträchtigung der Gesundheit zur Folge, bezahlt die Mobiliar das versicherte Invaliditätskapital. Dieses bemisst sich nach der Versicherungssumme, dem Invaliditätsgrad und der gewählten Leistungsstufe (LS). Das Kapital wird ausbezahlt, sobald der Invaliditätsgrad festgestellt ist.

Haben unabhängig vom versicherten Ereignis entstandene Krankheiten, Krankheitsfolgen, Gebrechen sowie Unfälle die Folgen des versicherten Ereignisses verschlimmert, wird der Invaliditätsgrad nach sachverständigem Ermessen in einem Anteil der fremden Faktoren entsprechenden Masse gekürzt.

3.2 Invaliditätsgrad

Der Invaliditätsgrad wird aufgrund eines ärztlichen Gutachtens nach folgenden Richtlinien bestimmt:

- bei gänzlicher Lähmung oder bei unheilbarer und jede Erwerbstätigkeit ausschliessende Geistesstörung 100%
- bei Verlust oder vollständiger Gebrauchsunfähigkeit
 - beider Arme oder Hände, beider Beine oder Füsse, eines Arms oder einer Hand und zugleich eines Beins oder Fusses, beider Augen (völlige Erblindung) 100%
 - eines Auges falls jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Ereignisses bereits vollständig verloren war 30%
70%
 - des Gehörs beidseits (vollständige Taubheit) 60%
 - des Gehörs auf einer Seite falls jedoch das Gehör des anderen Ohrs vor Eintritt des Ereignisses bereits vollständig verloren war 20%
40%
 - der Sprache 40%
 - des Geschmacks- oder Geruchssinns 5%
 - der Milz 5%
 - einer Niere 20%
 - beider Nieren falls jedoch eine der Nieren vor Eintritt des Ereignisses bereits vollständig verloren oder gebrauchsunfähig war 70%
50%
 - eines Arms im Ellenbogengelenk oder oberhalb desselben 70%
 - eines Unterarms oder einer Hand 60%
 - eines Daumens 20%
 - eines Zeigefingers 15%
 - eines anderen Fingers 5%
 - eines Beins im Kniegelenk oder oberhalb desselben 60%
 - eines Beins unterhalb des Kniegelenks 50%
 - eines Fusses 40%
 - einer grossen Zehe 10%
 - einer anderen Zehe 3%

Bei nur teilweisem Verlust oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit ist der Invaliditätsgrad entsprechend kleiner.

Bei gleichzeitigem Verlust oder gleichzeitiger Gebrauchsunfähigkeit mehrerer Körperteile werden die Invaliditätsätze zusammengezählt. Der Invaliditätsgrad kann jedoch in keinem Fall mehr als 100 Prozent betragen.

Beträgt der Invaliditätsgrad insgesamt weniger als fünf Prozent, werden keine Leistungen bezahlt.

Waren vom Unfall betroffene Körperteile ganz oder teil-

weise verloren, verstümmelt oder gebrauchsunfähig, bezahlt die Mobiliar das Kapital aufgrund der Differenz zwischen dem Invaliditätsgrad, der sich aufgrund der vorbestehenden Invalidität ergibt, und dem Invaliditätsgrad, der aufgrund der gesamten Invalidität errechnet wird.

Für psychische und nervöse Störungen wird ein Invaliditätskapital nur gewährt, soweit die Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen sind.

Lässt sich der Invaliditätsgrad nicht nach den vorgenannten Regeln bestimmen, erfolgt dessen Festsetzung aufgrund ärztlicher Feststellung in Anlehnung an die vorgenannten Prozentsätze.

Führt ein versicherter Unfall zu einer dauernden schweren Entstellung (ästhetische Schäden, wie z.B. Narben), bezahlt die Mobiliar unter der Voraussetzung, dass kein Invaliditätskapital geschuldet ist – je nach Schwere der Entstellung – die folgenden Leistungen:

- bei Verunstaltung des Gesichts maximal zehn Prozent der Versicherungssumme;
- bei Verunstaltung anderer üblicherweise sichtbarer Körperteile maximal fünf Prozent der Versicherungssumme.

Die Entschädigung für diese ästhetischen Schäden beträgt jedoch höchstens CHF 20 000.

3.3 Berechnung der Entschädigung nach Leistungsstufe

Die Entschädigung wird gemäss den nachfolgenden Tabellen berechnet:

	Leistungsstufe 0	Leistungsstufe 1	Leistungsstufe 2
für den 25% nicht übersteigenden Teil	einfache Versicherungssumme	einfache Versicherungssumme	einfache Versicherungssumme
für den 25%, nicht aber 50% übersteigenden Teil	einfache Versicherungssumme	doppelte Versicherungssumme	dreifache Versicherungssumme
für den 50% übersteigenden Teil	einfache Versicherungssumme	dreifache Versicherungssumme	fünffache Versicherungssumme

IE-Grad	Invaliditätskapital			IE-Grad	Invaliditätskapital			IE-Grad	Invaliditätskapital		
	LS0	LS1	LS2		LS0	LS1	LS2		LS0	LS1	LS2
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1-25	Proportional zum IE-Grad			51	51	78	105	77	77	156	235
26	26	27	28	52	52	81	110	78	78	159	240
27	27	29	31	53	53	84	115	79	79	162	245
28	28	31	34	54	54	87	120	80	80	165	250
29	29	33	37	55	55	90	125	81	81	168	255
30	30	35	40	56	56	93	130	82	82	171	260
31	31	37	43	57	57	96	135	83	83	174	265
32	32	39	46	58	58	99	140	84	84	177	270
33	33	41	49	59	59	102	145	85	85	180	275
34	34	43	52	60	60	105	150	86	86	183	280
35	35	45	55	61	61	108	155	87	87	186	285
36	36	47	58	62	62	111	160	88	88	189	290
37	37	49	61	63	63	114	165	89	89	192	295
38	38	51	64	64	64	117	170	90	90	195	300
39	39	53	67	65	65	120	175	91	91	198	305
40	40	55	70	66	66	123	180	92	92	201	310
41	41	57	73	67	67	126	185	93	93	204	315
42	42	59	76	68	68	129	190	94	94	207	320
43	43	61	79	69	69	132	195	95	95	210	325
44	44	63	82	70	70	135	200	96	96	213	330
45	45	65	85	71	71	138	205	97	97	216	335
46	46	67	88	72	72	141	210	98	98	219	340
47	47	69	91	73	73	144	215	99	99	222	345
48	48	71	94	74	74	147	220	100	100	225	350
49	49	73	97	75	75	150	225				
50	50	75	100	76	76	153	230				

4 Todesfallkapital

4.1 Anspruch

Stirbt die versicherte Person an den Folgen eines versicherten Unfalls, bezahlt die Mobiliar den Anspruchsberechtigten das vereinbarte Todesfallkapital.

Ein für den gleichen Unfall bereits bezahltes Invaliditätskapital wird an das Todesfallkapital angerechnet.

4.2 Anspruchsberechtigte

Falls nicht im Antrag oder spätestens bis zum Zeitpunkt des Todes mit einer schriftlichen Mitteilung der versicherten Person an die Mobiliar etwas anderes verfügt wird, sind anspruchsberechtigt:

- der Ehegatte oder der eingetragene Partner;
- bei dessen Fehlen die Kinder und Adoptivkinder;
- bei deren Fehlen die Angehörigen nach Massgabe ihrer gesetzlichen Erbberechtigung.

Sind keine Anspruchsberechtigten vorhanden, werden nur die effektiven Bestattungskosten bis höchstens CHF 10 000 an diejenige natürliche Person bezahlt, die für die Bestattungskosten aufkommt.

5 Allgemeine Deckungsausschlüsse in der Unfallversicherung

Nicht versichert sind:

1. Krankheiten;
2. Unfälle:
 - a. mit Motorfahrzeugen/Motorbooten bei der Teilnahme an Rennen, Rallyes und ähnlichen Wettfahrten, Fahrten auf Rennstrecken, Trainingsgeländen, Rundkursen sowie bei allen Wettbewerben im Gelände. Fahrsicherheitstrainings sind versichert, wenn sie ausschliesslich der Sicherheit im ordentlichen Strassenverkehr dienen, keinen Renncharakter haben und ohne Zeitmessung erfolgen;
 - b. bei der Benützung von Luftfahrzeugen, beim Fallschirmabsprung, beim Gleitschirm- und Hängegleiterfliegen, wenn die versicherte Person vorsätzlich gegen behördliche Vorschriften verstösst oder die erforderlichen Ausweise oder Bewilligungen nicht besitzt;
 - c. infolge Trunkenheit (ab einer Blutalkoholkonzentration von 2.0 Gewichtspro mille (Mittelwert) oder 1.0 mg/Liter pro Atemluft) oder missbräuchlicher Verwendung von Medikamenten, Drogen oder Chemikalien;
 - d. infolge Erdbeben in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein;
 - e. bei Unruhen aller Art und den dagegen ergriffenen Massnahmen; es sei denn die versicherte Person beweist, dass sie nicht auf der Seite der Unruhestifter aktiv oder durch Aufwiegelung beteiligt war;
 - f. bei vorsätzlicher Begehung von Verbrechen und Vergehen und dem Versuch dazu;
 - g. im Zusammenhang mit dem Dienst in einer ausländischen Armee;
 - h. infolge kriegerischer Ereignisse
 - in der Schweiz;
 - im Ausland, es sei denn, der Unfall ereigne sich innert 30 Tagen seit dem erstmaligen Ausbruch von solchen Ereignissen in dem Land, in dem die versicherte Person sich aufhält und dort vom Ausbruch überrascht wurde.
 - i. bei der Beteiligung an Raufereien und Schlägereien; es sei denn, die versicherte Person sei als Unbeteiligte oder bei der Hilfeleistung einer wehrlosen Person durch die Streitenden verletzt worden;

- j. bei denen die versicherte Person andere stark provoziert hat;
 - k. infolge aktiver Teilnahme an Terroranschlägen;
 - l. infolge kosmetischer Eingriffe, die nicht im Zusammenhang mit einem versicherten Unfall stehen;
3. Gesundheitsschädigungen durch Eingriffe, Heilmassnahmen und Untersuchungen, die nicht Folge eines versicherten Unfalls sind;
4. Folgen von Eingriffen, die die versicherte Person an sich selbst vornimmt, sowie Selbstmord und Selbstverstümmelung oder der Versuch dazu – auch im Zustand der Urteilsunfähigkeit;
5. Gesundheitsschädigungen durch Strahlen irgendwelcher Art, sowie als Folge von bakteriologischen, biologischen und chemischen Kampfstoffen.

6 Leistungen nach Beendigung des Versicherungsvertrags

Ist der Unfall während der Vertragsdauer eingetreten, werden die Leistungen auch nach dem Vertragsende ausgerichtet. Vorbehalten sind die jeweiligen Bestimmungen über die maximale Leistungshöhe und Leistungsdauer sowie das Schlussalter.

Ist das Todesfallkapital mitversichert und ist der Unfall während der Vertragsdauer eingetreten, stirbt die versicherte Person aber an den Folgen dieses Unfalles erst nach Vertragsende, können die Anspruchsberechtigten noch fünf Jahre nach Ende des Versicherungsvertrags die Ausrichtung des Todesfallkapitals geltend machen.

Die gesetzlichen Verjährungsfristen bleiben vorbehalten.

Begriffe

Hinsichtlich der Begriffe:

- Unfall und unfallähnliche Körperschädigungen,
- Berufsunfälle,
- Nichtberufsunfälle,
- Berufskrankheiten,
- Erwerbsunfähigkeit,
- Invalidität,
- Integritätsschaden,

sind die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) und des Bundesgesetzes über die obligatorische Unfallversicherung (UVG) und dessen Verordnungen (UVV) anwendbar.

1 Selbstständigerwerbende

Als Selbstständigerwerbende gelten Personen, die unter eigenem Namen auf eigene Rechnung arbeiten sowie in unabhängiger Stellung sind und ihr eigenes wirtschaftliches Risiko tragen.

2 Mitarbeitende Familienangehörige

Als mitarbeitende Familienangehörige gelten Personen, die in einem Betrieb familienhafte Mitarbeit leisten. Der Betrieb muss von einem Familienangehörigen als Selbstständigerwerbender geleitet werden.

3 Arbeitnehmende

Als Arbeitnehmende gelten Personen, die in unselbstständiger Stellung Arbeit leisten und dafür einen AHV-pflichtigen Lohn beziehen.

4 Krankheit

Krankheit ist jede – vom Willen der versicherten Person unabhängige – Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen.

Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen gelten als Krankheit.

5 Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten.

Bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 90 Tagen wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.

6 Arzt

Als Arzt gilt, wer eidgenössisch diplomiert und zur Berufsausübung zugelassen ist oder ein gleichwertiges ausländisches Fähigkeitszeugnis besitzt.

7 Pflegepersonal

Als Pflegepersonal gilt, wer diplomiert und zur Berufsausübung zugelassen ist oder, das von anerkannten Organisationen zur Verfügung gestellt wird.

8 Haushaltshilfen

Als Haushaltshilfen gelten Personen, die gegen Entgelt in Vertretung der versicherten Person den Haushalt besorgen. Nicht als Haushaltshilfen gelten Personen, die im gleichen Haushalt mit der versicherten Person wohnen oder ein verwandtschaftliches Verhältnis zur versicherten Person haben.

9 Spital

Als Spital gelten inländische Anstalten und Abteilungen, die der stationären Behandlung von akuten Krankheiten und Unfallfolgen dienen, unter dauernder ärztlicher Leitung stehen, über das erforderliche fachgemäss ausgebildete Pflegepersonal und über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen.

10 Kuranstalten

Als Kuranstalten gelten medizinische Institutionen, die der Nachbehandlung oder Rehabilitation dienen, unter ärztlicher Leitung stehen, über das erforderliche fachgemäss ausgebildete Personal und über zweckentsprechende Einrichtungen verfügen.

11 Schlussalter für das Taggeld

Als Schlussalter gilt der letzte Tag des Monats, in dem das Alter von 70 Jahren erreicht wird. Das Taggeld erlischt mit dem Schlussalter.