

Krankenversicherung

Kundeninformationen und Allgemeine Versicherungsbedingungen

Kollektiv-Krankenversicherung

- Taggeld
- Mutterschaftsversicherung in Ergänzung zur EO
- Lohnnachgenuss im Todesfall

Ausgabe 01.2020

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 68 in 3001 Bern.
- Die Mobi24 Call-Service-Center 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.

Unser Angebot umfasst:

▪ Taggeld

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.

▪ Mutterschaftsentschädigung in Ergänzung zu einer gesetzlichen Mutterschaftsversicherung

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

▪ Lohnnachgenuss im Todesfall

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

3. Welches sind die wichtigsten Deckungsausschlüsse?

Nicht versichert sind zum Beispiel:

- Unfälle und deren Folgen;
- Berufskrankheiten, die von der obligatorischen Unfallversicherung gemäss UVG übernommen werden;
- Folgen von kosmetischen Eingriffen;
- 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;
- elektronischer Meldung Ihrer definitiven Lohnsummen über das Kundenportal (mobiliar.ch/meinmobiliar) 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 und Ihrer Police sowie den entsprechenden Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, allenfalls ergänzt durch Besondere Bedingungen.

6. Welches sind die wichtigsten Pflichten?

Ihre Pflichten ergeben sich aus Ihrer Police, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag. Daraus folgt insbesondere:

- Sie müssen die Fragen im Antrags- und Gesundheitsformular 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 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 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 optimal unterstützen können.

7. Welche Leistungen erbringt die Mobiliar?

Die von der Mobiliar zu erbringenden Leistungen ergeben sich aus der Police, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und allfälligen Besonderen Bedingungen sowie den anwendbaren Gesetzen.

8. Welche Prämien sind geschuldet?

Die Höhe der geschuldeten Prämie hängt vom beitragspflichtigen AHV-Lohn bis zu dem im Vertrag festgesetzten Höchstlohn ab. Für die im Vertrag namentlich genannten Personen ist der im Vertrag für diese Personen vereinbarte Jahreslohn massgebend. Zusätzlich ist der individuelle und kollektive Schadenverlauf massgebend.

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 Versicherungsvertrages?

Angaben über die vereinbarte Laufzeit entnehmen Sie dem Antrag, respektive im Fall eines Vertragsabschlusses Ihrer Police. 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.
- Im ersten Jahr nach Abschluss des Versicherungsvertrags können Sie diesen kündigen, sofern wir vor dessen Abschluss unseren Informationspflichten nicht nachgekommen sind. Ihre Kündigung müssen Sie schriftlich 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.
- Nach Eintritt eines ersatzpflichtigen Schadens können Sie und wir den Versicherungsvertrag kündigen.
- Wenn Sie bei der Aufnahme des Antrags eine Frage unrichtig beantwortet oder etwas verschwiegen haben, können wir den Versicherungsvertrag kündigen, 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 gruppeneigene Marketingzwecke (z. B. Marktforschung, Erstellung von Kundenprofilen) sowie zur Pflege und Dokumentation von bestehenden und künftigen Kundenbeziehungen verwendet. Gespräche mit unserem Mobi24 Call-Service-Center 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		L Deckungsausschlüsse	
A Grundlagen der Versicherung	6		9
1 Versicherungsträger	6	Leistungen	
2 Zweck	6	M Schadensversicherung	9
3 Rechtsgrundlagen	6	N Generelles	9
4 Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen	6	O Taggeld	9
5 Beauftragung eines Dritten	6	1 Anspruch	9
B Abschluss der Versicherung	6	2 Teilweise Arbeitsunfähigkeit	9
1 Anzeigepflicht	6	3 Leistungen bei vorbestandenen Krankheiten und Gebrechen	9
2 Beginn und Ablauf des Versicherungsvertrags	6	4 Leistungen bei Konkurseröffnung	9
3 Police	6	5 Leistungsdauer	10
C Änderung der Versicherung	6	6 Probezeit, befristete oder saisonale Arbeitsverträge	10
D Aufhebung der Versicherung	6	7 Nachleistungen	10
1 Ordentliche Kündigung	6	8 Auslandsaufenthalt bei Erkrankung	10
2 Verletzung der Anzeigepflicht	6	9 Leistungen bei unbezahltem Urlaub	10
3 Betrügerische Begründung des Versicherungsanspruchs	7	10 Mutterschaft	10
4 Aufgabe der Geschäftstätigkeit oder Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland	7	11 Grobfahrlässigkeit	10
E Prämienabrechnung	7	P Mutterschaftsversicherung in Ergänzung zur EO	10
F Überschussbeteiligung	7	Q Lohnnachgenuss im Todesfall	10
G Meldepflichten und Obliegenheiten	7	R Massgebendes Einkommen und Berechnung der Leistungen	11
1 Änderung der Geschäftstätigkeit, Wechsel des Betriebsdomizils, Änderung des Betriebszwecks oder Übernahme eines anderen Betriebs	7	S Leistungen Dritter	11
2 Orientierung der versicherten Personen	7	T Quellensteuer	11
3 Zusätzliche Taggeldversicherungen	7	U Freizügigkeit	11
4 Pflichten im Schadenfall	8	Begriffe	
H Gerichtsstand	8	1 Krankheit	12
Versicherungsschutz		2 Unfall	12
I Versicherte Personen	8	3 Arbeitsunfähigkeit	12
J Örtlicher Geltungsbereich	8	4 Arzt	12
K Beginn, Ruhen und Ende des Versicherungsschutzes für die einzelne versicherte Person	9	5 Pflegepersonal	12
1 Beginn des Versicherungsschutzes	9	6 Schlussalter	12
2 Ruhen des Versicherungsschutzes bei unbezahltem Urlaub	9		
3 Ende des Versicherungsschutzes	9		

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 Versicherung dient der Absicherung der versicherten Personen gegen die wirtschaftlichen Folgen von Arbeitsunfähigkeit bei Krankheit.

In Ergänzung zu den Leistungen der gesetzlichen Mutterschaftsversicherung kann für Mitarbeiterinnen das Erwerbsausfallrisiko infolge Geburt versichert werden.

3 Rechtsgrundlagen

Grundlagen des Versicherungsvertrags bilden die Offerte, der Antrag, allfällige Gesundheitsdeklarationen, die Police mit allfälligen Nachträgen, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und 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 Abschluss des Versicherungsvertrags erhebliche Gefahrstatsachen, die sie kennen oder kennen müssen und über die sie schriftlich 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

In der Police werden die versicherten Leistungen festgehalten.

C Änderung der Versicherung

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 oder Leistungen zu Gunsten des Versicherungsnehmers berechtigen nicht, den Versicherungsvertrag zu kündigen.

D Aufhebung der Versicherung

1 Ordentliche Kündigung

Beide Parteien können den Versicherungsvertrag auf das Ende der vereinbarten Vertragsdauer hin kündigen. Die Kündigung hat schriftlich zu erfolgen und 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 schriftlich gekündigt werden.

2 Verletzung der Anzeigepflicht

Die Mobiliar kann den Versicherungsvertrag schriftlich kündigen, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person ihr eine erhebliche Gefahrstatsache unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen und der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person somit die Anzeigepflicht verletzt haben. Die Kündigung wird mit Eingang 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, deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache

che beeinflusst worden ist. Wurden für diese Schäden bereits Leistungen erbracht, hat die Mobiliar Anspruch auf Rückerstattung.

3 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.

4 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.

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

E Prämienabrechnung

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

Für Personen, für die eine feste Jahreslohnsumme vereinbart wurde, ist keine Lohnsummendeklaration einzureichen.

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

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 auf Grund 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, ist die Mobiliar von diesem Zeitpunkt an nicht mehr an den Versicherungsvertrag gebunden. Der Vertrag 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.

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, wenn die auf die Beobachtungsperiode entfallenden 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 Änderung der Geschäftstätigkeit, Wechsel des Betriebsdomizils, Änderung des Betriebszwecks oder 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 kann den Versicherungsvertrag bei Gefahrserhöhung kündigen oder bei Gefahrsverminderung 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 Taggeldversicherungen

Personen, die mit einer festen Jahreslohnsumme versichert sind, müssen den Neuabschluss von zusätzlichen Taggeldversicherungen, die Leistungen bei Krankheit erbringen, der Mobiliar unverzüglich mitteilen. Die Leistungen und die Prämien bei der Mobiliar werden dem effektiven Bedarf angepasst.

Unterbleibt die Meldung, ist die Mobiliar nicht mehr an den Versicherungsvertrag gebunden.

4 Pflichten im Schadenfall

4.1 Beiziehen eines Arztes

Gibt ein Krankheitsfall 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 oder begibt sie sich nicht in regelmässige ärztliche Kontrolle, kann die Mobiliar die Leistungen kürzen oder verweigern.

4.2 Schadenmeldung

Jeder Krankheitsfall ist der Mobiliar spätestens 30 Tage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit zu melden. Erfolgt die Schadenmeldung verspätet, ruht die Leistungspflicht bis zum Eingang der Schadenmeldung. Die Wartefrist wird von diesem Tag an gerechnet.

Versäumte Tagelder werden an die Leistungsdauer angerechnet. Erfolgt die Schadenmeldung mehr als zwei Jahre nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit, 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 uns dieser nicht innert zwei Jahren nach erfolgter Abrechnung der gesetzlichen Mutterschaftsleistungen mitgeteilt wird.

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 neu 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.

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 alle Personen, die zu einem in der Police bezeichneten Personenkreis gehören und

- als Arbeitnehmer im versicherten Betrieb beschäftigt sind;
- zum Zeitpunkt des Anstellungsbegins beim Versicherungsnehmer das ordentliche AHV-Alter nicht erreicht haben;
- keine Altersrente beziehen;
- das Schlussalter noch nicht erreicht haben.

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

J Örtlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

Innerhalb Europas: Der Versicherungsschutz gilt zeitlich uneingeschränkt.

Ausserhalb Europas: Für entsandte Mitarbeitende 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 die einzelne versicherte Person 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.

2 Ruhen des Versicherungsschutzes bei unbezahltem Urlaub

Bei unbezahltem 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 die einzelne versicherte Person:

- mit Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis;
- bei Ablauf eines befristeten oder saisonalen Arbeitsvertrags;
- bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses;
- mit dem Bezug einer Altersrente und zwar unabhängig vom Zeitpunkt der Pensionierung (Rentenvorbezug, ordentliche Pensionierung oder Aufschub);
- mit Erreichen des Schlussalters;
- mit Erschöpfung der vollen in der Police vereinbarten Leistungsdauer;
- mit Beendigung des Versicherungsvertrags;
- bei Konkurseröffnung des versicherten Betriebs.

L Deckungsausschlüsse

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 Rentenbezüglern, die keine Gesundheitsdeklaration ausfüllen mussten, zum 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 einer aktiven Teilnahme an Terroranschlägen.

Leistungen

M Schadensversicherung

Die Versicherungen der Kollektiv-Krankenversicherung gelten als Schadensversicherung.

N Generelles

Die folgenden Versicherungsdeckungen (Artikel O–Q) sind mitversichert, sofern diese in der Police aufgeführt sind.

O Taggeld

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.

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.

3 Leistungen bei vorbestandene 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.

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

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

4 Leistungen bei Konkurseröffnung

Wurden von der Mobiliar vor der Konkurseröffnung Taggeldleistungen erbracht, so bleibt der Anspruch unter Vorbehalt der Bestimmungen über die Leistungsdauer

sowie das Schlussalter auch nach der Konkursöffnung bestehen. Für Schadenfälle, die erst nach der Konkursöffnung eintreten, besteht kein Anspruch auf Taggeldleistungen.

5 Leistungsdauer

Die Mobiliar bezahlt das Taggeld maximal während der in der Police aufgeführten Leistungsdauer.

Ab Erreichen des ordentlichen AHV-Alters beträgt die maximale Leistungsdauer für Personen, die auch nach diesem Zeitpunkt noch versichert sind, für alle laufenden Schadenfälle maximal noch 180 Tage, sofern sie nicht schon vorher endet. Ab Erreichen des ordentlichen AHV-Alters beträgt die maximale Leistungsdauer für Personen, die zu diesem Zeitpunkt noch versichert sind, für neue Fälle maximal 180 Tage abzüglich Wartefrist.

Die Versicherungsleistungen enden in jedem Fall im Zeitpunkt des Bezugs einer Altersrente oder mit dem Erreichen des Schlussalters.

Vorbehalten bleiben zudem die Bestimmungen zur Leistungsdauer für Mitarbeitende, die sich in der Probezeit befinden und für Mitarbeitende mit befristeten oder saisonalen Arbeitsverträgen.

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 Arbeitsfähigkeit während mehr als 365 Tagen bestand.

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

6 Probezeit, befristete oder saisonale Arbeitsverträge

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 Mitarbeitenden 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 auf Grund von Freizügigkeitsabkommen Anspruch auf günstigere Bedingungen, gelten diese.

7 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. Voraussetzung ist, dass die Arbeitsunfähigkeit ununterbrochen mindestens 25 Prozent beträgt. Bereits erbrachte Leistungen werden an die Leistungsdauer angerechnet.

8 Auslandsaufenthalt bei Erkrankung

Verlässt eine erkrankte, 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.

9 Leistungen bei unbezahltm 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.

10 Mutterschaft

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

11 Grobfahrlässigkeit

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

P Mutterschaftsversicherung in Ergänzung zur EO

Die Mobiliar bezahlt 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 Erwerbssersatzordnung 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.

Q 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).

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

R Massgebendes Einkommen und Berechnung der Leistungen

Als versicherter Lohn für die Bemessung der Leistungen gilt der AHV-pflichtige Lohn, 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 Versicherungsfalls 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 Betriebsschliessungen, Betriebszusammenlegungen oder bei ähnlichen Gegebenheiten werden nicht berücksichtigt.

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

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

S Leistungen Dritter

Die Mobiliar kürzt ihre Leistungen 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 Haftpflichtversicherung, einer anderen privaten Schadensversicherung oder entsprechender ausländischer Versicherungsanstalten zusammen das versicherte Taggeld übersteigen.

Entsteht trotz einer 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.

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

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

T Quellensteuer

Soweit die Mobiliar auf Grund 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.

U Freizügigkeit

Innert 90 Tagen nach Austritt aus dem versicherten Personenkreis oder Beendigung des Versicherungsvertrags hat die einzelne in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein wohnhafte Person das Recht, bei der Mobiliar den Abschluss einer Taggeldversicherung nach den Bedingungen der Einzel-Krankenversicherung zu beantragen. Art. 100 Abs. 2 VVG bleibt vorbehalten. 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 Rentenbezüglern, die ohne Gesundheitsprüfung in die Kollektiv-Krankenversicherung aufgenommen wurden, gilt für die Beurteilung des Gesundheitszustands 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 auf Grund 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;
- e für Personen, solange sie Nachleistungen beziehen;
- f für Personen während der Probezeit, sofern für sie reduzierte Leistungen gelten;
- g für Personen mit saisonalem oder befristetem Arbeitsverhältnis, sofern für sie reduzierte Leistungen 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 auf Grund von Freizügigkeitsabkommen die Weiterführung des Versicherungsschutzes gewährleisten muss;
- i bei betrügerischer Begründung des Versicherungsanspruchs gemäss Art. 40 VVG.

Begriffe

1 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.

2 Unfall

Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Berufskrankheiten sind Unfällen gleichgestellt.

Folgende, abschliessend aufgeführte Körperschädigungen sind, sofern sie nicht vorwiegend auf eine Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt:

- a Knochenbrüche;
- b Verrenkungen von Gelenken;
- c Meniskusrisse;
- d Muskelrisse;
- e Muskelzerrungen;
- f Sehnenrisse;
- g Bandläsionen;
- h Trommelfellverletzungen.

Keine Körperschädigungen stellen nicht unfallbedingte Schäden an Sachen dar, die infolge einer Krankheit eingesetzt wurden und einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen.

3 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.

4 Arzt

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

5 Pflegepersonal

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

6 Schlussalter

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