

MobiSana



Kundeninformationen und Allgemeine Versicherungsbedingungen

Kollektiv-Krankenversicherung

- Taggeld
- Mutterschaftsversicherung in Ergänzung zur EO

Ausgabe 01.2012

Die Mobiliar
Versicherungen & Vorsorge

Kundeninformationen

Was Sie über Ihre MobiSana 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 MobiSana Kollektiv-Krankenversicherung über den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrags zu informieren.

Die nachstehenden Kundeninformationen geben Ihnen 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 für Ihre MobiSana Kollektiv-Krankenversicherung ist die Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG, ein Unternehmen der Gruppe Mobiliar. Sie ist genossenschaftlich verankert und hat ihren Sitz an der Bundesgasse 35 in 3001 Bern.

2. Welches ist der Umfang der MobiSana Kollektiv-Krankenversicherung?

Die MobiSana Kollektiv-Krankenversicherung ist eine individuelle auf Ihre Bedürfnisse abgestimmte Versicherungslösung, inklusive Servicepaket mit zusätzlichen Dienstleistungen. Sie dient der wirtschaftlichen Absicherung gegen die Folgen von Krankheit.

Unser Angebot umfasst:

- Taggeld;
- Mutterschaftsentschädigung in Ergänzung zu einer gesetzlichen Mutterschaftsversicherung.

3. Was beinhaltet das exklusive Servicepaket?

Zusätzlich zu den gewählten Deckungen sind folgende Leistungen enthalten:

- Beratung und Betreuung durch Ihre persönliche Beraterin oder Ihren persönlichen Berater 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 Internet oder direkt aus Ihrem swissdec-zertifizierten Lohnbuchhaltungssystem.

4. Welches sind die wichtigsten Deckungsausschlüsse?

In der Krankenversicherung sind beispielsweise nicht versichert:

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

5. Wo ist der gewünschte Versicherungsschutz festgehalten?

Sie wählen aus unserem Angebot den individuell für Sie passenden Schutz und finden die von Ihnen gewählten Leistungen im Antrag und der Police. Dort sind auch die versicherten Personen sowie die Prämien und allfällige Besondere Bedingungen aufgeführt.

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen umschreiben detailliert die Leistungen des Angebots. Was nicht versichert ist, haben wir grau unterlegt.

Der Umfang des gewünschten Versicherungsschutzes richtet sich somit nach dem Inhalt des Antrags und der Police sowie den entsprechenden Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, allenfalls ergänzt durch Besondere Bedingungen und weitere Policenbeilagen.

6. Welches sind die wichtigsten Pflichten?

- Die Antrags- und Gesundheitsfragen müssen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet werden, 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 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 versichertes Schadenereignis ein, muss uns dieses innert 30 Tagen gemeldet werden. Wir sind auf Ihre Mitarbeit angewiesen, damit wir Ihnen und den versicherten Personen im Schadenfall optimale Unterstützung bieten können.

Die weiteren Pflichten ergeben sich aus der Police, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag.

7. Welche Leistungen erbringen wir im Schadenfall?

Die von uns im Versicherungsfall 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 von der Betriebsart, vom Standort, von den gewählten Leistungen, vom versicherten Lohn, vom Geschlecht der versicherten Person und vom Vertragsverlauf ab.

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

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

9. Was gilt betreffend Laufzeit des Versicherungsvertrags?

Angaben über die vereinbarte Laufzeit entnehmen Sie dem Antrag respektive Ihrer Police. Nachfolgend finden Sie die wichtigsten Aufhebungsmöglichkeiten:

- Der Versicherungsvertrag endet spätestens am in der Police genannten Datum.
- 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.
- Wenn wir während der Dauer der Versicherung die Prämien erhöhen, können Sie den Versicherungsvertrag kündigen.
- 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.

10. Was gilt Punkto Datenschutz?

Wir halten uns bei der Bearbeitung von Personendaten an das schweizerische Datenschutzrecht. Daten, die sich aus dem Versicherungsverhältnis oder der Schadenerledigung ergeben, werden von uns bearbeitet und insbesondere für die Bestimmung der Prämien, zur Risikoabklärung, zur Bearbeitung von Versicherungsfällen, für gruppeneigene Marketingzwecke sowie zur Pflege und Dokumentation von bestehenden und künftigen Kundenbeziehungen verwendet. Gespräche mit unserem Callservice-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, werden wir die Daten an die am Versicherungsvertrag 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.

Wir werden 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 | | | |
| A Grundlagen der Versicherung | 6 | K Beginn, Ruhen und Ende des Versicherungsschutzes für die einzelne versicherte Person | 8 |
| 1 Versicherungsträger | 6 | 1 Beginn des Versicherungsschutzes | 8 |
| 2 Zweck | 6 | 2 Ruhen des Versicherungsschutzes bei unbezahltem Urlaub | 8 |
| 3 Rechtsgrundlagen | 6 | 3 Ende des Versicherungsschutzes | 8 |
| B Abschluss der Versicherung | 6 | L Deckungsausschlüsse | 9 |
| 1 Anzeigepflicht | 6 | Leistungen | |
| 2 Beginn und Ablauf des Versicherungsvertrags | 6 | M Schadensversicherung | 9 |
| 3 Neuer Versicherungsvertrag | 6 | N Taggeld | 9 |
| 4 Police | 6 | 1 Anspruch | 9 |
| C Änderung der Versicherung | 6 | 2 Teilweise Arbeitsunfähigkeit | 9 |
| D Aufhebung der Versicherung | 6 | 3 Leistungen bei vorbestandenen Krankheiten und Gebrechen | 9 |
| 1 Verletzung der Anzeigepflicht | 6 | 4 Leistungsdauer | 9 |
| 2 Betrügerische Begründung des Versicherungsanspruchs | 6 | 5 Probezeit, befristete oder saisonale Arbeitsverträge | 9 |
| 3 Aufgabe der Geschäftstätigkeit oder Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland | 6 | 6 Nachleistungen | 9 |
| E Prämie | 7 | 7 Auslandsaufenthalt bei Erkrankung | 10 |
| 1 Prämienberechnung | 7 | 8 Leistungen bei unbezahltem Urlaub | 10 |
| 2 Deklaration | 7 | 9 Mutterschaft | 10 |
| F Überschussbeteiligung | 7 | 10 Grobfahrlässigkeit | 10 |
| G Meldepflichten und Obliegenheiten | 7 | O Mutterschaftsversicherung in Ergänzung zur EO | 10 |
| 1 Änderung der Geschäftstätigkeit, Wechsel des Betriebsdomizils, Änderung des Betriebszwecks oder Übernahme eines anderen Betriebs | 7 | P Massgebendes Einkommen und Berechnung der Leistungen | 10 |
| 2 Orientierung der versicherten Personen | 7 | Q Leistungen Dritter | 10 |
| 3 Zusätzliche Taggeldversicherungen | 7 | R Quellensteuer | 10 |
| 4 Pflichten im Schadenfall | 7 | Freizügigkeit | 10 |
| H Gerichtsstand | 8 | Begriffe | |
| Versicherungsschutz | | 1 Krankheit | 11 |
| I Versicherte Personen | 8 | 2 Unfall | 11 |
| J Örtlicher Geltungsbereich | 8 | 3 Arbeitsunfähigkeit | 11 |
| | | 4 Arzt | 11 |
| | | 5 Pflegepersonal | 11 |
| | | 6 Schlussalter | 11 |

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 von Mitarbeitenden 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).

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

Der Versicherungsvertrag beginnt und endet an den in der Police genannten Daten.

3 Neuer Versicherungsvertrag

Die Mobiliar kann dem Versicherungsnehmer vor Ablauf des Versicherungsvertrags den Antrag auf Abschluss eines neuen Versicherungsvertrags mit neuen Bedingungen unterbreiten, basierend auf den ursprünglichen Angaben zu den Antrags- und den allfälligen Gesundheitsfragen. **Der neue Versicherungsvertrag tritt in Kraft, wenn der Antrag vom Versicherungsnehmer nicht ausdrücklich schriftlich vor Ablauf des laufenden Versicherungsvertrags abgelehnt wird.** Der Antrag auf Abschluss des neuen Versicherungsvertrages wird dem Versicherungsnehmer spätestens 30 Tage vor Ablauf des laufenden Versicherungsvertrags zugesandt.

4 Police

In der Police werden die versicherten Leistungen festgehalten.

C Änderung der Versicherung

Bei Änderung der Prämientarife kann die Mobiliar die Anpassung des Versicherungsvertrags vom folgenden Versicherungsjahr an verlangen. Die Mobiliar gibt die neue Prämie 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 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 beeinflusst worden ist. Wurden für diese Schäden bereits Leistungen erbracht, hat die Mobiliar Anspruch auf Rückerstattung.

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.

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

E Prämie

1 Prämienberechnung

Die Prämie hängt ab von der Betriebsart, vom Standort, von den gewählten Leistungen, vom versicherten Lohn, vom Geschlecht der versicherten Person und von der Schadenerfahrung.

Die Schadenerfahrung berücksichtigt den vertragsindividuellen Vertragsverlauf in Prozent und die Anzahl Schadenfälle.

Vorbehalten bleibt eine allfällige Minimalprämie.

2 Deklaration

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.

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. Die Mobiliar kann die Richtigkeit der Einschätzung oder die Angaben des Versicherungsnehmers jederzeit nachprüfen. Verweigert der Versicherungsnehmer diese Nachprüfung oder macht er vorsätzlich unrichtige Angaben, ist die Mobiliar von diesem Zeitpunkt an nicht mehr an den Versicherungsvertrag gebunden.

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 jeweils nach Ablauf der Beobachtungsperiode oder nach Verbuchung eines Ersatzantrags mit Änderung des Überschussanteils, der Verwaltungskosten, der Police Nr. oder bei Änderung des Vertragsablaufs den vereinbarten Anteil an einem allfälligen Überschuss aus seinem Versicherungsvertrag.

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 Gefahrs-erhöhung 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.

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 Taggelder 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 Zeugnisse, 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, geht der Leistungsanspruch unter. Die Mahnung hat auf die Säumnisfolgen aufmerksam zu machen.

4.4 Schadenminderung

Die versicherte Person hat alles 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.

Eine versicherte Person, die nicht mehr in einem Anstellungsverhältnis steht, ist verpflichtet, 120 Tage nach Beginn der ärztlich bestätigten Arbeitsunfähigkeit eine ihrem Ausbildungs- und Berufsstand entsprechende Tätigkeit aufzunehmen. Unterlässt sie es, sich um eine zumutbare Tätigkeit 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, als Arbeitnehmer im versicherten Betrieb beschäftigt sind und das Schlussalter noch nicht erreicht haben.

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

J Örtlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt weltweit und in Ländern Europas zeitlich uneingeschränkt. Ausserhalb Europas 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 mit dem Tag der tatsächlichen Arbeitsaufnahme beim Versicherungsnehmer, frühestens jedoch mit dem in der Police festgelegten Datum. Für Personen, die am Tag der Arbeitsaufnahme 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 ab dem 180. Tag bis zur Wiederaufnahme der versicherten Tätigkeit. Für Erkrankungen, die nach dem 180. Tag eingetreten sind, werden keine Leistungen erbracht.

3 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz erlischt für die einzelne Person:

- mit Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis;
- bei Ablauf eines befristeten oder saisonalen Arbeitsvertrags;
- bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses;
- bei vorzeitigem Ruhestand mit dem Austreten aus dem versicherten Betrieb;
- mit Erreichen des Schlussalters;
- mit Erschöpfung der vollen in der Police vereinbarten Leistungsdauer;
- mit Beendigung des Versicherungsvertrags.

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 von Terroranschlägen.

Leistungen**M Schadensversicherung**

Die Versicherungen der Kollektiv-Krankenversicherung gelten als Schadensversicherung.

N Taggeld**1 Anspruch**

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

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 vorbestandene Gesundheitsstörungen) betreffen, die zum Rentenanspruch geführt haben.

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

4 Leistungsdauer

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

5 Probezeit, befristete oder saisonale Arbeitsverträge

Für versicherte Personen, die sich in der Probezeit befinden und für versicherte Personen mit befristeten oder saisonalen Arbeitsverträgen entspricht die Leistungsdauer der Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers gemäss Obligationenrecht, mindestens aber 21 Tage.

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.

6 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 Schlusalter auch nach diesem Zeitpunkt bestehen. Voraussetzung ist, dass die Arbeitsunfähigkeit ununterbrochen mindestens 25 Prozent beträgt. Bereits erbrachte Leistungen werden an die Leistungsdauer angerechnet.

7 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.

8 Leistungen 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.

9 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.

10 Grobfahrlässigkeit

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

O Mutterschaftsversicherung in Ergänzung zur EO

Ist eine Mutterschaftsversicherung mitversichert, bezahlt die Mobiliar die vereinbarten Leistungen für jede Niederkunft, für die Leistungen aus einer gesetzlichen Mutterschaftsversicherung erbracht werden, während der in der Police aufgeführten Leistungsdauer.

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

P 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.

Q 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 oder entsprechender ausländischer Versicherungsanstalten zusammen das versicherte Taggeld übersteigen.

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.

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.

R 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.

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. Artikel 100 Absatz 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.
- Arbeitslose im Sinn der Arbeitslosenversicherung (AVIG) können eine Reduktion der Wartefrist auf 30 Tage verlangen.
- Die bisher versicherten Leistungen werden in dem Mass reduziert, als dass die versicherte Person beim Übertritt ihre Erwerbstätigkeit herabsetzt oder einen Arbeitsvertrag mit einem tieferen Lohn abgeschlossen hat.

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 Schlussalters;
- 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 Artikel 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 eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration 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 AHV-Alter erreicht wird. Wird die Altersrente vor dem ordentlichen Rentenalter bezogen, gilt als Schlussalter der letzte Tag des Monats vor dem ersten Rentenbezug.

