

Unfall- und Krankenversicherung

Kundeninformationen und Allgemeine Versicherungsbedingungen

Unfall- und Krankenversicherung für Selbständigerwerbende

Unfallversicherung

- Heilungskosten
- Spitaltaggeld
- Taggeld
- Invaliditätskapital
- Todesfallkapital

Krankenversicherung

- Taggeld
- Spitaltaggeld

Ausgabe 01.2019

Kundeninformationen

Was Sie über Ihre Unfall- und Krankenversicherung für Selbständigerwerbende 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 Unfall- und Krankenversicherung für Selbständigerwerbende 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 Unfall- und Krankenversicherung für Selbständigerwerbende ist eine individuelle auf Ihre Bedürfnisse abgestimmte Versicherungslösung, inklusive Servicepaket mit zusätzlichen Dienstleistungen. Sie dient der wirtschaftlichen Absicherung der versicherten Personen gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheiten und Unfällen.

Unser Angebot in der Unfallversicherung umfasst:

▪ Heilungskosten

Pflegeleistungen und Kosten, welche unbeschränkt übernommen werden, bezahlt die Mobiliar innerhalb von 5 Jahren nach Eintritt des versicherten Ereignisses ohne betragliche Begrenzung. Danach werden für diese Leistungen, sowie für Leistungen, welche zu den genannten Höchstbeträgen vergütet werden, pro versichertes Ereignis insgesamt noch CHF 200 000 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.

▪ Spitaltaggeld

Während Spital- und ärztlich angeordneten Kuraufenthalten bezahlt die Mobiliar das Spitaltaggeld vom ersten Tag des Aufenthalts an, längstens jedoch während 730 Tagen je Fall oder bis zum Erreichen des Schlussalters.

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

Unser Angebot in der Krankenversicherung umfasst:

▪ Taggeld

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

▪ Spitaltaggeld

Während Spital- und ärztlich angeordneten Kuraufenthalten bezahlt die Mobiliar das Spitaltaggeld vom ersten Tag des Aufenthalts an, längstens jedoch während 730 Tagen je Fall oder bis zum Erreichen des Schlussalters.

3. Welches sind die wichtigsten Deckungsausschlüsse?

Nicht versichert sind zum Beispiel

in der Unfallversicherung:

- Unfälle bei der Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen und Motorbooten sowie bei Fahrten auf einer Renn- oder Trainingsstrecke;
- Unfälle infolge offener Trunkenheit oder missbräuchlicher Verwendung von Medikamenten, Drogen oder Chemikalien;
- Folgen von kriegerischen Ereignissen.

in der Krankenversicherung:

- Folgen von kosmetischen Eingriffen;
- Vorgeburtliche Schädigungen, Geburtsgebrechen und deren Folgen;
- 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.

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 Vertrag ausschliessen, Leistungen verweigern oder zurückfordern;
- Sie müssen uns während der Laufzeit des Versicherungsvertrags eintretende Änderungen der im Antrag deklarierten und für die Risikobeurteilung erheblichen Gefahrstatsachen umgehend anzeigen;
- 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 im Schadenfall?

Die von der Mobiliar im Schadenfall 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 Alter, vom Geschlecht, von der Betriebsart und den gewählten Leistungen ab.

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

Bei vorzeitiger Aufhebung der Unfall- und Krankenversicherung für Selbständigerwerbende 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 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.
- Sie können die betroffene Leistung des Versicherungsvertrags 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.
- Betrügerische Begründung des Versicherungsanspruchs.
- Aufgabe der Geschäftstätigkeit oder Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland.

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 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, 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	6	K Allgemeines	8
1 Versicherungsträger	6	1 Schadensversicherung	8
2 Zweck	6	2 Nachleistungen	8
3 Rechtsgrundlagen	6	3 Grobfahrlässigkeit	8
4 Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen	6	4 Kürzung der Entschädigung	8
5 Beauftragung eines Dritten	6	5 Leistungen Dritter	8
B Abschluss der Versicherung	6	6 Direktes Forderungsrecht	9
1 Anzeigepflicht	6	L Unfallversicherung	9
2 Beginn und Ablauf des Versicherungsvertrags	6	1 Heilungskosten	9
3 Provisorischer Versicherungsschutz bei Unfällen	6	2 Spitaltaggeld	9
4 Neuer Versicherungsvertrag	6	3 Taggeld	9
5 Police	6	4 Invaliditätskapital	10
C Änderung der Versicherung	6	5 Todesfallkapital	10
D Aufhebung der Versicherung	6	6 Allgemeine Deckungsausschlüsse in der Unfallversicherung	11
1 Verletzung der Anzeigepflicht	6	M Krankenversicherung	11
2 Betrügerische Begründung des Versicherungsanspruchs	7	1 Taggeld	11
3 Aufgabe der Geschäftstätigkeit oder Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland	7	2 Spitaltaggeld	11
E Prämie	7	3 Allgemeine Deckungsausschlüsse in der Krankenversicherung	12
F Meldepflichten und Obliegenheiten	7	Begriffe	
1 Änderung der Erwerbstätigkeit, Änderung des Betriebszwecks oder Übernahme eines anderen Betriebs	7	1 Krankheit	12
2 Zusätzliche Schadensversicherungen und UVG-Unterstellung	7	2 Unfall	12
3 Pflichten im Schadenfall	7	3 Berufskrankheiten	12
G Gerichtsstand	8	4 Arbeitsunfähigkeit	12
Versicherungsschutz		5 Arzt	12
H Versicherte Personen	8	6 Pflegepersonal	12
I Örtlicher Geltungsbereich	8	7 Haushaltshilfen	12
1 Allgemeines	8	8 Spital	12
2 Auslandsaufenthalt bei laufendem Schadenfall	8	9 Kuranstalten	12
J Beginn und Ende des Versicherungsschutzes für die einzelne versicherte Person	8	10 Schlussalter	12
1 Beginn des Versicherungsschutzes	8		
2 Ende des Versicherungsschutzes	8		

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 Krankheiten, Unfällen und Berufskrankheiten, die sich während der Vertragsdauer ereignen beziehungsweise eingetreten sind.

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

Der Versicherungsvertrag beginnt und endet für jede versicherte Person an den in der Police genannten Daten.

3 Provisorischer Versicherungsschutz bei Unfällen

Sobald der unterzeichnete Antrag bei der Mobiliar oder einem ihrer Vertreter eingegangen ist, besteht bis zur Aushändigung der Police provisorischer Versicherungsschutz bei Unfällen – frühestens jedoch ab dem auf dem Antrag aufgeführten Beginndatum. Der provisorische Versicherungsschutz dauert maximal drei Monate und kann jederzeit widerrufen werden. Der provisorische Versicherungsschutz umfasst die im Antrag aufgeführten Leistungen und ist auf insgesamt maximal CHF 100 000 je Person begrenzt.

4 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 Versicherungsvertrags wird dem Versicherungsnehmer spätestens 30 Tage vor Ablauf des laufenden Versicherungsvertrags zugesandt.

Der neue Versicherungsvertrag ist ebenfalls befristet. Zudem kann er vom Versicherungsnehmer und von der Mobiliar unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist jährlich auf das Ende des Versicherungsjahrs gekündigt werden. Die Kündigung hat schriftlich zu erfolgen. Diese Regelung gilt nicht, wenn der neue Versicherungsvertrag auf Grund eines vom Versicherungsnehmer unterschriebenen Antrags zustande gekommen ist.

5 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 die betroffene Leistung des Versicherungsvertrags 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 Rück-erstattung.

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. Wenn eine betrügerische Begründung des Versicherungsanspruchs im Zusammenhang mit einem anderen bei der Mobiliar bestehenden Versicherungsvertrag begangen wurde, kann die Mobiliar den vorliegenden Versicherungsvertrag mit einer Frist von 30 Tagen auf Ende eines Monats kündigen.

3 Aufgabe der Geschäftstätigkeit oder Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland

Gibt der Versicherungsnehmer seine selbständige Geschäftstätigkeit auf oder verlegt er seinen Geschäftssitz ins Ausland, erlischt der Versicherungsvertrag.

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

E Prämie

Die Prämie hängt vom Alter, vom Geschlecht, von der Betriebsart und von den gewählten Leistungen ab.

Vorbehalten bleibt eine allfällige Minimalprämie.

F Meldepflichten und Obliegenheiten

1 Änderung der Erwerbstätigkeit, Änderung des Betriebszwecks oder Übernahme eines anderen Betriebs

Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen müssen der Mobiliar eine Änderung der im Antrag mitgeteilten Erwerbstätigkeit, eine Änderung des Betriebszwecks oder die Übernahme eines anderen Betriebs umgehend mitteilen.

Die Mobiliar kann den Versicherungsvertrag bei Gefahrserhöhung kündigen oder bei Gefahrsverminderung anpassen.

2 Zusätzliche Schadensversicherungen und UVG-Unterstellung

Der Neuabschluss von zusätzlichen Schadensversicherungen, die Leistungen bei Unfall oder Krankheit erbringen, die Unterstellung unter die obligatorische Unfallversicherung gemäss UVG oder der Einschluss in eine Kollektiv-Krankenversicherung, sind der Mobiliar unverzüglich mitzuteilen. Die Leistungen und die Prämien bei der Mobiliar werden dem effektiven Bedarf angepasst.

Hat der Versicherungsnehmer diese Anzeige absichtlich unterlassen oder die Doppelversicherung in der Absicht abgeschlossen, sich daraus einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, so ist die Mobiliar gegenüber dem Versicherungsnehmer an den Vertrag nicht gebunden.

3 Pflichten im Schadenfall

3.1 Beiziehen eines Arztes

Gibt ein Versicherungsfall 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.

3.2 Schadenmeldung

Jeder Versicherungsfall 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.

Die Tage bis zum Einreichen der Schadenmeldung werden an die Leistungsdauer angerechnet. Erfolgt die Schadenmeldung mehr als zwei Jahre nach Eintritt des Versicherungsfalles, besteht kein Anspruch auf Leistungen mehr.

Ein Todesfall ist der Mobiliar so zeitig zu melden, dass sie vor der Bestattung eine Sektion veranlassen kann. Wenn die Sektion der Leiche verweigert oder wegen verspäteter Meldung verunmöglicht wird, entfällt der Leistungsanspruch.

3.3 Auskunftspflichten

Der Versicherungsnehmer, die versicherten Personen 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 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.

3.4 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.

3.5 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.

G 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

H Versicherte Personen

Versichert sind die namentlich in der Police aufgeführten Personen.

Versichert werden können die selbständig erwerbstätige Person sowie ihre Familienangehörigen und Hausgenossen.

I Örtlicher Geltungsbereich

1 Allgemeines

Der Versicherungsschutz gilt weltweit und in Ländern Europas zeitlich uneingeschränkt. Ausserhalb Europas ruht der Versicherungsschutz nach einem ununterbrochenen Aufenthalt von 365 Tagen.

2 Auslandsaufenthalt bei laufendem Schadenfall

Verlässt eine 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.

J Beginn und Ende des Versicherungsschutzes für die einzelne versicherte Person

1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt für die einzelne versicherte Person ab dem in der Police festgelegten Datum. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen über den provisorischen Versicherungsschutz.

Versicherungsschutz besteht für versicherte Ereignisse, die während der Vertragsdauer eingetreten sind.

2 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz erlischt für die einzelne Person bei Beendigung des Versicherungsvertrags oder mit Beendigung ihrer tatsächlichen Tätigkeit im Geschäftsbetrieb des Selbständigerwerbenden.

Verlegt die versicherte Person ihren zivilrechtlichen Wohnsitz ins Ausland, erlischt der Versicherungsschutz nach

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

Die versicherte Person muss der Mobiliar die Verlegung des Wohnsitzes oder des Geschäftssitzes ins Ausland umgehend mitteilen.

Leistungen

K Allgemeines

1 Schadensversicherung

Die Versicherungen gelten als Schadensversicherungen.

2 Nachleistungen

Bezieht eine versicherte Person beim Ablauf oder bei Beendigung des Versicherungsvertrags bereits Leistungen, bleibt der Anspruch unter Vorbehalt der Bestimmungen über die Leistungsdauer sowie Schlussalter auch nach diesem Zeitpunkt bestehen. Bereits erbrachte Leistungen werden an die Leistungsdauer angerechnet.

3 Grobfahrlässigkeit

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

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

5.1 Taggeld

Die Mobiliar kürzt ihre Taggelder, soweit sie mit Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung (UVG), der Militärversicherung (MVG), der Invalidenversicherung (IVG), der obligatorischen oder überobligatorischen beruflichen Vorsorge (BVG), der Arbeitslosenversicherung (AVIG), einer gesetzlichen Mutterschaftsversicherung, einer Haftpflichtversicherung oder entsprechender ausländischer Versicherungsanstalten zusammen die bei der Mobiliar versicherten Leistungen übersteigen.

Die Mobiliar kürzt ihre Taggelder auch, soweit sie mit Leistungen anderer privater Schadensversicherungen zusammen die bei der Mobiliar versicherten Leistungen übersteigen. Sieht der Versicherungsvertrag der anderen privaten Schadensversicherungen ebenfalls eine subsidiäre Leistungspflicht vor, kürzt die Mobiliar die für den eingetretenen Schadenfall geschuldeten Leistungen nur im Verhältnis, in dem die bei der Mobiliar versicherten Leistungen zum Gesamtbetrag der versicherten Leistungen aller beteiligten privaten Schadensversicherungen stehen.

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. Hat die Mobiliar anstelle eines haftpflichtigen Dritten Leistungen erbracht, tritt die versicherte Person ihre Ansprüche der Mobiliar im Rahmen der von ihr erbrachten Leistungen ab.

5.2 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.

6 Direktes Forderungsrecht

Anspruchsberechtigt ist die versicherte Person. Sie hat ein direktes Forderungsrecht gegenüber der Mobiliar. Die Mobiliar ist indes berechtigt die Taggeldzahlung zu Händen des Versicherten dem Versicherungsnehmer zu leisten.

L Unfallversicherung

1 Heilungskosten

Pflegeleistungen und Kosten, welche unbeschränkt übernommen werden, bezahlt die Mobiliar innerhalb von 5 Jahren nach Eintritt des versicherten Ereignisses ohne betragsliche Begrenzung. Danach werden für diese Leistungen, sowie für Leistungen, welche zu den genannten Höchstbeträgen vergütet werden, pro versichertes Ereignis insgesamt noch CHF 200 000 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 Spitalkosten 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 Krankenkassen anerkannte Heilmethoden der Komplementärmedizin, die von Krankenkassen anerkannten Ärzten, Naturheilärzten, Heilpraktikern und Therapeuten durchgeführt werden bis höchstens CHF 5 000;
- j kosmetische Eingriffe, die auf Grund eines versicherten Unfalls notwendig sind bis höchstens CHF 20 000;
- k Aufwendungen für die Dienste von Haushaltshilfen, wenn deren Einsatz nach ärztlicher Ansicht notwendig ist, jedoch während längstens 30 Tagen und bis höchstens CHF 50 je Tag;
- 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 einem entschädigungspflichtigen Unfall entstehenden Aufwendungen für die Reinigung, Reparatur oder den Ersatz beschädigter Kleider der versicherten

Person sowie von Sachen und Fahrzeugen von Privatpersonen, die sich um die Bergung und den Transport der verletzten Personen bemühten, bis höchstens CHF 2 000;

- n Suchaktionen im Hinblick auf eine Rettung oder Bergung der versicherten Person bis höchstens CHF 20 000;
- o Rettungsaktionen bis höchstens CHF 50 000;
- p Aktionen zur Bergung der Leiche und zur Überführung der Leiche vom Ausland in die Schweiz bis höchstens CHF 50 000.

Nicht versichert sind:

Kostenbeteiligungen wie z. B. Selbstbehalt oder Franchise der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

2 Spitaltaggeld

Während Spital- und ärztlich angeordneten Kuraufenthalten bezahlt die Mobiliar das Spitaltaggeld vom ersten Tag des Aufenthalts an, längstens jedoch während 730 Tagen je Fall oder bis zum Erreichen des Schlussalters.

3 Taggeld

3.1 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.

3.2 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.

3.3 Leistungsdauer

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

Versicherte Personen die belegen können, dass sie nach Erreichen des Schlussalters weitergearbeitet hätten, erhalten nach Erreichen des Schlussalters im Rahmen der vertraglich festgelegten Leistungsdauer maximal noch während 180 Tagen Taggeldleistungen, längstens aber bis zum Erreichen des 70. Altersjahrs.

Versicherte Personen, die im Zeitpunkt des Eintritts des Ereignisses das Schlussalter erreicht haben, und trotz allfälliger Leistungen einer Altersrente nachweislich weitergearbeitet haben, erhalten das Taggeld unter Berücksichtigung der allfälligen Wartefrist für maximal 180 Tage, längstens aber bis zum Erreichen des 70. Altersjahrs.

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.

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

3.4 Leistungen bei Konkurseröffnung

Wurden von der Mobiliar vor der Konkurseröffnung Taggeldleistungen erbracht, so bleibt der Anspruch unter Vorbehalt der Bestimmungen über die Leistungsdauer sowie Schlussalter auch nach der Konkurseröffnung bestehen. Für Schadenfälle, die erst nach der Konkurseröffnung eintreten, besteht kein Anspruch auf Taggeldleistungen.

4 Invaliditätskapital

4.1 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.

4.2 Invaliditätsgrad

Der Invaliditätsgrad wird auf Grund 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 30%
falls jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Ereignisses bereits vollständig verloren war 70%
 - des Gehörs beidseits (vollständige Taubheit) 60%
 - des Gehörs auf einer Seite 20%
falls jedoch das Gehör des anderen Ohrs vor Eintritt des Ereignisses bereits vollständig verloren war 40%
 - der Sprache 40%
 - des Geschmacks- oder Geruchssinns 5%
 - der Milz 5%
 - einer Niere 20%
 - beider Nieren 70%
falls jedoch eine der Nieren vor Eintritt des Ereignisses bereits vollständig verloren oder gebrauchsunfähig war 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 teilweise verloren, verstümmelt oder gebrauchsunfähig, bezahlt die Mobiliar das Kapital auf Grund der Differenz zwischen dem Invaliditätsgrad, der sich auf Grund der

vorbestehenden Invalidität ergibt, und dem Invaliditätsgrad, der auf Grund 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 auf Grund 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.

4.3 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							

5 Todesfallkapital

5.1 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.

5.2 Anspruchsberechtigte

Falls nicht im Antrag oder spätestens bis zum Zeitpunkt des Tods 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.

6 Allgemeine Deckungsausschlüsse in der Unfallversicherung

Nicht versichert sind:

- 1 Krankheiten;
- 2 Unfälle:
 - a bei der Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen und Motorbooten sowie bei Fahrten auf einer Renn- oder Trainingsstrecke;
 - b bei der Benützung von Luftfahrzeugen und beim Fallschirmabsprung, wenn die versicherte Person vorsätzlich gegen behördliche Vorschriften verstösst oder die erforderlichen amtlichen Ausweise oder Bewilligungen nicht besitzt;
 - c infolge offener Trunkenheit (ab zwei Promille, Mittelwert) 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 von kosmetischen Eingriffen;
- 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 Vorgeburtliche Schädigungen, Geburtsgebrechen und deren Folgen.

M Krankenversicherung

1 Taggeld

1.1 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.

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.

1.3 Leistungsdauer

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

Versicherte Personen die belegen können, dass sie nach Erreichen des Schlussalters weitergearbeitet hätten, erhalten nach Erreichen des Schlussalters im Rahmen der vertraglich festgelegten Leistungsdauer maximal noch während 180 Tagen Taggeldleistungen, längstens aber bis zum Erreichen des 70. Altersjahrs.

Versicherte Personen, die im Zeitpunkt des Eintritts des Ereignisses das Schlussalter erreicht haben, und trotz allfälliger Leistungen einer Altersrente nachweislich weitergearbeitet haben, erhalten das Taggeld unter Berücksichtigung der allfälligen Wartefrist für maximal 180 Tage, längstens aber bis zum Erreichen des 70. Altersjahrs.

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 volle Erwerbsfähigkeit 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.

1.4 Leistungen bei Konkurseröffnung

Wurden von der Mobiliar vor der Konkurseröffnung Taggeldleistungen erbracht, so bleibt der Anspruch unter Vorbehalt der Bestimmungen über die Leistungsdauer sowie Schlussalter auch nach der Konkurseröffnung bestehen. Für Schadenfälle, die erst nach der Konkurseröffnung eintreten, besteht kein Anspruch auf Taggeldleistungen.

1.5 Mutterschaft

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

2 Spitaltaggeld

Während Spital- und ärztlich angeordneten Kuraufenthalten bezahlt die Mobiliar das Spitaltaggeld vom ersten Tag des Aufenthalts an, längstens jedoch während 730 Tagen je Fall oder bis zum Erreichen des Schlussalters.

3 Allgemeine Deckungsausschlüsse in der Krankenversicherung

Nicht versichert sind:

- 1 Unfälle und deren Folgen;
- 2 Berufskrankheiten;
- 3 Gesundheitsschädigungen durch Einwirkung ionisierender Strahlen, Gesundheitsschädigungen infolge ärztlich verordneter Strahlenbehandlungen im Zusammenhang mit einer versicherten Krankheit sind jedoch versichert;
- 4 Folgen von kosmetischen Eingriffen;
- 5 Vorgeburtliche Schädigungen, Geburtsgebrechen und deren Folgen;
- 6 Komplikationslose Schwangerschaften und Geburten;
- 7 infolge aktiver Teilnahme an Terroranschlägen;
- 8 Folgen von kriegerischen Ereignissen:
 - in der Schweiz;
 - im Ausland, es sei denn, die Arbeitsunfähigkeit trete innert 30 Tagen seit dem erstmaligen Auftreten von solchen Ereignissen in dem Land ein, in dem die versicherte Person sich aufhält und dort vom Ausbruch überrascht wurde.

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 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 Berufskrankheiten

Berufskrankheiten sind Krankheiten, die bei der versicherten beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten, gemäss Anhang 1 der Verordnung über die obligatorische Unfallversicherung (UVV) verursacht werden und während der Vertragsdauer eintreten.

4 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. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als 90 Tage, wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.

5 Arzt

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

6 Pflegepersonal

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

7 Haushaltshilfen

Als Haushaltshilfen gelten Personen, die gegen Entgelt in Vertretung der versicherten Person den Haushalt besorgen. Nicht als Haushaltshilfen gelten der Ehegatte, die Eltern, die Grosseltern, die Kinder, die Grosskinder und die Geschwister der versicherten Person sowie Personen, die im gleichen Haushalt wohnen.

8 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.

9 Kuranstalten

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

10 Schlussalter

Das Taggeld und das Spitaltaggeld erlöschen mit dem Schlussalter. Als Schlussalter gilt der letzte Tag des Monats, in dem das AHV-Alter erreicht wird. Wird eine Altersrente vor dem ordentlichen Rentenalter bezogen, gilt als Schlussalter der letzte Tag des Monats vor dem ersten Rentenbezug.