

Unfall- und Krankenversicherung

Kundeninformationen und Allgemeine Versicherungsbedingungen

Unfall- und Krankenversicherung für Privatpersonen

Unfallversicherung

- Heilungskosten
- Spitaltaggeld
- Taggeld
- Invaliditätskapital
- Todesfallkapital

Krankenversicherung

- Taggeld
- Spitaltaggeld
- Invaliditätskapital

Ausgabe 01.2012

Kundeninformationen

Was Sie über Ihre Unfall- und Krankenversicherung für Privatpersonen 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 Privatpersonen 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 Unfall- und Krankenversicherung für Privatpersonen 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 Unfall- und Krankenversicherung für Privatpersonen?

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

Unser Angebot in der Unfallversicherung umfasst:

- Heilungskosten;
- Spitaltaggeld;
- Taggeld;
- Invaliditätskapital;
- Todesfallkapital.

Unser Angebot in der Krankenversicherung umfasst:

- Taggeld;
- Spitaltaggeld;
- Invaliditätskapital.

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;
- Erfassen der Schadenmeldung direkt am Bildschirm und einfaches Übermitteln an uns.

4. Welches sind die wichtigsten Deckungsausschlüsse?

In der Krankenversicherung sind beispielsweise nicht versichert:

- Folgen von kosmetischen Operationen;
- Vorgeburtliche Schädigungen, Geburtsgebrechen und deren Folgen;
- Folgen von kriegerischen Ereignissen.

In der Unfallversicherung sind beispielsweise nicht versichert:

- 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.

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, Leistungen verweigern oder zurückfordern;
- 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 vom Alter, vom Geschlecht, von der beruflichen Tätigkeit und von 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 Privatpersonen 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		Leistungen	
A Grundlagen der Versicherung	5	K Allgemeines	7
1 Versicherungsträger	5	1 Schadensversicherung	7
2 Zweck	5	2 Nachleistungen	7
3 Rechtsgrundlagen	5	3 Grobfahrlässigkeit	7
B Abschluss der Versicherung	5	4 Kürzung der Entschädigung	7
1 Anzeigepflicht	5	5 Leistungen Dritter	7
2 Beginn und Ablauf des Versicherungsvertrags	5	L Unfallversicherung	7
3 Provisorischer Versicherungsschutz bei Unfällen	5	1 Heilungskosten	7
4 Neuer Versicherungsvertrag	5	2 Spitaltaggeld	8
5 Police	5	3 Taggeld	8
C Änderung der Versicherung	5	4 Invaliditätskapital	8
D Aufhebung der Versicherung	5	5 Todesfallkapital	9
1 Verletzung der Anzeigepflicht	5	6 Allgemeine Deckungsausschlüsse in der Unfallversicherung	9
2 Betrügerische Begründung des Versicherungsanspruchs	5	M Krankenversicherung	10
3 Wechsel des Wohnsitzes	5	1 Taggeld	10
E Prämie	6	2 Spitaltaggeld	10
F Meldepflichten und Obliegenheiten	6	3 Invaliditätskapital	10
1 Meldepflichten in Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit	6	4 Allgemeine Deckungsausschlüsse in der Krankenversicherung	10
2 Zusätzliche Schadensversicherungen und UVG-Unterstellung	6	Begriffe	
3 Pflichten im Schadenfall	6	1 Krankheit	11
G Gerichtsstand	6	2 Unfall	11
Versicherungsschutz		3 Berufskrankheiten	11
H Versicherte Person	6	4 Arbeitsunfähigkeit	11
I Örtlicher Geltungsbereich	6	5 Arzt	11
1 Allgemeines	6	6 Pflegepersonal	11
2 Auslandsaufenthalt bei laufendem Schadenfall	6	7 Haushaltshilfe	11
J Beginn und Ende des Versicherungsschutzes für die versicherte Person	7	8 Spital/Heilanstalten	11
1 Beginn des Versicherungsschutzes	7	9 Kuranstalten	11
2 Ende des Versicherungsschutzes	7	10 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 der versicherten Person 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 Person 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 versicherte Person 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 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 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 Versicherungsvertrages 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 Versicherungsjahres 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

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.

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 Wechsel des Wohnsitzes

Verlegt die versicherte Person ihren zivilrechtlichen Wohnsitz ins Ausland, endet der Versicherungsvertrag nach sechs Monaten. Das Fürstentum Liechtenstein ist der Schweiz gleichgestellt.

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

E Prämie

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

Vorbehalten bleibt eine allfällige Minimalprämie.

F Meldepflichten und Obliegenheiten**1 Meldepflichten in Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit**

Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person müssen der Mobiliar die Änderung der im Antrag mitgeteilten Erwerbstätigkeit, die Aufnahme und die Aufgabe der Erwerbstätigkeit umgehend mitteilen.

Die Mobiliar kann den Versicherungsvertrag bei Gefahrs-erhöhung 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.

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

3.4 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.

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 Sitz der Mobiliar in Bern.

Versicherungsschutz**H Versicherte Person**

Versichert ist die namentlich in der Police aufgeführte Person.

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 die 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 gleich gestellt.

J Beginn und Ende des Versicherungsschutzes für die versicherte Person

1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt 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 mit Beendigung des Versicherungsvertrags. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen über das Schlussalter.

Leistungen

K Allgemeines

1 Schadensversicherung

Die Versicherungen gelten als Schadensversicherungen.

2 Nachleistungen

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

Ebenfalls vorbehalten bleiben die Bestimmungen über das Invaliditätskapital bei Krankheit.

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, der Haftpflichtversicherung oder entsprechender ausländischer Versicherungsanstalten zusammen die bei der Mobiliar versicherten Leistungen übersteigen.

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.

L Unfallversicherung

1 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 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 einen allfälligen, nach UVG vorgenommenen Unterhaltskostenabzug bei einem Spitalaufenthalt;
- e Auslagen für ärztlich angeordnete Kuren, die in einer Kuranstalt durchgeführt werden;
- f 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;
- g alle provisorischen und die erste definitive Prothese;
- h 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;
- i 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:

- j Krankenkassen-erkannte Heilmethoden der Komplementärmedizin, die von Krankenkassen-erkannten Ärzten, Naturheilärzten, Heilpraktikern und Therapeuten durchgeführt werden bis höchstens CHF 5 000;
- k kosmetische Operationen, die auf Grund eines versicherten Unfalls notwendig sind bis höchstens CHF 20 000;
- l Bei einem Spitalaufenthalt des versicherten Kindes bis zum vollendeten 16. Altersjahr bezahlt die Mobiliar zusätzlich die Reise- und/oder Aufenthaltskosten eines Elternteils bis höchstens CHF 5 000;

- m 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;
- n Anschaffung von Krücken, Stützen, orthopädischem Schuhwerk sowie von Brillen in einfach und zweckmässiger Ausführung oder Kontaktlinsen bis höchstens CHF 5 000;
- o 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 bemühen, bis höchstens CHF 2 000;
- p Suchaktionen im Hinblick auf eine Rettung oder Bergung der versicherten Person bis höchstens CHF 20 000;
- q Rettungsaktionen bis höchstens CHF 50 000;
- r 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 bei Krankenkassen.

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.

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 während der in der Police aufgeführten Leistungsdauer, längstens jedoch bis zum Erreichen des Schlussalters. 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. Gleichzeitig erlischt auch der Taggeldanspruch für allfällig weitere laufende Unfälle der gleichen Person.

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

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

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 Todes mit einer schriftlichen Mitteilung der versicherten Person an die Mobiliar etwas anderes verfügt wird, sind anspruchsberechtigt:

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

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

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 innerhalb 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 Terroranschlägen;
- 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 während der in der Police aufgeführten Leistungsdauer, längstens jedoch bis zum Erreichen des Schlusalters. Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen für die Berechnung der Leistungsdauer als ganze Tage.

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

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

1.4 Mutterschaft

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

2 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.

3 Invaliditätskapital

3.1 Anspruch

Führt das versicherte Ereignis zu einem Anspruch auf Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung (IV), bezahlt die Mobiliar das versicherte Invaliditätskapital. Das Invaliditätskapital wird fällig, sobald eine rechtskräftige Verfügung der IV vorliegt.

3.2 Berechnung der Entschädigung

Die Höhe der Entschädigung richtet sich nach dem in der Verfügung der IV festgelegten Schweregrad der Hilflosigkeit.

Schweregrad der Hilflosigkeit	Höhe der Entschädigung
Leichte Hilflosigkeit	33% des versicherten Kapitals
Mittlere Hilflosigkeit	66% des versicherten Kapitals
Schwere Hilflosigkeit	100% des versicherten Kapitals

Erhöht sich bei Minderjährigen der Anspruch auf Hilflosenentschädigung der IV, passt die Mobiliar den Anspruch nach oben genannten Sätzen an. Keine Anpassung findet bei Erwachsenen statt.

3.3 Soforthilfe

Die Mobiliar richtet eine Soforthilfe von zehn Prozent der Versicherungssumme aus bei einer gesundheitlichen Beeinträchtigung, die die versicherte Person **schwer** und über **längere Zeit** belastet.

Schwer ist eine gesundheitliche Beeinträchtigung, wenn:

- nur durch intensive Behandlung (z. B. Chemotherapie, Bestrahlung) der Tod oder ein bleibender Schaden abgewendet werden kann oder
- wegen des Ausfalls wichtiger Funktionen eine aufwändige Pflege nötig ist (z. B. bei ausgedehnten Lähmungen).

Längere Zeit ist gegeben, wenn:

- die intensive Behandlung oder aufwändige Pflege länger als acht Wochen dauert.

Ausgeschlossen sind Krankheiten, die zwar langdauernd sind, aber keiner langdauernden intensiven Behandlung oder aufwändigen Pflege bedürfen, wie z. B. Zuckerkrankheit.

Das Vorliegen der Voraussetzungen wird durch einen von der Mobiliar bestimmten Arzt beurteilt.

Die bezahlte Soforthilfe wird an das Invaliditätskapital angerechnet. Wird der Anspruch auf Hilflosigkeit durch die IV abgelehnt, ist die Soforthilfe nicht zurückzuerstatten.

3.4 Deckungsausschlüsse für das Invaliditätskapital

Nicht versichert sind:

- 1 Erworbene HIV-Infektion nach der Geburt;
- 2 Beeinträchtigung der geistigen und psychischen Gesundheit, wenn sie nicht auf eine während der Vertragsdauer eingetretene erhebliche organische Schädigung des Nervensystems zurückzuführen sind;
- 3 Alle Krankheiten, die bereits vor Abschluss des Versicherungsvertrags bekannt sind.

Der Deckungsausschluss Nr. 5 im Kapitel M4 hat für das Invaliditätskapital bei Krankheit keine Gültigkeit.

3.5 Nachleistungen

Ist das versicherte Ereignis während der Vertragsdauer eingetreten, tritt aber der erstmalige Entscheid der IV auf Ausrichtung der Hilflosenentschädigung erst nach Vertragsende in Rechtskraft, kann die versicherte Person noch fünf Jahre nach Ende des Versicherungsvertrags die Ausrichtung des Invaliditätskapitals geltend machen.

4 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 Folgen von Terroranschlägen;
- 8 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.

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 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 120 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 und Pflegepersonal, das von anerkannten Organisationen zur Verfügung gestellt wird.

7 Haushaltshilfe

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/Heilanstalten

Als Heilanstalten gelten inländische Anstalten und Abteilungen von solchen, die der stationären Behandlung von 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 die Altersrente vor dem ordentlichen Rentenalter bezogen, gilt als Schlussalter der letzte Tag des Monats vor dem ersten Rentenbezug.

