

Allgemeine Bedingungen

Inhaltsübersicht

| Artikel | Seite | Artikel | Seite |
|---|----------|--|-----------|
| I Allgemeines | 6 | III Leistungen im Todesfall | 10 |
| 1 Rechtliche Grundlagen der Versicherung | 6 | 22 Allgemeine Voraussetzungen zum Anspruch auf Hinterlassenenleistungen | 10 |
| 2 Begriffe und Definitionen | 6 | 23 Ehegattenrenten nach kollektiver Methode | 10 |
| 3 Meldewesen und Aufnahme | 6 | 24 Ehegattenrenten nach individueller Methode | 11 |
| 4 Umfang und Beginn der Versicherungsdeckung | 6 | 25 Beginn des Anspruchs auf Ehegattenrenten | 11 |
| 5 Prämien | 7 | 26 Lebenspartnerrenten | 11 |
| 6 Überschussbeteiligung | 7 | 27 Waisenrenten | 11 |
| 7 Nachdeckung bei frühzeitigem Austritt aus dem Versichertenkreis | 7 | 28 Vollwaisenrenten | 11 |
| 8 Auflösung des Kollektivversicherungs-Vertrages | 7 | 29 Temporäre Hinterbliebenenrenten | 11 |
| 9 Unverschuldete Vertragsverletzung | 8 | 30 Todesfallkapital | 11 |
| 10 Mitteilungen und Adressänderungen | 8 | 31 Weitere Hinterlassenenleistungen | 11 |
| 11 Erfüllungsort | 8 | IV Invaliditätsleistungen | 11 |
| 12 Gerichtsstand | 8 | 32 Versichertes Ereignis | 11 |
| II Allgemeine Leistungsbestimmungen | 8 | 33 Leistungen | 12 |
| 13 Begriffe und Definitionen | 8 | 34 Änderung des Grades der Invalidität | 12 |
| 14 Geltendmachung des Versicherungsanspruchs | 8 | 35 Invaliden-Kinderrenten | 12 |
| 15 Mitwirkungspflicht des Versicherungsnehmers | 9 | Anhang I | |
| 16 Einschränkungen der Versicherungsdeckung | 9 | Anpassung von Invaliden- und Hinterlassenenrenten gemäss BVG an die Preisentwicklung | 13 |
| 17 Unfalldeckung | 9 | Anhang II | |
| 18 Bezugsart | 9 | Militärdienst – Krieg | 14 |
| 19 Auszahlung der Versicherungsleistungen | 10 | Anhang III | |
| 20 Umfang der Leistungen | 10 | Technische Vorschriften | 15 |
| 21 Anpassung an die Preisentwicklung | 10 | Anhang IV | |
| | | Merkblatt Datenschutz | 16 |

Allgemeine Bedingungen

Kollektivlebensversicherung, Todesfall und Invalidität

Ausgabe Januar 2008

Der Versicherer ist die Schweizerische Mobiliar Lebensversicherungs-Gesellschaft mit Sitz in Nyon, nachfolgend «die Mobiliar» genannt.

I Allgemeines

1 Rechtliche Grundlagen der Versicherung

Der Kollektivversicherungs-Vertrag regelt die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien. Er enthält insbesondere die versicherten Leistungen und ihre Gliederung, die Berechnungsgrundlagen für die Prämien (Tarifgrundlagen) sowie das Ausmass des Versicherungsschutzes.

Besondere Vereinbarungen und Änderungen des Vertrages sind nur gültig, wenn sie von der Mobiliar schriftlich bestätigt worden sind.

Der Kollektivversicherungs-Vertrag untersteht dem Schweizer Recht, insbesondere dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) und dem Obligationenrecht (OR). Das Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG) und die einschlägigen Gesetze und Verordnungen kommen ergänzend zur Anwendung, wo die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien nicht durch die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die anderen eingangs erwähnten vertraglichen und gesetzlichen Grundlagen geregelt werden.

2 Begriffe und Definitionen

Versicherungsnehmer: Der Versicherungsnehmer kann ein Arbeitgeber, ein Berufsverband oder eine Vorsorgeeinrichtung sein.

Versicherte Person: Die versicherte Person ist diejenige Person, für welche die Versicherung abgeschlossen wurde. Versichert sind die gemäss Kollektivversicherungs-Vertrag zum Kreis der Versicherten zählenden Personen.

Versicherer: Versicherer ist die Mobiliar

Versicherungen im Rahmen der beruflichen Vorsorge: Als Versicherungen im Rahmen der beruflichen Vorsorge gelten Versicherungen, deren Leistungen die Anforderungen des BVG erfüllen oder darüber hinausgehen. Der Versicherungsnehmer muss eine registrierte Vorsorgeeinrichtung sein. Wird ein Teilbestand der BVG-unterstellten Personen versichert, darf dieser nicht durch Kriterien, die eine Antiselektion bezüglich Invaliditäts- oder Hinterlassenenleistungen beinhalten, bestimmt werden. Es müssen mindestens die Risiken Tod und Erwerbsunfähigkeit gedeckt werden.

Versicherungen ausserhalb der beruflichen Vorsorge: Als Versicherungen ausserhalb der beruflichen Vorsorge gelten Versicherungen, deren Leistungen sich nicht im Rahmen der beruflichen Vorsorge befinden und deren Versicherungsnehmer keine registrierte Vorsorgeeinrichtung gemäss BVG ist. Wird ein Teilbestand des Versicherungsnehmers versichert, darf dieser nicht durch Kriterien, die eine Antiselektion bezüglich Invaliditäts- oder Hinterlassenenleistungen beinhalten, bestimmt werden.

Anspruchsberechtigter: Als Anspruchsberechtigter gilt jede Person, die Anrecht auf eine Leistung erheben kann.

Wirkungsdatum und Versicherungsjahr: Das Wirkungsdatum ist der erste Tag eines Versicherungsjahres, das dem Kalenderjahr entspricht.

Tarifalter: Das Tarifalter bezeichnet das Alter der versicherten Person zum Berechnungszeitpunkt und wird in Jahren und Monaten ausgedrückt. Die Zeitspanne zwischen dem Geburtstag und dem darauffolgenden Monatsersten wird dabei nicht berücksichtigt.

Schlussalter: Das Schlussalter wird im Kollektivversicherungs-Vertrag festgelegt und bezeichnet den Zeitpunkt, bis zu dem spätestens Versicherungsleistungen fällig werden.

Altersguthaben: Das Altersguthaben ist die Gesamtsumme aller Altersgutschriften bis zum Eintritt des Versicherungsfalls einschliesslich Zinsen.

Eingetragene Partner: Eingetragene Partner sind Personen, welche entsprechend dem Bundesgesetz über die eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Personen (PartG) im Personenstand der eingetragenen Partnerschaft leben. Vorbehaltlich anderslautender Bestimmungen sind eingetragene Partner den Ehegatten gleichgestellt.

3 Meldewesen und Aufnahme

3.1 Meldewesen

Art und Umfang der Meldepflicht werden im Kollektivversicherungs-Vertrag geregelt.

3.2 Aufnahme

Für Kollektivversicherungsverträge, deren Leistungen die vom BVG vorgesehenen Minimalleistungen überschreiten sowie für Leistungen aus Versicherungen, die ausserhalb der beruflichen Vorsorge abgeschlossen wurden, kann die Mobiliar für den über die Minimalleistungen hinausgehenden Teil den Abschluss neuer Versicherungen und die vertragliche Abänderung des Versicherungsplanes (Leistungserhöhungen) vom Ergebnis einer medizinischen Untersuchung abhängig machen. Das Gleiche gilt im Falle ausserordentlicher Gehaltserhöhungen. Die Mobiliar kann auch zur Beurteilung des Risikos zusätzliche Auskünfte einfordern und allenfalls auf Grundlage dieser Auskünfte die Deckung von Leistungen, die über das BVG hinausgehen oder ergänzend dazu abgeschlossen werden, verweigern oder nur zu besonderen Bedingungen gewähren.

3.3 Verletzung der Meldepflicht

Bei grobfahrlässiger oder vorsätzlicher Verletzung der Meldepflicht werden keine Leistungen erbracht.

4 Umfang und Beginn der Versicherungsdeckung

4.1 Allgemein

Die Versicherung gilt in allen Teilen der Welt.

4.2 Definitive Deckung

Die definitive Deckung der Mindestleistungen gemäss BVG beginnt mit dem Antritt des Arbeitsverhältnisses.

4.3 Provisorische Deckung

Für alle die Mindestleistungen des BVG übersteigenden, aber im Rahmen der beruflichen Vorsorge abgeschlossenen Leistungen, wird ein provisorischer Versicherungsschutz gewährt. Gleiches gilt für Leistungen aus Versicherungen ausserhalb der beruflichen Vorsorge.

Der Versicherungsschutz setzt voraus, dass eine Meldepflicht gemäss Kollektivversicherungs-Vertrag eingehalten wurde.

Der provisorische Versicherungsschutz für Leistungen im Todesfall beträgt höchstens CHF 1000 000.– (Kapital + 20 versicherte Renten). Invaliditätsleistungen sind auf CHF 60 000.– pro Jahr und versicherte Person beschränkt.

Dieser Versicherungsschutz wird jedoch nur gewährt, sofern die versicherte Person bei der Unterzeichnung des Aufnahmeformulars voll arbeits- und erwerbsfähig war und sich nicht in medizinischer oder psychotherapeutischer Behandlung oder unter medizinischer Aufsicht befand. Der provisorische Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf versicherte Ereignisse, deren Ursache vor Beginn des Arbeits- oder Vorsorgeverhältnisses zwischen der versicherten Person und dem Versicherungsnehmer auftrat und aufgrund derer sich die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt in medizinischer Behandlung befand. Der provisorische Versicherungsschutz dauert längstens 3 Monate und endet mit dem Beginn der definitiven Deckung oder mit der definitiven Aufnahmeverweigerung durch die Mobiliar.

Die definitive Deckung der vertraglichen Leistungen beginnt an dem von der Mobiliar dem Versicherungsnehmer schriftlich mitgeteilten Zeitpunkt, allenfalls zu besonderen Bedingungen oder begrenzt auf die gemäss BVG vorgesehenen Mindestleistungen.

5 Prämien

5.1 Berechnung der Prämien

Grundlage für die Prämienberechnung ist der Tarif (siehe unten Ziffer 5.2).

Die Gesamtprämie setzt sich zusammen aus Prämien für das Risiko und die Verwaltungskosten sowie gegebenenfalls für Provisionierung, Überschäden und Teuerung.

Die Berechnungsart, die Anpassung der Prämien, die Fälligkeit und die Zahlungsmodalitäten der Prämien werden im Kollektivversicherungs-Vertrag festgelegt.

Enthält der Kollektivversicherungs-Vertrag keine Prämiengarantie, so werden die Prämien jährlich neu berechnet und jeweils am Wirkungsdatum des Kollektivversicherungsvertrages für die Dauer eines Jahres neu festgesetzt.

5.2 Tarife

Die Mobiliar wendet den Tarif an, der vom Bundesamt für Privatversicherungen (BPV) für die Kollektivlebensversicherungen genehmigt wurde.

Dieser Tarif bietet die Grundlage für die Berechnung der Prämie.

Die Mobiliar kann die Tarife für alle oder für einzelne Kollektivlebensversicherungen ändern, sofern keine vertragliche Prämiengarantie besteht.

Solche von der Mobiliar veranlassten Tarifänderungen treten immer zu Beginn eines Versicherungsjahres in Kraft und werden spätestens am 30. September vor Inkrafttreten der Änderung angekündigt. Führt diese Tarifänderung zu einer Erhöhung der Gesamtprämie, so hat der Versicherungsnehmer die Möglichkeit, den Vertrag auf Beginn des Inkrafttretens des neuen Tarifs zu kündigen. Dieses Kündigungsrecht muss innerhalb eines Monats seit Kenntnisnahme der Änderung geltend gemacht werden.

Zusätzlich gelten folgende Regelungen für den Risiko-Tarif:

- Der Risiko-Tarif der Mobiliar zur Berechnung der Risikoprämie besteht einerseits aus einer Branchentarifizierung mit fünf Tarifklassen, andererseits aus einer vertragsindividuellen Erfahrungstarifizierung.
- Die **Branchentarifizierung** beziehungsweise die **Tarifklassentarifizierung** ist eine Art der Tarifizierung, bei welcher die Risikoprämie durch Multiplikation der Basisprämie mit einem Klassenfaktor berechnet wird. Der Klassenfaktor ist in erster Linie von der Branche abhängig, in welcher das versicherte Unternehmen tätig ist. Besteht der Versichertenbestand zu einem wesentlichen Teil aus Berufsgruppen mit unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen, so wird diesem Umstand mit einer zusätzlichen Gewichtung Rechnung getragen. Dies kann zu einer Veränderung des Klassenfaktors führen. Die Branchentarifizierung beziehungsweise Tarifklassentarifizierung wird durch ein vertragsindividuelles Rating mit einheitlichen Kriterien ergänzt.

– Die **Erfahrungstarifizierung** ist eine Art der Tarifizierung, bei welcher die Risikoprämie durch Multiplikation der tarifklassenabhängigen Prämie mit einem Erfahrungsfaktor berechnet wird.

Der Erfahrungsfaktor hängt dabei von der individuellen Schadenerfahrung des Vertrages oder einer Gruppe von Verträgen sowie der Vertragsgrösse ab.

– Der Risiko-Tarif, welcher zur Anwendung gelangt, ist im Kollektivversicherungs-Vertrag festgehalten.

– Für Kollektivversicherungsverträge mit Branchentarifizierung kann die Basisprämie pro Jahr um maximal 30% erhöht werden.

– Für Kollektivversicherungsverträge mit Erfahrungstarifizierung kann die Basisprämie pro Jahr um maximal 60% erhöht werden.

– Vorbehalten bleiben stärkere Erhöhungen bei Korrekturen falscher Einteilungen, bei unvorhersehbaren, schwerwiegenden Veränderungen beim Versicherungsnehmer sowie bei Tarifumstrukturierungen und -sanierungen.

5.3 Teilbarkeit der Prämie

Bei vorzeitiger Auflösung oder Beendigung des Versicherungsvertrages ist die Prämie nur für die Zeit bis zur Vertragsauflösung geschuldet.

5.4 Verrechnung

Noch nicht bezahlte Prämien können mit den Versicherungsleistungen verrechnet werden.

5.5 Zahlungsverzug

Wird eine Prämie nicht innert 30 Tagen nach Fälligkeit

– der Prämie

– des Saldos aus dem Kontokorrent oder

– der Schlussabrechnung im Falle der Vertragsauflösung

bezahlt, so kann die Mobiliar das Verfahren bei Zahlungsverzug einleiten. Das heisst, dass die Mobiliar unter Hinweis auf die Säumnisfolgen den Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich auffordern kann, binnen 14 Tagen, von der Absendung der Mahnung an gerechnet, Zahlung zu leisten. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, so schuldet der Versicherungsnehmer Verzugszinsen zu 5% und die Leistungspflicht der Mobiliar ruht vom Ablauf der Mahnfrist an.

Die Mobiliar kann innerhalb von zwei Monaten nach Ablauf der Mahnfrist die ausstehenden Prämien rechtlich einfordern.

Die Leistungspflicht der Mobiliar lebt wieder auf, sobald die rückständigen Prämien mit Zinsen und Kosten bezahlt und die definitive Deckung durch die Mobiliar bestätigt wurden.

6 Überschussbeteiligung

Ein allfälliger Anspruch auf Überschussbeteiligung sowie die für die Überschussermittlung und die Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundlagen und Verteilungsgrundsätze werden im Kollektivversicherungs-Vertrag geregelt.

7 Nachdeckung bei frühzeitigem Austritt aus dem Versichertenkreis

Die zum Zeitpunkt der Auflösung des Arbeitsverhältnisses versicherten Leistungen im Todes- oder Invaliditätsfall bleiben ohne Erhebung einer Prämie unverändert bis zum Beginn eines neuen Vorsorgeverhältnisses, längstens aber während eines Monats, in Kraft.

8 Auflösung des Kollektivversicherungs-Vertrages

8.1 Grundsatz

Die Vertragsdauer wird im Kollektivversicherungs-Vertrag festgehalten. Allfällige Tarifgarantien enden mit dem Vertrag.

8.2 Auswirkungen der Auflösung auf die aktiven versicherten Personen

Mit der Auflösung des Kollektivversicherungs-Vertrages enden sämtliche Versicherungsverhältnisse.

8.3 Auswirkungen der Auflösung auf laufende Renten

Ist im Kollektivversicherungs-Vertrag nichts anderes vereinbart, so werden mit der Auflösung des Kollektivversicherungs-Vertrages sämtliche laufenden Renten aufgelöst.

Sieht der Kollektivversicherungs-Vertrag vor, dass die laufenden Renten bei Vertragsauflösung von der Mobiliar weitergeführt werden, so ist der Versicherungsnehmer spätestens bei einer geplanten Liquidation des Versicherungsnehmers verpflichtet, einen neuen Vorsorgeträger für die Rentner zu finden. Die laufenden Renten können in diesem Fall nicht bei der Mobiliar verbleiben und werden aufgelöst, sobald der neue Vorsorgeträger bestimmt wurde.

Die aus einer Auflösung von laufenden Renten (ohne Überschussbeteiligung) hervorgehenden Rückerstattungswerte (siehe Anhang III) werden dem Versicherungsnehmer per Auflösungsdatum überwiesen.

Vom Zeitpunkt der Auflösung der Renten an ist der Versicherungsnehmer zur Auszahlung der Renten verpflichtet.

Mit der Überweisung der Rückerstattungswerte an den Versicherungsnehmer erlöschen alle aus dem aufgelösten Vertrag abgeleiteten Leistungsansprüche gegenüber der Mobiliar.

9 Unverschuldete Vertragsverletzung

Verletzt die versicherte Person oder der Anspruchsberechtigte die ihm überbundenen Obliegenheiten, so entfällt ihm gegenüber die Leistungspflicht. Dieser Nachteil tritt nicht ein, wenn die Verletzung den Umständen nach als unverschuldet anzusehen ist (Art. 45 VVG).

10 Mitteilungen und Adressänderungen

Alle Mitteilungen an die Mobiliar sind nur dann rechtlich wirksam, wenn sie schriftlich an den Sitz der Mobiliar, Chemin de la Redoute 54, 1260 Nyon gerichtet sind.

Alle Mitteilungen der Mobiliar erfolgen rechtsgültig an die ihr letzte bekannte Adresse des Versicherungsnehmers oder dessen Rechtsvertreter in der Schweiz. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, der Mobiliar alle Adressänderungen baldmöglichst zu melden. Nimmt der Versicherungsnehmer im Ausland Wohnsitz, ohne in der Schweiz einen Vertreter zu ernennen, erfolgen alle Mitteilungen der Mobiliar rechtsgültig an den Wohnsitz des Versicherungsnehmers.

11 Erfüllungsort

Die Mobiliar erfüllt die vertraglichen Verbindlichkeiten am schweizerischen Wohnsitz des Versicherungsnehmers oder des Anspruchsberechtigten. Bei einem ausländischen Wohnsitz werden die vertraglichen Verbindlichkeiten der Mobiliar an ihrem Sitz in Nyon erfüllt.

12 Gerichtsstand

Für alle Rechtsstreitigkeiten aus dem vorliegenden Versicherungsvertrag anerkennt die Mobiliar den Gerichtsstand ihres Sitzes in Nyon oder denjenigen des schweizerischen Wohnsitzes des Versicherungsnehmers oder des Anspruchsberechtigten.

II Allgemeine Leistungsbestimmungen

13 Begriffe und Definitionen

Als Unfall im Rahmen von Versicherungen ausserhalb der beruflichen Vorsorge gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

Als Unfall gilt auch:

- eine Körperschädigung durch unfreiwilliges Einatmen von plötzlich ausströmenden Gasen oder Dämpfen;
- eine Vergiftung oder Verletzung durch unabsichtliches Einnehmen giftiger oder ätzender Stoffe;
- das unfreiwillige Ertrinken.

Bei Versicherungen im Rahmen der beruflichen Vorsorge gilt als Unfall ein Ereignis, für das der Unfallversicherer gemäss UVG (Bundesgesetz über die Unfallversicherung) oder MVG (Bundesgesetz über die Militärversicherung) Leistungen ausrichtet oder ausrichten sollte.

Als Krankheit gilt jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

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

Arbeitsunfähigkeit ist die durch die Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei längerer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.

14 Geltendmachung des Versicherungsanspruchs

14.1 Grundsatz

Jeder Versicherungsanspruch muss bei der Mobiliar entsprechend dem Kollektivversicherungs-Vertrag unverzüglich geltend gemacht werden.

Alle Ereignisse und Änderungen, welche die Art und den Umfang der Leistungen beeinflussen, müssen der Mobiliar unverzüglich gemeldet werden.

Für den Fall, dass in grobfahrlässiger Weise ein Leistungsfall verspätet gemeldet wird, kann die Mobiliar rückwirkend die Prämie anpassen oder die Leistungszahlung verweigern.

Bei der Anmeldung eines Versicherungsanspruchs sind die nachfolgenden Unterlagen auf Kosten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person, welche einen Leistungsanspruch anmeldet, in jedem Fall beizubringen. Im Weiteren kann die Mobiliar alle von ihr als nützlich erachteten Informationen oder Dokumente einfordern.

14.2 Hinterlassenenleistungen

Folgende Unterlagen sind erforderlich:

- Amtlicher Todesschein;
- Ärztliche Bescheinigung mit Angabe der Todesursache;
- Bei einer Leistung an den Ehegatten: Ein amtliches Schriftstück, aus dem das Geburtsdatum des Anspruchsberechtigten, das Datum der Eheschliessung sowie die Dauer der Ehe hervorgehen;
- Bei einer Rente für geschiedene Ehegatten: Amtliche Schriftstücke, aus denen die Geburtsdaten der Kinder, das Geburtsdatum des geschiedenen Ehegatten, das Heiratsdatum, die Dauer der Ehe und die Höhe der im Scheidungsurteil festgelegten Unterhaltszahlungen sowie der allfälligen von anderen Versicherungen wie AHV oder IV ausgerichteten Leistungen hervorgehen;

- Bei einer Waisenrente: Ein amtliches Schriftstück mit dem Geburtsdatum des Kindes. Für Kinder, die das vereinbarte Schlussalter schon erreicht haben, ist eine Bestätigung, dass sie sich noch in Ausbildung befinden, erforderlich oder bei allfälliger Erwerbsunfähigkeit eine ärztliche Bescheinigung notwendig.

14.3 Erwerbsunfähigkeitsleistungen

Folgende Unterlagen sind erforderlich:

- Vollständig ausgefüllter Erwerbsunfähigkeitsfragebogen;
- Arztbericht über Art, Ursache, Grad, Beginn, Entwicklung und voraussichtliche Dauer der Arbeits-, bzw. der Erwerbsunfähigkeit;
- Alle Entscheide von Sozialversicherungen, insbesondere der Invalidenversicherung, Unfallversicherung und Militärversicherung sowie der Krankentaggeldversicherung;
- Für eine Invaliden-Kinderrente: Ein amtliches Schriftstück mit dem Geburtsdatum des Kindes. Für Kinder, die das vereinbarte Schlussalter schon erreicht haben, ist eine Bestätigung, dass sie sich noch in Ausbildung befinden, erforderlich oder bei allfälliger Erwerbsunfähigkeit eine ärztliche Bescheinigung notwendig.

14.4 Ergänzende Auskünfte

Um das Ausmass ihrer Leistungen abzuklären, kann die Mobiliar auf Kosten des Versicherungsnehmers die Unterbreitung weiterer Unterlagen oder ergänzende Auskünfte verlangen.

14.5 Überprüfen des Rentenanspruchs

Die Mobiliar kann jederzeit den Rentenanspruch überprüfen und die Weiterzahlung der Rente von einer Lebensbestätigung abhängig machen.

15 Mitwirkungspflicht des Versicherungsnehmers

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die Mobiliar bei Eintritt eines Leistungsanspruches vollumfänglich zu unterstützen und alle Massnahmen zu ergreifen, um den Schaden zu mindern. Insbesondere hat der Versicherungsnehmer die Mobiliar über jedes IV-Verfahren bezüglich einer versicherten Person unverzüglich in Kenntnis zu setzen und ihr alle Unterlagen zu beschaffen und zuzustellen.

Die Mobiliar kann vom Versicherungsnehmer verlangen, dass dieser ihr seine Ansprüche bis auf die Höhe der vertraglichen Leistungen gegenüber Dritten, die für den Versicherungsfall haften, oder deren Haftpflichtversicherer, abtritt.

Wird dieser Pflicht schuldhaft innert vier Wochen nach erfolgter Mahnung und unter Androhung von Säumnisfolgen nicht nachgekommen, so kann die Mobiliar die Auszahlung von Leistungen verweigern.

16 Einschränkungen der Versicherungsdeckung

16.1 Versicherungsdeckung im Todesfall

Die Mobiliar verzichtet auf das ihr nach Gesetz zustehende Recht, die Versicherungsleistungen zu kürzen, wenn das versicherte Ereignis grobfahrlässig herbeigeführt wurde.

Bei allen Kollektivversicherungen mit Versicherungs-Obligatorium resp. mit Versicherungspflicht für einen klar definierten Personenkreis, wird bei Selbsttötung oder Selbsttötungsversuch mit Todesfolge die versicherte Todesfallleistung ohne jede Einschränkung ausgerichtet. Bei Kollektivversicherungen ohne Versicherungs-Obligatorium resp. ohne Versicherungspflicht für einen klar definierten Personenkreis, ist die Mobiliar von der Leistungspflicht entbunden, wenn die versicherte Person innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre nach Einführung der Versicherungsdeckung ohne Versicherungs-

Obligatorium, bzw. nach der Erhöhung der Leistungen infolge Selbsttötung oder Selbsttötungsversuches stirbt. Nach Ablauf der ersten drei Versicherungsjahre seit der Einführung der Deckung ohne Versicherungs-Obligatorium, bzw. seit der Erhöhung der Leistungen richtet die Mobiliar die vollen versicherten Leistungen aus.

16.2 Invaliditätsleistungen

Die Mobiliar ist von der Leistungspflicht befreit, wenn die Erwerbsunfähigkeit oder die Erhöhung des Grades derselben absichtlich herbeigeführt wurde oder auf einen Selbsttötungsversuch zurückzuführen ist. Dies gilt auch, falls die versicherte Person diese Handlungen in unzurechnungsfähigem Zustand oder bei verminderter Zurechnungsfähigkeit ausübte.

Diese Deckungseinschränkungen gelten nicht für die Versicherungen im Rahmen der beruflichen Vorsorge. Die Leistungen können jedoch im gleichen Masse reduziert werden, falls AHV oder IV ihrerseits ihre Leistungen eingeschränkt, sistiert, aufgehoben oder verweigert haben.

16.3 Kriegsklausel

Für den Fall, dass die Schweiz einen Krieg führt oder in kriegsähnliche Handlungen hineingezogen wird, kommt bei Todesfallleistungen die «Kriegsklausel» gemäss Anhang II zur Anwendung.

Die Erwerbsunfähigkeitsversicherung erlischt, wenn die versicherte Person an einem Krieg oder an kriegsähnlichen Handlungen teilnimmt, ohne dass die Schweiz selbst Krieg führt oder in kriegsähnliche Handlungen hineingezogen ist. Die Wiederinkraftsetzung einer erloschenen Erwerbsunfähigkeitsversicherung bedarf eines besonderen Antrags.

Die Mobiliar ist von der Leistungspflicht befreit, wenn die versicherte Person während oder in Folge eines Aufenthalts in einem Land, in dem Krieg oder kriegsähnliche Zustände herrschen, erwerbsunfähig wird, ohne dass die Schweiz selbst Krieg führt oder in kriegsähnliche Handlungen hineingezogen ist. Die Mobiliar muss nur Leistungen erbringen, wenn erwiesen ist, dass die Erwerbsunfähigkeit in keinem direkten oder indirekten Zusammenhang mit dem Krieg oder den beschriebenen kriegsähnlichen Handlungen steht. Die obligatorischen Leistungen gemäss BVG werden jedoch in allen Fällen ausgerichtet.

17 Unfalldeckung

Der Kollektivversicherungs-Vertrag regelt den Leistungsanspruch bei Unfall oder Berufskrankheit im Rahmen des UVG oder MVG, wenn der Unfallversicherer gemäss UVG oder MVG Leistungen entrichtet oder entrichten sollte.

Bei Zusammentreffen mehrerer Schadenursachen werden allfällige vertragliche Leistungen im Verhältnis zum Anteil der jeweiligen Ursache ermittelt.

18 Bezugsart

Die Bezugsart (Rente oder Kapital) wird im Kollektivversicherungs-Vertrag geregelt.

Ein Kapitalbezug ist nur möglich, wenn dies im Reglement vorgesehen ist und ein Anspruch auf eine neu beginnende Rente besteht. Der gemäss Reglement Anspruchsberechtigte hat die Erklärung bezüglich der Kapitaloption gleichzeitig mit den Belegen für die Anspruchsbegründung vor der Zahlung der ersten Rente einzureichen. Ist der Anspruchsberechtigte verheiratet, so ist die Auszahlung einer Kapitalabfindung nur zulässig, wenn sein Ehegatte schriftlich zustimmt. Die Kapitalabfindung für Ehegatten, die beim Tod der versicherten Person das 45. Altersjahr vollendet haben, entspricht dem Inventardeckungskapital nach individueller Methode. Für Ehegatten unter 45 Jahren ist das Deckungskapital ebenfalls entscheidend, wird jedoch um 3% für jedes volle oder angebrochene Jahr gekürzt, um welches der Ehegatte jünger als 45 Jahre ist. Im Minimum werden vier Jahresrenten ausbezahlt.

Falls im Vertrag so vorgesehen, überweist der Versicherungsnehmer das Altersguthaben an die Mobiliar, im Höchstfall jedoch die Kapitalabfindung.

19 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Die Versicherungsleistungen werden innerhalb von vier Wochen ausbezahlt, sobald sich die Mobiliar aufgrund der von ihr verlangten Auskünfte von der Berechtigung des Leistungsanspruchs überzeugen konnte.

Vorschussleistungen, ausstehende Prämien, Zinsen, Kosten und andere eventuell geschuldete Beträge können von der auszuschüttenden Summe in Abzug gebracht werden.

Wenn der Kollektivversicherungs-Vertrag keine abweichende Regelung beinhaltet, werden Rentenleistungen vierteljährlich vorschüssig ausbezahlt, und zwar am ersten Tag jeder Zahlungsperiode. Fällt die erste Rentenrate nicht mit dem Rentenfälligkeitstag zusammen, so wird eine Teilrente ausgerichtet, die proportional zur Zeit zwischen dem Beginn des Rentenanspruchs und dem Ende der Zahlungsperiode ist. Die letzte Rente wird fällig zu Beginn der Periode, in deren Verlauf der Rentenanspruch erlischt. Über den Tag des Wegfalls der Anspruchsberechtigung hinaus bezogene Teile der letzten Rentenrate sind, mit Ausnahme von Invalidenrenten und Invaliden-Kinderrenten, nicht zurückzuerstatten.

20 Umfang der Leistungen

Die von der Mobiliar ausbezahlten Leistungen können keinesfalls höher sein als der Betrag, den der Versicherungsnehmer aufgrund des versicherten Ereignisses der versicherten Person schuldet.

21 Anpassung an die Preisentwicklung

Die Anpassung von Invaliden- und Hinterlassenenleistungen gemäss BVG an die Preisentwicklung wird im Anhang I der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt.

III Leistungen im Todesfall

22 Allgemeine Voraussetzungen zum Anspruch auf Hinterlassenenleistungen

Ein Anspruch auf Hinterlassenenleistungen besteht nur, wenn der Verstorbene:

- a im Zeitpunkt des Todes oder bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zum Tode geführt hat, entsprechend dem Kollektivversicherungs-Vertrag versichert war; oder
- b infolge eines Geburtsgebrechens bei Aufnahme einer Erwerbstätigkeit mindestens zu 20%, aber weniger als zu 40% arbeitsunfähig war und bei Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zum Tode geführt hat, auf mindestens 40% versichert war; oder
- c als Minderjähriger invalid wurde und deshalb bei Aufnahme einer Erwerbstätigkeit mindestens zu 20%, aber weniger als 40% arbeitsunfähig war und bei Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zum Tode geführt hat, auf mindestens 40% versichert war; oder
- d von der Mobiliar im Zeitpunkt des Todes bereits eine Invalidenrente erhielt.

Bei Tod in Anwendung von Art. 22 Bst. b und c entrichtet die Mobiliar höchstens die gemäss BVG obligatorischen Leistungen.

23 Ehegattenrenten nach kollektiver Methode

23.1 Anspruch auf Ehegattenrente mit BVG-Deckung

Die Anspruchsberechtigung hängt vom Zivilstand der versicherten Person, von der Dauer der Ehe und dem Vorhandensein von Kindern zum Zeitpunkt des Todes ab.

Der überlebende Ehegatte hat Anspruch auf eine Ehegattenrente, wenn er beim Tod der versicherten Person

- für den Unterhalt mindestens eines Kindes aufkommen muss oder
- älter als 45 Jahre ist und die Ehe mindestens fünf Jahre gedauert hat.

Erfüllt der Ehegatte keine dieser Voraussetzungen, so hat er Anspruch auf eine einmalige Abfindung in der Höhe von drei Jahresrenten. Mit Auszahlung dieser Abfindung erlischt jeder Rentenanspruch.

Die Ehegattenrente erlischt bei Tod oder Wiederverheiratung des überlebenden Ehegatten. Wiederverheiratung oder Tod müssen der Mobiliar unverzüglich angezeigt werden.

Nach dem Tod seines früheren Ehegatten hat der geschiedene Ehegatte Anspruch auf die BVG-Minimalleistungen.

23.2 Anspruch auf Ehegattenrente mit erweiterter Deckung

Der Leistungsanspruch richtet sich nach dem Zivilstand der versicherten Person zum Zeitpunkt ihres Todes.

Der überlebende Ehegatte hat Anspruch auf eine Rente ungeachtet seines Alters, der Ehedauer und der Kinderzahl.

Die Rente wird vom Zeitpunkt des Todes der versicherten Person an und bis zum Tod des überlebenden Ehegatten ausgerichtet.

Eine Wiederverheiratung muss der Mobiliar unverzüglich mitgeteilt werden. Bei einer Wiederverheiratung vor Vollendung des 45. Altersjahres wird eine Abfindung in der Höhe von drei Jahresrenten ausgerichtet. Über den Zeitpunkt der Wiederverheiratung hinaus bezahlte Renten werden anteilmässig von der Abfindung abgezogen. Mit Auszahlung der Abfindung erlischt jeder weitere Rentenanspruch. Bei einer Wiederverheiratung nach Vollendung des 45. Altersjahres wird die Rente bis zum Tod des überlebenden Ehegatten weiterbezahlt.

Nach dem Tod seines früheren Ehegatten hat der geschiedene Ehegatte Anspruch auf die BVG-Minimalleistungen.

23.3 Kürzung oder Aufhebung der Ehegattenrente

Die Ehegattenrente wird wie folgt gekürzt oder aufgehoben:

Ist der überlebende Ehegatte mehr als 10 Jahre jünger als die verstorbene versicherte Person, so wird die laufende Rente für jedes den Altersunterschied von 10 Jahren übersteigende ganze oder angebrochene Jahr um je 1% der vollen Rente gekürzt.

Die BVG-Minimalleistungen dürfen nicht unterschritten werden.

24 Ehegattenrenten nach individueller Methode

Der überlebende Ehegatte hat Anspruch auf eine Rente ungeachtet seines Alters, der Dauer der Ehe oder der Kinderzahl.

Die Rente wird bis zum Tod des überlebenden Ehegatten ausbezahlt. Es erfolgt keine Kürzung der Rente bei grosser Altersdifferenz. Änderungen des Zivilstands der versicherten Person müssen unverzüglich der Mobiliar mitgeteilt werden.

25 Beginn des Anspruchs auf Ehegattenrenten

Die Ehegattenrente wird vom Zeitpunkt des Todes der versicherten Person an ausgerichtet.

Löst die Ehegattenrente eine Invalidenrente ab, so beginnt der Anspruch am ersten Tag der auf den Tod der versicherten Person folgenden Zahlungsperiode.

In den übrigen Fällen wird für die Zeit zwischen dem Todestag der versicherten Person und dem Ende der Zahlungsperiode zuerst eine Teilrente ausgerichtet.

26 Lebenspartnerrenten

Wenn im Kollektivversicherungs-Vertrag Ehegattenrenten bereits versichert sind, kann eine Lebenspartnerrente versichert werden.

Anspruch auf eine Lebenspartnerrente in Höhe einer Ehegattenrente besteht nur, wenn sie im Reglement der Vorsorgeeinrichtung vorgesehen und im Kollektivversicherungs-Vertrag versichert ist und wenn

- a der Lebenspartner von der versicherten Person in erheblichem Masse unterstützt worden ist; oder
- b der Lebenspartner mit der versicherten Person in den letzten fünf Jahren bis zu seinem Tod ununterbrochen eine Lebensgemeinschaft geführt hat; oder
- c der Lebenspartner für den Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamer (mit der versicherten Person) Kinder aufkommen muss.

Es besteht kein Anspruch auf eine Lebenspartnerrente, wenn beim überlebenden Ehegatten bereits ein Leistungsanspruch für dasselbe versicherte Ereignis besteht.

27 Waisenrenten**27.1 Rentenberechtigte Kinder**

Die rentenberechtigten Kinder werden gemäss den in der AHV geltenden Bestimmungen ermittelt.

27.2 Beginn und Dauer

Die Rente ist zahlbar, solange das Kind lebt, längstens jedoch, bis es das vertraglich vereinbarte Schlussalter erreicht hat. Löst die Waisenrente eine Invalidenkinderrente ab, so beginnt die Rentenzahlung am ersten Tag der auf den Tod der versicherten Person folgenden Zahlungsperiode. In den übrigen Fällen wird für die Zeit zwischen dem Todestag der versicherten Person und dem Ende der Zahlungsperiode zuerst eine Teilrente ausgerichtet.

27.3 Ausdehnung der Rentenberechtigung

Hat ein Kind das vertraglich vereinbarte Schlussalter erreicht oder überschritten, so besteht trotzdem ein Anspruch auf eine Kinderrente:

- a solange das Kind in Ausbildung steht, ohne zugleich überwiegend berufstätig zu sein, höchstens aber bis zur Vollendung des 25. Altersjahres;
- b solange das Kind zu mindestens 70% erwerbsunfähig ist, unter der Voraussetzung, dass die Erwerbsunfähigkeit aus den gleichen Gründen schon vor Erreichen des vereinbarten Schlussalters bestand. Die Rente wird lebenslänglich oder bis zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bezahlt.

Fälle, in denen Bst. b zur Anwendung kommt, werden gemäss den nachstehenden Bestimmungen über den Anspruch auf Invalidenleistungen (Art. 33) geregelt.

28 Vollwaisenrenten

Eine Vollwaisenrente wird allen anspruchsberechtigten Waisen beim Tod der versicherten Person ausgerichtet, falls der Ehegatte oder der geschiedene Ehegatte vorverstorben ist oder aber, falls dieser nach der versicherten Person stirbt.

29 Temporäre Hinterbliebenenrenten

Die Anspruchsberechtigung auf eine temporäre Hinterbliebenenrente beginnt, wenn eine versicherte Person vor Erreichen des Schlussalters stirbt, und endet mit dem Tag, an dem die versicherte Person das Schlussalter erreicht hätte. Die Bedingungen für die Ausrichtung dieser Rente werden im Kollektivversicherungs-Vertrag geregelt.

Für eine laufende temporäre Rente kann jederzeit ein Kapitalbezug gewählt werden. In diesen Fällen überweist die Mobiliar den Barwert der noch nicht ausbezahlten Renten.

30 Todesfallkapital

Beim Tod der versicherten Person wird eine einmalige Kapitalleistung ausbezahlt. Bedingungen und Umfang der Leistung sind im Kollektivversicherungs-Vertrag festgehalten.

31 Weitere Hinterlassenenleistungen

Es können weitere Hinterlassenenleistungen versichert werden. Diese werden im Kollektivversicherungs-Vertrag geregelt.

IV Invaliditätsleistungen**32 Versichertes Ereignis**

Als versichertes Ereignis gilt Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit (einschliesslich Zerfall der geistigen und körperlichen Kräfte) oder unabsichtlicher Körperverletzung (Unfall).

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt.

Die Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit.

Der Grad der Invalidität wird entsprechend den Grundsätzen der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) festgelegt.

Die Mobiliar richtet die Leistungen entsprechend dem Invaliditätsgrad aus, den die IV in ihrer rechtskräftigen Verfügung festgesetzt hat, sofern diese Verfügung nicht offensichtlich unhaltbar ist.

33 Leistungen**33.1 Anspruch**

Es besteht ein Anspruch auf Invaliditätsleistungen wenn

- a die versicherte Person im Sinne der IV zu mindestens 25% invalid ist und wenn sie bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, entsprechend dem Kollektivversicherungs-Vertrag versichert war; oder
- b die versicherte Person infolge eines Geburtsgebrechens bei Aufnahme der Erwerbstätigkeit und somit auch bei Aufnahme in den Kollektivversicherungs-Vertrag zu mindestens 20%, aber weniger als 40% arbeitsunfähig war und bei Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, gemäss Kollektivversicherungs-Vertrag versichert war; oder

c die versicherte Person als Minderjährige invalid wurde und deshalb bei Aufnahme einer Erwerbstätigkeit zu mindestens 20%, aber weniger als 40% arbeitsunfähig war und bei Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, auf mindestens 40% gemäss Kollektivversicherungs-Vertrag versichert war.

Bei Invalidität infolge Geburtsgebrechen und bei minderjährigen Invaliden entrichtet die Mobiliar höchstens die BVG-Minimalleistungen.

33.2 Beginn und Dauer

Die Leistungen werden ausgerichtet, sobald die effektive Dauer der Erwerbsunfähigkeit die vertraglich vereinbarte Wartefrist überschritten hat. Beträgt für Versicherungen im Rahmen der beruflichen Vorsorge die Wartefrist 12 Monate oder weniger, so beginnt die Rente spätestens mit dem Beginn des Anspruchs auf eine IV-Rente. Der Rentenanspruch erlischt, falls die Erwerbsunfähigkeit weniger als 25% bzw 40% (bei BVG-Skala) ausmacht (d. h. die Erwerbsfähigkeit wiedererlangt wurde), falls die versicherte Person das Schlussalter erreicht oder falls sie stirbt. Über diesen Zeitpunkt hinaus bezogene Renten oder Rententeile sind zurückzuerstatten.

33.3 Rentenhöhe

Die Rentenhöhe wird entsprechend zwei Erwerbsunfähigkeits-Skalen festgesetzt. Sofern im Kollektivversicherungs-Vertrag nichts Gegenteiliges geregelt ist, kommt die erweiterte Skala zur Anwendung.

a BVG-Skala:

| Erwerbsunfähigkeitsgrad | Rente |
|-------------------------|-------------------|
| 40% – 49,9% | Viertelsrente |
| 50% – 59,9% | Halbe Rente |
| 60% – 69,9% | Dreiviertelsrente |
| Ab 70% | Volle Rente |

Erwerbsunfähigkeit von weniger als 40% begründet keinen Anspruch auf Leistungen.

b Erweiterte Skala:

| Erwerbsunfähigkeitsgrad | Rente |
|-------------------------|-------------------|
| 25% – 59,9% | Prozentgenau |
| 60% – 69,9% | Dreiviertelsrente |
| Ab 70% | Volle Rente |

Erwerbsunfähigkeit von weniger als 25% begründet keinen Anspruch auf Leistungen.

33.4 Rückfall

Als Rückfall gilt das erneute Auftreten einer Erwerbsunfähigkeit aus gleicher Ursache.

Der Rückfall gilt als neues Ereignis mit neuer Wartefrist, falls die volle Erwerbsfähigkeit ununterbrochen während mehr als eines Jahres andauerte.

Erleidet die versicherte Person früher einen Rückfall und wurden bereits Leistungen fällig, werden diese ohne neue Wartefrist erbracht. Wurden noch keine Leistungen fällig, werden die Tage, an denen die versicherte Person aus der gleichen Ursache erwerbsunfähig war, an die Wartefrist angerechnet.

War die versicherte Person zu Beginn der Erwerbsunfähigkeit nicht durch die Mobiliar versichert, muss diese nur Leistungen erbringen, falls die Person vor dem Rückfall während mehr als 6 Monaten erwerbsfähig war.

Erleidet eine Person, die zu Beginn ihrer Erwerbsunfähigkeit noch bei der Mobiliar versichert war, einen Rückfall zu einem Zeitpunkt, in dem sie nicht mehr bei der Mobiliar versichert ist, muss diese nur Leistungen erbringen, wenn der Rückfall weniger als 6 Monate nach Wiedererlangen der vollen Erwerbsfähigkeit erfolgt.

34 Änderung des Grades der Invalidität

Jede Änderung des Grades der Invalidität muss der Mobiliar unverzüglich gemeldet werden. Gegebenenfalls setzt die Mobiliar ihre Leistungen entsprechend dem veränderten Invaliditätsgrad neu fest.

Die Mobiliar ist jederzeit berechtigt, den Grad der Invalidität auf ihre Kosten überprüfen zu lassen. Sie kann die Rückerstattung der zuviel bezahlten Renten sowie die Überweisung unbezahlter Prämien einfordern. Nimmt der Invaliditätsgrad einer versicherten Person innerhalb einer Versicherungsperiode aus dem gleichen Grund wie die ursprüngliche Invalidität zu, werden die Leistungen unverzüglich an den neuen Invaliditätsgrad angepasst. Bei einer Erhöhung aus anderen Gründen erfolgt die Anpassung der Leistungen nach Ablauf einer erneuten Wartefrist, wobei die zum Zeitpunkt der Erhöhung des Invaliditätsgrades bestehende Deckung als Basis dient.

Wird eine versicherte Person infolge einer Arbeitsunfähigkeit erwerbsunfähig, zu deren Beginn sie noch bei der Mobiliar versichert war, richtet die Mobiliar die gemäss Kollektivversicherungs-Vertrag versicherten Leistungen aus. Bei einer späteren Erhöhung der Invalidität aus den gleichen Gründen muss die Mobiliar bei einer Erhöhung der Invalidität nur die BVG-Minimalleistungen erbringen, wenn die versicherte Person inzwischen nicht mehr durch den Kollektivversicherungs-Vertrag der Mobiliar versichert ist (insbesondere wenn der Kollektivversicherungs-Vertrag aufgelöst wurde oder wenn die versicherte Person nicht mehr zum Kreis der versicherten Personen gehört).

35 Invaliden-Kinderrenten

Eine Invaliden-Kinderrente wird für jedes Kind ausgerichtet, das beim Tod der versicherten Person Anspruch auf eine Waisenrente hätte. Die Rente wird abhängig vom Invaliditätsgrad der versicherten Person festgesetzt.

Anhang I

Anpassung von Invaliden- und Hinterlassenenrenten gemäss BVG an die Preisentwicklung

1 Anspruch

Sofern im Kollektivversicherungs-Vertrag vereinbart, haben die Personen mit einem Anspruch auf Invaliden- und Hinterlassenenrenten im Rahmen des BVG (nachfolgend als laufende Risikorenten bezeichnet) Anrecht auf eine Anpassung der Leistungen an die Preisentwicklung zu den unten aufgeführten Bedingungen.

2 Leistungen

Die von der Mobiliar garantierte Anpassung an die Preisentwicklung besteht in der Erhöhung der laufenden Risikorenten. Die Erhöhung gilt für Invalidenrenten, Invaliden-Kinderrenten, Ehegattenrenten, Renten geschiedener Ehegatten sowie Waisenrenten.

Die Anpassung wird nur für jenen Teil der versicherten Rente vorgenommen, der aufgrund der Mindestvorschriften des BVG geschuldet ist.

Die Anpassung beschränkt sich auf Renten, die auf einem versicherten Ereignis beruhen, das nach Beginn dieser Versicherung eingetreten ist.

3 Bedingungen

Rentenerhöhungen werden unter den folgenden Bedingungen zugestanden:

- Im Falle einer Invalidenrente und einer Invaliden-Kinderrente ungeachtet des Invaliditätsgrades, auch wenn die Invalidität den für die Anspruchsberechtigung gemäss BVG erforderlichen Grad nicht erreicht hat;
- Im Falle einer Ehegattenrente, wenn gemäss BVG der Ehegatte oder der geschiedene Ehegatte Anspruch auf eine Rente hat, nicht jedoch für den Fall, dass gemäss Kollektivversicherungs-Vertrag zwar eine Rente ausbezahlt wird, gemäss BVG jedoch nur eine Kapitalabfindung geschuldet wäre;
- Im Falle einer Waisenrente, wenn gemäss BVG der Anspruch auf eine solche Rente besteht.

Wurde eine im Kollektivversicherungs-Vertrag enthaltene Option auf Kapitalabfindung anstelle einer Rente genutzt, so besteht kein Anspruch auf eine Abfindung für zukünftige Rentenerhöhungen.

4 Beginn und Dauer

Höhe und Periodizität der Rentenerhöhung richten sich nach den im Rahmen des BVG diesbezüglich erlassenen Vorschriften.

Rentenerhöhungen auf Invaliden-Kinderrenten und auf Waisenrenten werden – nachstehender Absatz vorbehalten – solange vorgenommen, als gemäss Kollektivversicherungs-Vertrag ein Anspruch auf eine solche Rente besteht.

Nach Erreichen des Schlussalters werden die Renten der Anspruchsberechtigten nicht mehr erhöht.

Bei Ehegattenrenten werden nach einer Wiederverheiratung keine Rentenerhöhungen mehr vorgenommen, auch wenn gemäss Kollektivversicherungs-Vertrag die Ehegattenrente weiterhin ausgerichtet wird, der Rentenanspruch gemäss BVG jedoch erloschen ist.

5 Umfang

Der Umfang der Rentenerhöhung richtet sich nach den im Rahmen des BVG hierfür erlassenen Vorschriften.

6 Prämie

Die Prämie für diese Versicherung wird in Prozenten des koordinierten Lohnes gemäss BVG festgelegt und muss für alle versicherten erwerbstätigen Personen entrichtet werden. Die Prämie ist zu Beginn des Versicherungsjahres fällig. Sie richtet sich nach der Anordnung des Bundesrates, die im jeweiligen Zeitpunkt Gültigkeit hat.

Entrichtet der Versicherungsnehmer für diese Versicherung keine Prämien mehr, erlischt der Anspruch auf Rentenerhöhungen mit diesem Datum, es sei denn, die Beendigung der Prämienzahlung ist ausschliesslich auf das Eintreten von versicherten Ereignissen zurückzuführen.

Wird die Versicherung des Teuerungsausgleichs vom Versicherungsnehmer während der Vertragsdauer ausgeschlossen, so werden laufende Rentenzahlungen sowie künftige neue Renten mit Inkrafttreten des Ausschlusses nicht mehr an die Teuerung angepasst.

Wird die Versicherung des Teuerungsausgleichs vom Versicherungsnehmer während der Vertragsdauer in den Vertrag eingeschlossen, so beschränkt sich der Teuerungsausgleich auf jene Renten, deren versichertes Ereignis sich nach Einschluss des Teuerungsausgleichs in den Vertrag ereignete.

7 Vertragsauflösung und Rückkauf

Wird der Kollektivversicherungs-Vertrag aufgelöst und sieht dieser keine Weiterführung der laufenden Renten vor, so werden auch sämtliche Versicherungsverhältnisse aufgelöst und zurückgekauft, die Gegenstand der Versicherung über die Anpassung von Renten im Rahmen des BVG an die Preisentwicklung sind. Dabei werden alle im Rahmen dieser Versicherung bis zum Zeitpunkt des Rückkaufs vorgenommenen Erhöhungen berücksichtigt.

Sieht der Kollektivversicherungs-Vertrag vor, dass die laufenden Renten bei Vertragsauflösung von der Mobiliar weitergeführt werden, so werden diese, im Rahmen des BVG, weiterhin der Preisentwicklung angepasst.

Im weiteren sind die Bestimmungen von Art. 8 AVB KJ massgebend.

Es besteht kein Anspruch auf Rückerstattung der bezahlten Prämien für die Versicherung der Anpassung von Renten im Rahmen des BVG an die Preisentwicklung.

Anhang II

Militärdienst – Krieg

Diese Bestimmungen sind vom Bundesamt für Privatversicherungen (BPV) verabschiedet worden und gelten einheitlich für alle in der Schweiz tätigen Lebensversicherungsgesellschaften:

- 1 Aktiver Dienst zur Verteidigung der schweizerischen Neutralität sowie zur Wahrung von Ruhe und Ordnung im Innern, beides ohne kriegerische Handlungen, gilt als Militärdienst in Friedenszeiten und ist als solcher im Rahmen der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen eingeschlossen.
- 2 Führt die Schweiz einen Krieg oder wird sie in kriegsähnliche Handlungen hineingezogen, so wird von Beginn des Krieges an ein einmaliger Kriegs-Umlagebeitrag geschuldet, der ein Jahr nach Kriegsschluss fällig wird. Ob die versicherte Person am Krieg teilnimmt oder nicht und ob sie sich in der Schweiz oder im Ausland aufhält, ist unerheblich.
- 3 Der einmalige Kriegs-Umlagebeitrag dient zur Deckung der durch den Krieg mittelbar und unmittelbar verursachten Schäden, soweit sie Versicherungen betreffen, für welche diese Bedingungen gelten. Die Feststellung dieser Schäden und der verfügbaren Deckungsmittel sowie die Festsetzung des Kriegs-Umlagebeitrages und dessen Tilgungsmöglichkeiten – gegebenenfalls durch Kürzung der Versicherungsleistungen – erfolgen durch die Mobiliar im Einverständnis mit der schweizerischen Aufsichtsbehörde.
- 4 Werden vor der Festsetzung des Kriegs-Umlagebeitrages Leistungen aus der Versicherung fällig, so ist die Mobiliar befugt, für einen angemessenen Teil die Zahlung bis ein Jahr nach Kriegsschluss aufzuschieben. Der aufzuschiebende Teil der Leistung und der Zinsfuss, zu welchem dieser Teil zu verzinsen ist, werden durch die Mobiliar im Einverständnis mit der schweizerischen Aufsichtsbehörde bestimmt.
- 5 Die Tage, die als Kriegsbeginn und als Kriegsschluss im Sinne oben stehender Bestimmungen gelten, werden von der schweizerischen Aufsichtsbehörde festgelegt.
- 6 Nimmt die versicherte Person an einem Krieg oder an kriegsähnlichen Handlungen teil, ohne dass die Schweiz selbst Krieg führt oder in kriegsähnliche Handlungen hineingezogen ist, und stirbt die versicherte Person während eines solchen Krieges oder binnen sechs Monaten nach Friedensschluss bzw. nach Beendigung der Feindseligkeiten, so schuldet die Mobiliar das Deckungskapital. Dieses wird auf den Todestag berechnet, kann jedoch die auf den Todesfall versicherte Leistung nicht übersteigen. Sind Überlebensrenten versichert, so treten an Stelle des Deckungskapitals die Renten, welche dem auf den Todesfall berechneten Deckungskapital entsprechen, höchstens jedoch die versicherten Renten.
- 7 Die Mobiliar behält sich vor, die Bestimmungen dieses Anhangs im Einverständnis mit der schweizerischen Aufsichtsbehörde und auch mit Wirkung für diese Versicherung abzuändern. Ausserdem bleiben gesetzliche und administrative, im Zusammenhang mit einem Krieg erlassene Massnahmen, insbesondere solche über den Rückkauf der Versicherung, ausdrücklich vorbehalten.

Anhang III

Technische Vorschriften

1 Grundsatz

Der Tarif, welcher auf den Kollektivversicherungsvertrag zur Anwendung kommt, besteht aus dem KT 2008 für die aktiven Versicherten sowie dem Drehtürtarif KT 2007 für Rentnertransfers.

Der **KT 2008 für die aktiven Versicherten** basiert auf einem technischen Zinssatz von 2,5%. Dieser wird aufgeteilt in einen garantierten Teil mit einem Zinssatz von 3,5% und einen nicht garantierten Teil (Verstärkung) in Höhe der entsprechenden Differenz.

Der **Drehtürtarif KT 2007** für Rentnerübernahmen und Rentnerübergaben basiert auf dem KT 2008 mit einem technischen Zinssatz von 2,5% für die Invaliditätsfälle, welche ab dem 01.01.2005 aufgetreten sind und einem Zinssatz von 3,5% für alle anderen Leistungsfälle. Der Drehtürtarif KT 2007 kommt ausschliesslich bei Rentnerübernahmen und Rentnerübergaben zur Anwendung.

2 Inventardeckungskapital

Das Inventardeckungskapital entspricht der Summe, über welche die Mobilien verfügen muss, damit sie unter Berücksichtigung der vertraglichen Leistungen, zukünftigen Prämien und Verwaltungskosten ihren zukünftigen Verbindlichkeiten nachkommen kann.

Das Inventardeckungskapital der laufenden Renten wird auf der Basis der garantierten Rentenbeträge berechnet. Die Beträge aus eventuellen Überschussbeteiligungen sind nicht garantiert und haben folglich kein Inventardeckungskapital. Versicherungen für Risikoleistungen verfügen über kein Inventardeckungskapital, da die entsprechenden Prämien jedes Jahr neu berechnet werden. Das Inventardeckungskapital der laufenden Hinterbliebenenrenten wird mit einem technischen Zinssatz von 3,5% berechnet. Das Inventardeckungskapital der laufenden Invalidenrenten wird mit einem technischen Zinssatz von 2,5% berechnet für die Fälle, welche ab dem 01.01.2005 aufgetreten sind, und mit einem technischen Zinssatz von 3,5% für alle Fälle, welche vor dem 01.01.2005 aufgetreten sind.

3 Rentnerübergaben und Rückerstattungswert (Drehtürtarif KT 2007)

Der Rückerstattungswert beläuft sich auf 100% des Inventardeckungskapitals. Diese Bestimmung stellt sicher, dass das Drehtürprinzip eingehalten wird.

Dieses sieht vor, dass der Rückerstattungswert und die Einmalprämie für Übernahmen (siehe Art. 4) nach denselben Rechnungsgrundlagen berechnet werden.

4 Rentnerübernahme und Einmalprämie für Übernahmen (Drehtürtarif KT 2007)

Die Einmalprämie für Übernahmen beläuft sich auf 100% des Inventardeckungskapitals. Diese Bestimmung stellt sicher, dass das Drehtürprinzip eingehalten wird. Dieses sieht vor, dass der Rückerstattungswert und die Einmalprämie für Übernahmen nach denselben Rechnungsgrundlagen berechnet werden.

5 Technische Grundlagen für die Berechnung des Inventardeckungskapitals

Werden die in Art. 1 und 2 dieses Anhangs festgelegten Zinssätze für die Berechnung des Inventardeckungskapitals neu festgelegt und/oder werden die Tarifgrundlagen geändert und vom Bundesamt für Privatversicherungen (BPV) genehmigt, so teilt dies die Mobilien dem Versicherungsnehmer schriftlich mit.

6 Übergangsbestimmung

Für die zum Drehtürtarif KT 2007 übernommenen Rentner sowie die vor dem 1. Januar 2007 bereits bestehenden laufenden Renten wird bei Rentnerübergabe ebenfalls der Drehtürtarif KT 2007 angewandt, sofern vertraglich nichts anderes vereinbart ist.

Anhang IV

Merkblatt Datenschutz

| | |
|---|---|
| Vorbemerkung | Die Bearbeitung von Personendaten bildet eine unentbehrliche Grundlage des Versicherungsgeschäfts. Bei der Bearbeitung von Personendaten halten wir uns an das Schweizerische Datenschutzgesetz (DSG), wonach die Datenbearbeitung zulässig ist, wenn das DSG oder eine andere Rechtsvorschrift diese vorsieht oder eine Einwilligung der betroffenen Person vorliegt. |
| Einwilligungsklausel | Der Versicherungsantrag bzw. der Kollektivversicherungs-Vertrag enthält eine Einwilligungsklausel zur gesetzeskonformen Datenbearbeitung. |
| Entbindung von der Schweigepflicht | Die Übermittlung von Daten durch Personen, welche der beruflichen Schweigepflicht unterstehen, setzt eine Entbindung von der Schweigepflicht voraus. In den Formularen der betroffenen Versicherungssparten ist eine entsprechende Entbindungsklausel enthalten. |
| Bearbeitung von Personendaten | In der Folge wollen wir einige wesentliche Grundzüge und Beispiele für die Datenbearbeitung und Datennutzung aufzeigen: |
| 1. Datenbearbeitung | <p>Bearbeiten bedeutet jeder Umgang mit Personendaten, unabhängig von den angewandten Mitteln und Verfahren, insbesondere das Beschaffen, Aufbewahren, Verwenden, Umarbeiten, Bekannt geben, Archivieren oder Vernichten von Daten.</p> <p>Wir bearbeiten die für Vertragsabschlüsse sowie Vertrags- und Schadenabwicklung relevanten Daten. In erster Linie werden dabei die Angaben aus dem Versicherungsantrag bzw. aus der Offertanfrage und der Schadenanzeige bearbeitet. Sofern notwendig holen wir bei Drittpersonen (z. B. Vorversicherer, Arzt) sachdienliche Auskünfte ein oder nehmen Einblick in amtliche Akten. Wir verpflichten uns, die erhaltenen Informationen vertraulich zu behandeln.</p> <p>Unsere Datensammlungen werden elektronisch oder in Papierform geführt und sind – unter Beachtung der anwendbaren Bestimmungen – gegen unberechtigte Einsichtnahme sowie gegen unberechtigte Veränderungen geschützt.</p> |
| 2. Datenaustausch | <p>Sofern erforderlich, werden die Daten an involvierte Dritte, insbesondere Mit-, Rück- und andere beteiligte Privat- oder Sozialversicherer im In- und Ausland weitergeleitet. Zudem können zur Durchsetzung von Regressansprüchen Informationen an andere haftpflichtige Dritte und deren Haftpflichtversicherung weitergegeben werden.</p> <p>Um umfassenden Versicherungsschutz, optimale Produktauswahl sowie Kostenersparnis anbieten zu können, werden unsere Dienstleistungen teilweise durch rechtlich selbständige Unternehmen im In- und Ausland erbracht. Es kann sich dabei um Konzerngesellschaften oder externe Kooperationspartner handeln. Daher sind wir im Rahmen der Zweckbestimmung des Vertragsverhältnisses und unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften auf die konzerninterne wie auch konzernexterne Weitergabe und Bearbeitung der Daten angewiesen.</p> <p>Von den Schweizerischen Versicherungsgesellschaften wird ein Zentrales Informationssystem (ZIS) zur Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs geführt. Die Datenbank ZIS ist beim eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten registriert und die Einträge erfolgen gestützt auf das ZIS-Reglement.</p> |
| 3. Vermittler | Von uns eingesetzte Vermittler sind gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des DSG im gleichen Umfang wie wir selber zu beachten. |
| 4. Aufbewahrung | Die Daten werden unter Berücksichtigung der gesetzlichen Bestimmungen nur in erforderlichem Umfang aufbewahrt. |
| 5. Auskunfts- und Berichtigungsrecht | Versicherungsnehmer und versicherte Personen sind berechtigt, Auskunft über die zu ihrer Person gespeicherten oder im Dossier abgelegten Daten zu verlangen. Sie können ferner verlangen, dass unrichtige Daten berichtigt werden. |