

Versicherungsbedingungen für Ihre



Gruppen-Unfallversicherung Smart

Das Wichtigste in Kürze:



Ihre Gruppen-Unfallversicherung schützt die versicherten Personen vor den finanziellen Folgen eines Unfalls. Sie zahlt bei Unfällen im beruflichen oder privaten Umfeld, je nachdem was im Versicherungsvertrag vereinbart ist. Unser Unfallberater hilft nach einem versicherten Unfall rund um die Uhr.

Grundlage für Ihren Vertrag sind diese Versicherungsbedingungen. Sie bestehen aus den Teilen A (Leistungen), B (Ihre Pflichten) und C (Allgemeine Regelungen), den "Zusatzbedingungen für Vereine/Vereinigungen und Verträge mit einer Vertragsdauer von unter einem Jahr" sowie dem "Risikogruppenverzeichnis". Teil A setzt sich zusammen aus den Regelungen zur Gruppen-Unfallversicherung sowie den jeweils dazu abgeschlossenen Zusatzbausteinen. Diese sind zusammen ein einheitlicher Vertrag.

Diese Versicherungsbedingungen, der Antrag und der Versicherungsschein legen den Inhalt Ihrer Gruppen-Unfallversicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente. Bitte lesen Sie die Versicherungsbedingungen daher gründlich durch. Bewahren Sie diese sorgfältig auf. Vor allem nach einem Unfall können Sie dann alles Wichtige noch einmal nachlesen.



Was tun, wenn ein Unfall passiert ist? Bitte benachrichtigen Sie uns oder Ihren Unfallberater möglichst schnell. Wir klären dann mit Ihnen das weitere Vorgehen. Wie Sie uns erreichen können, finden Sie auf Ihrem Versicherungsschein. Oder informieren Sie sich online auf www.allianz.de.



Was ist was? - Wichtige Begriffe

Wir möchten, dass Sie Ihre Versicherung gut verstehen. Deshalb dienen die folgenden rechtlich unverbindlichen Begriffserläuterungen Ihrem besseren Verständnis. Außerdem erklären wir bestimmte Fachbegriffe oder erläutern sie durch Beispiele.

Wichtige Begriffe	Was ist das genau?
Versicherungsnehmer	Das sind Sie als unser Vertragspartner.
Versicherte Person	Versicherte Person ist jeder, für den Sie Versicherungsschutz mit uns vereinbart haben.
Ausschlüsse	Nicht alles was passiert, ist vom Versicherungsschutz Ihrer Gruppen-Unfallversicherung umfasst. Was nicht versichert ist, erklären wir Ihnen im Abschnitt Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen. Nicht versichert sind beispielsweise Unfälle im Zusammenhang mit der Ausübung von Straftaten. Weitere Leistungseinschränkungen können sich unter anderem auch aus dem Unfallbegriff und der Beschreibung der versicherten Leistungen ergeben.
Obliegenheiten	Obliegenheiten beschreiben sämtliche Verhaltenspflichten, die Sie und die versicherten Personen beachten müssen. Sie müssen beispielsweise Auskünfte wahrheitsgemäß erteilen oder uns den Versicherungsfall unverzüglich mitteilen. Wenn Sie Obliegenheiten verletzen, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.



Für den schnellen Überblick:

Hier erfahren Sie, was in Ihren Versicherungsbedingungen wo geregelt ist.

Inhaltsverzeichnis

Teil A - Leistungen

Gruppen-Unfallversicherung

1	Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang	5
1.1	Was ist versichert?	5
1.2	Wann hilft der Unfallberater?	9
1.3	Welche Leistungen sind versichert? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungen?	9
1.3.1	Invaliditätsleistung	10
1.3.2	Sofortleistung bei schweren Verletzungen	17
1.3.3	Notfalleleistungen	18
1.3.4	Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze und Krankentransport	19
1.3.5	Kosten für kosmetische Operationen	19
1.3.6	Hilfsmittel	20
1.3.7	Ausbildungs- und berufsbezogene Beratung	20
1.3.8	Beratung zu Umbaumaßnahmen (Wohnen und Mobilität)	21
1.3.9	Erstattung des Arbeitgeberanteils an Sozialversicherungsbeiträgen für Unfalleleistungen	21
1.4	Für welche Dienstleister übernehmen wir die Kosten und wie sind die Rechtsverhältnisse?	21
2	Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen	21
2.1	Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?	22
2.2	Was ist nicht versichert?	22
2.3	Welche Höchstleistung erbringen wir, wenn mehrere versicherte Personen durch dasselbe Ereignis einen Unfall erleiden?	24
2.4	Welche Auswirkungen haben Sanktionen und Embargos auf den Versicherungsschutz?	24
3	Ihre Obliegenheiten	25
3.1	Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	25
3.2	Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?	26
4	Beitragsanpassung bei verändertem Schadenbedarf	26
5	Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung der Risikogruppe	27
6	Fälligkeit unserer Leistungen und Neubemessung des Invaliditätsgrads	27
6.1	Wann sind unsere Leistungen fällig?	27
6.2	Wann kann die Invalidität neu bemessen werden?	28
7	Weitere Bestimmungen	28
7.1	Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	28
7.2	Welche Regelungen gelten für die Gruppen-Unfallversicherung mit und ohne Namensangabe?	29
7.3	Was müssen Sie uns im Zusammenhang mit der Betriebsart mitteilen?	31

Zusatzbaustein Krankenhaustagegeld

1	Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang	32
1.1	Voraussetzungen für die Leistung	32
1.2	Höhe und Dauer der Leistung	32
2	Zusammentreffen von Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen	32

3	Fälligkeit unserer Leistung	32
Zusatzbaustein Todesfalleistung		
1	Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang	33
1.1	Voraussetzungen für die Leistung.....	33
1.2	Art und Höhe der Leistung	33
2	Zusammentreffen von Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen	33
Zusatzbaustein Wieder-Fit		
1	Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang	34
1.1	Was ist versichert?	34
1.2	Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Wieder-Fit-Leistungen?.....	34
2	Folgen für die weiteren Leistungen aus der Unfallversicherung	35
Zusatzbaustein LeistungPlus		
1	Licht-, Temperatur- und Witterungseinflüsse	36
2	Passives Kriegsrisiko	36
3	Vergiftungen durch Nahrungsmittel.....	36
4	Krankentransportkosten	36
5	Kosten der Behandlung in einer Dekompressionskammer	37
6	Umbau- und Umzugskosten.....	37
7	Kurtagegeld	37
8	Heilkosten bei Auslandsaufenthalt	37
9	Entführungsleistung.....	38
10	Pflegegeld	38
11	Leistung bei Knochenbrüchen (Gipsgeld)	38
12	Komageld	38
13	Krankenhaus-Selbstbehalt	39
14	Zusätzliche Leistungen zum Zusatzbaustein Todesfalleistung	39
15	Lebensretter sowie Firmengäste und Geschäftskunden	39
16	Erstattung der ärztlichen Gebühren im Rahmen der Begründung des Leistungsanspruchs	40
17	Versehentlich verspätete Meldung des Unfalls	40
18	Versehentlich verspätete Meldung der Änderung der Risikogruppe	40
19	Versehentlich unterbliebene oder verspätete Anmeldung bei namentlich genannten Personen	41
20	Verlängerte Frist für die Beendigung des Versicherungsschutzes für die einzelne versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalls	41

21	Verlängerte Frist für die Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalls	41
----	--	----

Teil B - Ihre Pflichten

1	Vorvertragliche Anzeigepflicht	42
2	Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung	43
2.1	Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	43
2.2	Was gilt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	43
2.3	Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?	44

Teil C - Allgemeine Regelungen

1	Beginn des Versicherungsschutzes	45
2	Umstellung auf aktuelle Allianz Versicherungsbedingungen	45
3	Definition des Versicherungsjahres	46
4	Ende des Vertrags	46
4.1	Wie lange dauert der Vertrag und wann kann er gekündigt werden?	46
4.2	Unter welchen Voraussetzungen kann die Versicherung nach Eintritt des Versicherungsfalls gekündigt werden?	46
4.3	Auswirkung einer Kündigung auf die Gruppen-Unfallversicherung und die einzelnen Zusatzbausteine	47
5	Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung	47
6	Adressaten für Beschwerden	47
7	Deutsches Recht	47
8	Zuständiges Gericht	48
9	Verjährung	48

Zusatzbedingungen für Vereine/Vereinigungen und Verträge mit einer Vertragsdauer von unter einem Jahr

1	Unmittelbare Geltendmachung der Leistungen durch die versicherte Person	49
2	Informationspflichten des Versicherungsnehmers über den Versicherungsschutz	49
3	Informationspflichten des Versicherungsnehmers bei Beendigung oder Änderung der Gruppen-Unfallversicherung	49
4	Kenntnis und Verhalten der versicherten Person	49
5	Keine Beitragszahlungspflicht der versicherten Person	49
6	Aufrechnungsverbot für den Versicherer	49
7	Änderungsverlangen der BaFin; Werbeunterlagen	50

Anhang: Risikogruppenverzeichnis

Teil A - Leistungen

Hier finden Sie die besonderen Regelungen zu den einzelnen Leistungen. Sie erfahren insbesondere, welche Leistungen wir erbringen und in welchen Fällen unsere Leistung ausgeschlossen oder eingeschränkt ist. Daneben werden unter anderem besondere Verhaltensregeln beschrieben, die Sie beachten müssen (insbesondere Ihre Obliegenheiten). Weitere Pflichten, die Sie beachten müssen, finden Sie in Teil B.

Gruppen-Unfallversicherung

1 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

1.1 Was ist versichert?

(1) Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrags. Welche Person versichert ist, ergibt sich aus der Bezeichnung der Gruppe im Versicherungsschein. Jede versicherte Person muss einer Gruppe zugeordnet sein. Der Umfang des Versicherungsschutzes hängt von den getroffenen Vereinbarungen über die Leistungen, Versicherungssummen und dem Deckungsumfang für die jeweilige Gruppe ab.

Bitte beachten Sie:

Kommen während der Laufzeit des Vertrags Betriebsstätten und Niederlassungen in Deutschland neu hinzu, gilt: Diese sowie die dort tätigen Personen sind automatisch über diesen Vertrag versichert.

Kommen während der Laufzeit des Vertrags Tochtergesellschaften oder Konzerngesellschaften im In- oder Ausland neu hinzu, gilt Folgendes: Diese und die dort tätigen Personen sind nicht automatisch über diesen Vertrag versichert. Dies gilt auch für Betriebsstätten oder Niederlassungen im Ausland. Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands. Der Versicherungsnehmer muss hierfür neuen Versicherungsschutz beantragen. Wir prüfen dann, ob wir diesen anbieten können.

(2) Deckungsumfang

Es können die nachfolgend genannten Deckungsumfänge versichert sein.

Bitte beachten Sie:

Welcher Deckungsumfang für die versicherte Person gilt, steht in Ihrem Versicherungsschein.

a) 24 Stunden-Deckung

Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle

- weltweit und
- rund um die Uhr.

b) Tätigkeiten mit Weg

Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle, die der versicherten Person bei beruflichen Tätigkeiten für den Versicherungsnehmer zustoßen.

Beispiel: Tätigkeiten als Angestellter oder Arbeiter, Homeoffice oder mobiles Arbeiten, Aufsichtsrat eines Unternehmens

Versicherungsschutz besteht auch bei kurzzeitigen Unterbrechungen oder Pausen während der Arbeitszeit. Voraussetzung ist, dass das unmittelbare Arbeitsumfeld nicht verlassen wird.

Beispiele:

- Unfälle während Kaffee- und Essenspausen oder während des Toilettenbesuchs
- Unfälle auf den Wegen zu Haustür oder Briefkasten
- Unfälle während der parallelen Betreuung von minderjährigen Kindern im Homeoffice

Versichert sind auch Unfälle der versicherten Person auf den direkten Wegen zu und von dem Ort der versicherten beruflichen Tätigkeit.

Bei persönlich motivierten Umwegen oder Unterbrechungen des Wegs entfällt der Versicherungsschutz.

Beispiel: Umwege wegen Einkauf, Besuch von Freunden oder einer Gaststätte

Für folgende notwendige Umwege bleibt der Versicherungsschutz jedoch bestehen:

- zur Unterbringung der Kinder während der Arbeitszeit
- zum Treffpunkt bei Fahrgemeinschaften
- wenn der Arbeitsplatz über einen längeren Weg schneller erreicht werden kann

c) Kurzfristige Deckung

Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle, die der versicherten Person bei beruflichen Tätigkeiten oder anderen Handlungen oder Aktivitäten für den Versicherungsnehmer zustoßen.

Beispiel: Mithilfe am Bau, bei der Ernte oder bei einem Fest

Der Versicherungsschutz umfasst außerdem Unfälle, die der versicherten Person bei Handlungen oder Aktivitäten zustoßen, die vom Versicherungsnehmer entweder organisiert, veranstaltet, durchgeführt oder beaufsichtigt werden.

Beispiel: Konzertbesucher, Teilnehmer einer Gruppenreise

Nicht versichert sind Unfälle auf den Hin- und Rückwegen zwischen dem Wohnsitz und dem Ort der versicherten Handlung oder Aktivität. Bei Gruppenreisen gilt ergänzend: Der Versicherungsschutz beginnt am ersten Reisetag mit Eintreffen am Sammelplatz. Er endet mit der offiziellen Auflösung oder dem vorzeitigen Austritt der versicherten Person aus der Reisegruppe.

d) Neben-/Ehrenamt und unentgeltliche Aktivitäten

Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle der versicherten Person im Rahmen der satzungsgemäßen

- Ausübung der neben- oder ehrenamtlichen Tätigkeiten für den Versicherungsnehmer

Beispiel: Vereinsvorstand, Beisitzer bei Verbänden, Mitglied der Freiwilligen Feuerwehr, Trainer, Chorleiter

- Aktivitäten, die vom Versicherungsnehmer entweder organisiert, veranstaltet, durchgeführt, beauftragt oder beaufsichtigt werden

Beispiel: Teilnahme der versicherten Person als Vereinsmitglied an:

- Trainingseinheiten, Übungen, Wettkämpfen, Turnieren
- Arbeitseinsätzen, Vereinsversammlungen, Vereinsfestlichkeiten einschließlich Auf- und Abbau sowie an Festzügen
- auswärtigen Veranstaltungen oder Ausflügen

Nicht versichert ist die Sportausübung als Berufs- oder Profisportler im Sinne von Ziffer 2.2 Absatz 1 g).

Versichert sind auch Unfälle auf den direkten Hin- und Rückwegen zwischen dem Wohnsitz und dem Ort der versicherten Tätigkeit oder Aktivität.

Bei persönlich motivierten Umwegen oder Unterbrechungen des Wegs entfällt der Versicherungsschutz.

Beispiel: Einkauf, Besuch von Freunden oder einer Gaststätte

Für auswärtige Veranstaltungen, an denen die versicherte Person im Auftrag oder auf Veranlassung des Versicherungsnehmers teilnimmt, gilt darüber hinaus Folgendes: Der Versicherungsschutz für die versicherte Person beginnt mit Verlassen der Wohnung und Antritt der Reise. Er endet mit der Rückkehr in die Wohnung.

Beispiel: Unfall während der Anreise zum Ort der Veranstaltung, Unfall bei einer Übernachtung im Hotel während einer Verbandstagung

e) Dienstreise

Versichert sind Unfälle während einer beruflich veranlassten Auswärtstätigkeit (Dienstreise). Eine solche liegt dann vor, wenn die folgenden Voraussetzungen gegeben sind:

- Die versicherte Person ist vorübergehend außerhalb ihrer Wohnung und an keiner ihrer regelmäßigen Arbeitsstätten tätig.
- Der Arbeitgeber erkennt die Dienstreise als solche an und vergütet sie.

Der Versicherungsschutz für die versicherte Person beginnt mit Verlassen der Wohnung oder des Betriebsgrundstücks und Antritt der Reise. Er endet mit der Rückkehr in die Wohnung oder auf das Betriebsgrundstück.

(3) Definition Unfall (Unfallbegriff)

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

- ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis)
- unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

(4) Was darüber hinaus als Unfall gilt (erweiterter Unfallbegriff)

Als Unfall gilt darüber hinaus auch Folgendes (erweiterter Unfallbegriff):

Unfallereignis	Was fällt darunter?
Erhöhte Kraftanstrengung und Eigenbewegung	<p>Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung oder eine andere Eigenbewegung</p> <ul style="list-style-type: none"> • ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt, Beispiel: Die versicherte Person stützt einen Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk. • Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt, Beispiel: Die versicherte Person zieht sich bei einer Gymnastikübung eine Muskelzerrung am Oberschenkel zu. Meniskus und Bandscheiben sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder noch Kapseln. Deshalb werden sie von dieser Regelung nicht erfasst und es besteht insoweit kein Versicherungsschutz. • einen Knochen bricht. Beispiel: Die versicherte Person knickt beim Gehen ohne erkennbare äußerliche Ursache um und bricht sich das Fußgelenk.
Oberschenkelhalsbruch	<p>Als Unfall gilt auch ein Oberschenkelhalsbruch, unabhängig von seiner Ursache. Ein Oberschenkelhalsbruch in diesem Sinne ist jede hüftgelenksnahe Oberschenkelfraktur.</p>
Zeckenstiche	<p>Versichert sind auch Infektionen, die durch Zeckenstiche übertragen werden.</p> <p>Beispiel: Frühsommer-Meningoencephalitis (FSME), Borreliose</p> <p>Bei einem Zeckenstich gelten besondere Fristen für den Eintritt, die Feststellung und die Neubemessung der Invalidität sowie für die Geltendmachung Ihrer sonstigen Leistungsansprüche: Die Fristen beginnen nicht mit dem Unfall (Stich der Zecke), sondern erst mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.</p>
Impfschäden	<p>Versichert sind auch Impfschäden durch Impfungen gegen Infektionen. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsbeeinträchtigung. Eine Impfung gilt als Unfallereignis im Sinne von Absatz 3.</p>
Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen	<p>Als Unfall gilt auch Folgendes: Die versicherte Person nimmt Gesundheitsschäden bewusst in Kauf, die sie erleidet bei</p> <ul style="list-style-type: none"> • rechtmäßiger Verteidigung oder • der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen.
Tauchen	<p>Versichert sind auch Gesundheitsschädigungen beim Tauchen.</p> <p>Dies gilt auch für tauchtypische Gesundheitsschädigungen, wenn diese nicht durch einen Unfall verursacht sind.</p> <p>Beispiel: Caissonkrankheit, Trommelfellverletzungen</p>
Erfrieren, Ertrinken oder Ersticken	<p>Versichert sind auch unfreiwillige Gesundheitsschädigungen durch</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erfrieren, • Ertrinken oder Ersticken unter Wasser.
Dämpfe, Gase oder sonstige schädliche Mittel	<p>Versichert sind unfreiwillige Gesundheitsschädigungen durch ausströmende</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dämpfe, • Gase oder • sonstige schädliche Mittel. <p>Beispiel: Säuren, Staubwolken oder Gifte</p> <p>Voraussetzung ist: Die versicherte Person war diesen Einwirkungen unfreiwillig und nicht andauernd ausgesetzt. Nicht versichert sind deshalb Gesundheitsschädigungen, die auf eine andauernde allmähliche Einwirkung zurückzuführen sind. Andauernd ist eine Einwirkung dann, wenn diese - auch mit Unterbrechungen - mehr als sieben Tage anhält.</p>

Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff	<p>Als Unfall gelten auch Gesundheitsschädigungen durch den Entzug von</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flüssigkeit, • Nahrungsmitteln oder • Sauerstoff. <p>Voraussetzung ist: Die versicherte Person war dem Entzug unfreiwillig ausgesetzt und konnte sich diesem nicht aus eigener Kraft entziehen.</p>
Gesundheitsschäden durch Strahlen infolge der Ausübung der beruflichen oder ehrenamtlichen Tätigkeit	<p>Versicherungsschutz besteht für unfallbedingte Gesundheitsschäden durch</p> <ul style="list-style-type: none"> • Röntgenstrahlen, • Laserstrahlen sowie • künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen. <p>Voraussetzung ist: Die versicherte Person hat diese infolge der Ausübung ihrer beruflichen oder ehrenamtlichen Tätigkeit erlitten. Kein Versicherungsschutz besteht für Gesundheitsschäden, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eingetreten sind.</p>
Infektionen bei bestimmten Berufen oder ehrenamtlichen Tätigkeiten	<p>Versichert sind Infektionen, wenn sich die versicherte Person infolge der Ausübung einer der folgenden Berufe infiziert hat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arzt, Apotheker, Krankenpfleger, Notfallsanitäter, Physiotherapeut, Psychotherapeut und andere staatlich geregelte Heilberufe • Arzthelfer und anderes Heilpersonal • Hebamme • Altenpfleger • medizinisch-technischer Assistent, pharmazeutisch-technischer Assistent • Tierarzt • Chemiker und Desinfektoren • Zahnarzt, Zahntechniker • Heilpraktiker • Berufsfeuerwehrlaute, Mitglieder der freiwilligen Feuerwehren (im Einsatz), Mitglieder des Technischen Hilfswerks (im Einsatz) • Vollzugsbeamte sowie -bedienstete von Bundespolizei, Polizei, Zoll, Justiz und Strafvollzug <p>Versichert sind auch Personen, die sich in Ausbildung (Studium, Berufsausbildung) zu einem dieser Berufe befinden. Außerdem mitversichert sind Personen, die diese Tätigkeiten ehrenamtlich ausüben.</p> <p>Die Krankheitserreger müssen auf einem der nachfolgenden Wege in den Körper der versicherten Person gelangt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beschädigung der Haut. Es muss mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein. Beispiel: Infektion mit Hepatitis infolge einer offenen Wunde • Plötzliches Eindringen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase Beispiel: Fallenlassen eines Reagenzglases mit Bakterienkulturen und Anspritzen von Keimen <p>Kein Versicherungsschutz besteht deshalb bei Tröpfcheninfektionen, Schmierinfektionen oder bei der Übertragung von Viren oder Bakterien mittels Luft. Infektionen mit Diphtherie und Tuberkulose sind jedoch auch in diesen Fällen versichert.</p> <p>Bei Infektionen gelten besondere Fristen für den Eintritt, die Feststellung und die Neubemessung der Invalidität sowie für die Geltendmachung Ihrer Leistungsansprüche:</p> <p>Die Invalidität aufgrund der Infektion muss innerhalb von 39 Monaten nach dem Unfall</p> <ul style="list-style-type: none"> • eintreten, • von einem Arzt schriftlich festgestellt und bei uns geltend gemacht werden.
Opfer von Straftaten	<p>Versichert sind unfreiwillig erlittene Gesundheitsschädigungen infolge einer Straftat, die sich gegen die versicherte Person richtet.</p> <p>Beispiel: Die versicherte Person wird Opfer eines Raubüberfalls und hierbei verletzt.</p>

Geiselnahme	<p>Versichert sind unfreiwillig erlittene Gesundheitsschädigungen infolge einer Geiselnahme der versicherten Person durch Dritte.</p> <p>Versichert sind auch sonstige Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person während des Zeitraums erleidet, in dem sie sich in der Gewalt Dritter befindet.</p> <p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medizinisch nachgewiesene Folgen des Entzugs von Nahrungsmitteln oder Medikamenten • die unsachgemäße Verabreichung von Pharmaka oder anderen Stoffen (zum Beispiel Drogen, Arzneimittel)
Raufhändeln und Schlägereien	<p>Versichert sind auch folgende Unfälle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unfälle bei Raufhändeln und Schlägereien. Voraussetzung ist: Die versicherte Person ist nicht Urheber oder gerät in Ausübung ihres Berufs in diese Auseinandersetzung. • Unfälle bei Aufruhr, inneren Unruhen und sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen. Voraussetzung ist: Die versicherte Person hat nicht aktiv an dem Aufruhr bzw. an den inneren Unruhen oder sonstigen Gewalttätigkeiten teilgenommen.
Pediküre, Maniküre, Entfernen von Hühneraugen oder Hornhaut	<p>Versichert sind auch Gesundheitsschäden durch</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pediküre, • Maniküre oder • Entfernen von Hühneraugen oder Hornhaut.

(5) Einschränkung unserer Leistungspflicht

Bitte beachten Sie:

Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen können wir keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen. Bitte beachten Sie daher die folgenden Regelungen:

- zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (siehe Ziffer 2.1)
- zu den Ausschlüssen (siehe Ziffer 2.2)
- zu den Höchstleistungen (siehe Ziffer 2.3)
- zu den Auswirkungen von Sanktionen und Embargos auf den Versicherungsschutz (siehe Ziffer 2.4)

1.2 Wann hilft der Unfallberater?

Nach einem Unfall können Sie und die versicherte Person sich 24 Stunden am Tag und sieben Tage die Woche an den Unfallberater wenden.

Der Unfallberater berät bei allen Fragen zu den versicherten Leistungen. Er koordiniert und organisiert folgende Leistungen:

- Notfalleleistungen (Ziffer 1.3.3)
- Hilfsmittel (Ziffer 1.3.6)
- Ausbildungs- und berufsbezogene Beratung (Ziffer 1.3.7)
- Beratung zu Umbaumaßnahmen (Ziffer 1.3.8)

Bitte beachten Sie:

Die Leistungen erbringen wir nur, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort in Deutschland hat.

1.3 Welche Leistungen sind versichert? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungen?

Im Folgenden beschreiben wir unsere Leistungen und deren Voraussetzungen.

In den Zusatzbausteinen können weitere Leistungen geregelt sein, die Sie zusätzlich abgeschlossen haben.

Bitte beachten Sie:

Versichert sind nur diejenigen Leistungen und Versicherungssummen, für die Sie Versicherungsschutz für die versicherte Person mit uns vereinbart haben. Welche Leistungen und Versicherungssummen Sie für die versicherte Person versichert haben, steht in Ihrem Versicherungsschein.

1.3.1 Invaliditätsleistung

1.3.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

(1) Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
 - dauerhaft
- beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

- sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und
- eine Änderung des Zustands nicht zu erwarten ist.

Beispiel: Eine Beeinträchtigung ist nicht dauerhaft, wenn die versicherte Person einen Knochenbruch erleidet, der innerhalb eines Jahres folgenlos ausheilt.

(2) Prozentsatz ab dem die Invaliditätsleistung gezahlt wird (Mindestinvaliditätsgrad)

Wir zahlen die Invaliditätsleistung nur dann, wenn der unfallbedingte Invaliditätsgrad mindestens den vertraglich vereinbarten Prozentsatz (Mindestinvaliditätsgrad) beträgt. Voraussetzung dabei ist, dass sich diese Invalidität ohne eine bereits vor dem Unfall bestehende Invalidität und ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen im Sinne von Ziffer 2.1 ergibt.

Welchen Prozentsatz Sie vereinbart haben, steht in Ihrem Versicherungsschein.

(3) Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall

- eingetreten und
- von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

Ist eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

(4) Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen.

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

Beispiel: Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

(5) Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

In diesem Fall zahlen wir eine Todesfallleistung gemäß Teil A Zusatzbaustein Todesfallleistung, wenn Sie diesen Zusatzbaustein abgeschlossen haben. Ob Sie eine Todesfallleistung vereinbart haben, entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein.

1.3.1.2 Art und Höhe der Leistung

(1) Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als einmalige Kapitalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die im Versicherungsschein vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

Beispiel: Bei einer Versicherungssumme von 100.000 Euro und einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 20 Prozent zahlen wir 20.000 Euro.

(2) Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

- nach der Gliedertaxe, sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind (siehe Absatz a),
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (siehe Absatz b).

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (siehe Ziffer 6.2).

a) Gliedertaxe

In Ihrer Gruppen-Unfallversicherung können Sie die nachfolgend genannten Gliedertaxen versichern. Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der dort aufgeführten Körperteile oder Sinnesorgane gelten ausschließlich die dort genannten Invaliditätsgrade.

Bitte beachten Sie:

Versichert ist nur diejenige Gliedertaxe, die Sie mit uns vereinbart haben. Welche Gliedertaxe Sie versichert haben, steht in Ihrem Versicherungsschein.

aa) Standard-Gliedertaxe

Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Körperteil/Sinnesorgan	Welcher Invaliditätsgrad gilt?
Arm	70 %
Hand	55 %
Daumen	20 %
Zeigefinger	10 %
anderer Finger	5 %
Bein	70 %
Fuß	40 %
große Zehe	5 %
andere Zehe	2 %
Auge	50 %
Gehör auf einem Ohr	30 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	5 %

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil der genannten Invaliditätsgrade.

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 70 Prozent. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 7 Prozent (= ein Zehntel von 70 Prozent).

bb) Verbesserte Gliedertaxe

Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Körperteil/Sinnesorgan	Welcher Invaliditätsgrad gilt?
Arm	85 %
Hand	70 %
Daumen	30 %
Zeigefinger	16 %
anderer Finger	12 %
Bein	85 %
Fuß	70 %
große Zehe	10 %
andere Zehe	5 %
Auge	60 %
sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor dem Unfall bereits verloren war	100 %
Gehör auf einem Ohr	50 %
sofern jedoch das Gehör auf dem anderen Ohr vor dem Unfall bereits verloren war	100 %
Geruchssinn	20 %
Geschmackssinn	20 %
Stimme	100 %
Milz	10 %
Zeugungsfähigkeit bei Männern	50 %
Empfängnis- oder Gebärfähigkeit bei Frauen (vor der Prämenopause)	50 %

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil der genannten Invaliditätsgrade.

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 85 Prozent. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 8,5 Prozent (= ein Zehntel von 85 Prozent).

b) Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

Für andere Körperteile und Sinnesorgane gilt: Der Invaliditätsgrad richtet sich danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt dauerhaft beeinträchtigt ist. Maßstab ist eine durchschnittliche Person gleichen Alters und Geschlechts.

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

(3) Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach Absatz 2 bemessen.

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad nach der Standard-Gliedertaxe 70 Prozent. War dieser Arm schon vor dem Unfall um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 7 Prozent (= ein Zehntel von 70 Prozent). Diese 7 Prozent Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 63 Prozent.

(4) Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

Durch einen Unfall können mehrere Körperteile oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein. Dann werden die Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengerechnet.

Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.

Beispiel: Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig (nach der Standard-Gliedertaxe 70 Prozent). Außerdem ist ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (nach der Standard-Gliedertaxe 35 Prozent). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 105 Prozent ergibt, ist die Invalidität auf 100 Prozent begrenzt.

(5) Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

Stirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, zahlen wir eine Invaliditätsleistung. Dies gilt jedoch nicht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt (siehe Ziffer 1.3.1.1 Absatz 5).

Es müssen die Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 1.3.1.1 erfüllt sein. Wir leisten dann nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

1.3.1.3 Progressive Invaliditätsstaffel und TopSchutz

In Ihrer Gruppen-Unfallversicherung können Sie die nachfolgend genannten Progressiven Invaliditätsstaffeln versichern.

Bitte beachten Sie:

Ob bzw. welche Progressive Invaliditätsstaffel Sie versichert haben, steht in Ihrem Versicherungsschein.

(1) Progressive Invaliditätsstaffel 225

a) Voraussetzungen

Mit der Progressiven Invaliditätsstaffel 225 wird Ihre Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

Der Invaliditätsgrad wird nach den Ziffern 1.3.1.1 und 1.3.1.2 sowie nach Ziffer 2.1 ermittelt.

b) Höhe der Leistung

Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich ein Prozent aus der Versicherungssumme.

Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere ein Prozent aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich dies im Einzelnen wie folgt aus:

Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Leistung aus der Versicherungssumme	Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Leistung aus der Versicherungssumme	Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Leistung aus der Versicherungssumme	Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Leistung aus der Versicherungssumme
%	%	%	%	%	%	%	%
1	1	26	27	51	78	76	153
2	2	27	29	52	81	77	156
3	3	28	31	53	84	78	159
4	4	29	33	54	87	79	162
5	5	30	35	55	90	80	165
6	6	31	37	56	93	81	168
7	7	32	39	57	96	82	171
8	8	33	41	58	99	83	174
9	9	34	43	59	102	84	177

Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Leistung aus der Versicherungssumme	Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Leistung aus der Versicherungssumme	Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Leistung aus der Versicherungssumme	Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Leistung aus der Versicherungssumme
%	%	%	%	%	%	%	%
10	10	35	45	60	105	85	180
11	11	36	47	61	108	86	183
12	12	37	49	62	111	87	186
13	13	38	51	63	114	88	189
14	14	39	53	64	117	89	192
15	15	40	55	65	120	90	195
16	16	41	57	66	123	91	198
17	17	42	59	67	126	92	201
18	18	43	61	68	129	93	204
19	19	44	63	69	132	94	207
20	20	45	65	70	135	95	210
21	21	46	67	71	138	96	213
22	22	47	69	72	141	97	216
23	23	48	71	73	144	98	219
24	24	49	73	74	147	99	222
25	25	50	75	75	150	100	225

Beispiel: Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig. Das führt bei der versicherten Person nach der Standard-Gliedertaxe zu einer Invalidität von 70 Prozent. Bei einer Versicherungssumme von 100.000 Euro erbringen wir eine Invaliditätsleistung in Höhe von 135.000 Euro.

c) Maximale Invaliditätsleistung ab einem Invaliditätsgrad von 50 Prozent (TopSchutz)

Wenn Sie mit uns den TopSchutz vereinbart haben, gilt Folgendes: Wir zahlen ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent einmalig 225 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme für den Invaliditätsfall nach der Progressiven Invaliditätsstaffel 225.

Beispiel: Es besteht unfallbedingt ein Invaliditätsgrad von 70 Prozent. Bei einer vereinbarten Versicherungssumme von 100.000 Euro zahlen wir 225.000 Euro.

Bitte beachten Sie:
Ob Sie den TopSchutz versichert haben, steht in Ihrem Versicherungsschein.

(2) Progressive Invaliditätsstaffel 350

a) Voraussetzungen

Mit der Progressiven Invaliditätsstaffel 350 wird Ihre Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

Der Invaliditätsgrad wird nach den Ziffern 1.3.1.1 und 1.3.1.2 sowie nach Ziffer 2.1 ermittelt.

b) Höhe der Leistung

Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich zwei Prozent aus der Versicherungssumme.

Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere zwei Prozent aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich dies im Einzelnen wie folgt aus:

Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Leistung aus der Versicherungssumme	Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Leistung aus der Versicherungssumme	Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Leistung aus der Versicherungssumme	Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Leistung aus der Versicherungssumme
%	%	%	%	%	%	%	%
1	1	26	28	51	105	76	230
2	2	27	31	52	110	77	235
3	3	28	34	53	115	78	240
4	4	29	37	54	120	79	245
5	5	30	40	55	125	80	250
6	6	31	43	56	130	81	255
7	7	32	46	57	135	82	260
8	8	33	49	58	140	83	265
9	9	34	52	59	145	84	270
10	10	35	55	60	150	85	275
11	11	36	58	61	155	86	280
12	12	37	61	62	160	87	285
13	13	38	64	63	165	88	290
14	14	39	67	64	170	89	295
15	15	40	70	65	175	90	300
16	16	41	73	66	180	91	305
17	17	42	76	67	185	92	310
18	18	43	79	68	190	93	315
19	19	44	82	69	195	94	320
20	20	45	85	70	200	95	325
21	21	46	88	71	205	96	330
22	22	47	91	72	210	97	335
23	23	48	94	73	215	98	340
24	24	49	97	74	220	99	345
25	25	50	100	75	225	100	350

Beispiel: Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig. Das führt bei der versicherten Person nach der Standard-Gliedertaxe zu einer Invalidität von 70 Prozent. Bei einer Versicherungssumme von 100.000 Euro erbringen wir eine Invaliditätsleistung in Höhe von 200.000 Euro.

c) Maximale Invaliditätsleistung ab einem Invaliditätsgrad von 50 Prozent (TopSchutz)

Wenn Sie mit uns den TopSchutz vereinbart haben, gilt Folgendes: Wir zahlen ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent einmalig 350 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme für den Invaliditätsfall nach der Progressiven Invaliditätsstaffel 350.

Beispiel: Es besteht unfallbedingt ein Invaliditätsgrad von 70 Prozent. Bei einer vereinbarten Versicherungssumme von 100.000 Euro zahlen wir 350.000 Euro.

Bitte beachten Sie:

Ob Sie den TopSchutz versichert haben, steht in Ihrem Versicherungsschein.

(3) Progressive Invaliditätsstaffel 500

a) Voraussetzungen

Mit der Progressiven Invaliditätsstaffel 500 wird Ihre Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

Der Invaliditätsgrad wird nach den Ziffern 1.3.1.1 und 1.3.1.2 sowie nach Ziffer 2.1 ermittelt.

b) Höhe der Leistung

Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich zwei Prozent aus der Versicherungssumme.

Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere fünf Prozent aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich dies im Einzelnen wie folgt aus:

Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Leistung aus der Versicherungssumme	Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Leistung aus der Versicherungssumme	Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Leistung aus der Versicherungssumme	Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Leistung aus der Versicherungssumme
%	%	%	%	%	%	%	%
1	1	26	28	51	108	76	308
2	2	27	31	52	116	77	316
3	3	28	34	53	124	78	324
4	4	29	37	54	132	79	332
5	5	30	40	55	140	80	340
6	6	31	43	56	148	81	348
7	7	32	46	57	156	82	356
8	8	33	49	58	164	83	364
9	9	34	52	59	172	84	372
10	10	35	55	60	180	85	380
11	11	36	58	61	188	86	388
12	12	37	61	62	196	87	396
13	13	38	64	63	204	88	404
14	14	39	67	64	212	89	412
15	15	40	70	65	220	90	420
16	16	41	73	66	228	91	428

Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Leistung aus der Versicherungssumme	Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Leistung aus der Versicherungssumme	Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Leistung aus der Versicherungssumme	Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Leistung aus der Versicherungssumme
%	%	%	%	%	%	%	%
17	17	42	76	67	236	92	436
18	18	43	79	68	244	93	444
19	19	44	82	69	252	94	452
20	20	45	85	70	260	95	460
21	21	46	88	71	268	96	468
22	22	47	91	72	276	97	476
23	23	48	94	73	284	98	484
24	24	49	97	74	292	99	492
25	25	50	100	75	300	100	500

Beispiel: Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig. Das führt bei der versicherten Person nach der Standard-Gliedertaxe zu einer Invalidität von 70 Prozent. Bei einer Versicherungssumme von 100.000 Euro erbringen wir eine Invaliditätsleistung in Höhe von 260.000 Euro.

c) Maximale Invaliditätsleistung ab einem Invaliditätsgrad von 50 Prozent (TopSchutz)

Wenn Sie mit uns den TopSchutz vereinbart haben, gilt Folgendes: Wir zahlen ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent einmalig 500 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme für den Invaliditätsfall nach der Progressiven Invaliditätsstaffel 500.

Beispiel: Es besteht unfallbedingt ein Invaliditätsgrad von 70 Prozent. Bei einer vereinbarten Versicherungssumme von 100.000 Euro zahlen wir 500.000 Euro.

Bitte beachten Sie:

Ob Sie den TopSchutz versichert haben, steht in Ihrem Versicherungsschein.

1.3.2 Sofortleistung bei schweren Verletzungen

Bei schweren Verletzungen bieten wir gemäß den nachfolgenden Regelungen schnelle finanzielle Hilfe, die auf die spätere Invaliditätsleistung angerechnet wird.

(1) Voraussetzungen für die Sofortleistung

Bei der versicherten Person ist durch einen Unfall eine der folgenden schweren Verletzungen eingetreten:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand
- Schädelhirnverletzungen (Kontusion/Hirnquetschung oder Hirnblutung)
- Verbrennung zweiten oder dritten Grades von mindestens 30 Prozent der Körperoberfläche
- Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen; bei Sehbehinderung Sehschärfe nicht mehr als 1/20
- Polytrauma
- gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen

Ein Anspruch auf die Sofortleistung entsteht dann nicht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb von zwei Wochen nach dem Unfall stirbt.

(2) Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen eine einmalige Sofortleistung in Höhe von zehn Prozent der vereinbarten Versicherungssumme für den Invaliditätsfall. Wir zahlen jedoch höchstens die im Versicherungsschein vereinbarte Höchstsumme.

Liegen mehrere Verletzungen im Sinne von Absatz 1 wegen des gleichen Unfalls vor, zahlen wir die Sofortleistung nur einmal.

Unsere Sofortzahlung rechnen wir auf eine eventuell zu erbringende Invaliditätsleistung nach Ziffer 1.3.1 an.

1.3.3 Notfallleistungen

Im Falle eines Unfalls der versicherten Person erbringen wir die nachfolgend beschriebenen Leistungen.

Bitte beachten Sie:

Die Leistungen erbringen wir nur, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort in Deutschland hat.

(1) Benachrichtigen der Angehörigen

Wir benachrichtigen auf Wunsch die Angehörigen der versicherten Person. Im Falle schwerster Verletzung der versicherten Person benachrichtigen wir die Angehörigen nach Information durch den Arzt oder das Pflegepersonal.

(2) Benennen eines geeigneten Krankenhauses

Wir benennen das nächstgelegene geeignete Krankenhaus zur Behandlung der Verletzung der versicherten Person. Falls erforderlich, nehmen wir Kontakt mit der Klinik auf und besprechen die von der versicherten Person gewünschte Unterbringung.

(3) Organisation der Verlegung ins nächstgelegene geeignete Krankenhaus

Befindet sich die versicherte Person in einem Krankenhaus, das die erforderliche medizinische Behandlung nicht oder nur bedingt durchführen kann,

- prüfen wir, wo sich die nächstgelegene geeignete Klinik befindet und
- organisieren auf Wunsch der versicherten Person und nach Rücksprache mit dem Leistungsträger (zum Beispiel Krankenversicherung) die Verlegung.

(4) Zusätzliche Hilfe bei Unfällen während einer Auslandsreise

Bei Unfällen der versicherten Person während einer Auslandsreise erbringen wir zusätzlich die nachfolgenden Leistungen.

a) Organisation Krankenrücktransport bei medizinischer Notwendigkeit

Stellen wir eine medizinische Notwendigkeit fest, organisieren wir den Krankenrücktransport in ein in Deutschland gelegenes Krankenhaus. Nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt

- wählen wir das Transportmittel aus,
- entscheiden über etwaiges Begleitpersonal und
- legen Ziel und Zeitpunkt des Rücktransports fest.

b) Dolmetscherleistungen im Krankenhaus

Bei stationärer Behandlung der versicherten Person unterstützen wir wie folgt:

Wir setzen uns mit dem behandelnden Arzt in Verbindung und klären

- die Verletzungsfolgen,
- die beabsichtigte Behandlung und
- den erhofften Heilverlauf.

Die versicherte Person informieren wir in ihrer Muttersprache.

c) Information über Pflegeklassen im Krankenhaus

Bei stationärer Behandlung der versicherten Person informieren wir über die bestehenden Pflegeklassen und deren Kosten.

d) Verlust der Ausweispapiere

Gehen Ausweispapiere verloren oder werden Kautionen gefordert, um die Ausreise zu ermöglichen, unterstützen wir wie folgt:

- Wir helfen bei der Ersatzbeschaffung der Papiere sowie bei der Hinterlegung der Kaution und
- benennen, soweit möglich, deutsch- oder englischsprachige Anwälte.

(5) Reisemedizinische Beratung

Vor einer Auslandsreise erhält die versicherte Person von uns auf Wunsch ärztliche Tipps zur Ausstattung ihrer Reiseapotheke sowie Informationen über empfohlene Schutzimpfungen.

1.3.4 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze und Krankentransport

(1) Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten entstanden für:

- Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten. Dies gilt auch, wenn ein Unfall unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
- den ärztlich angeordneten Transport zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik
- den Mehraufwand bei der Rückkehr zum ständigen Wohnsitz. Voraussetzung ist: Die Mehrkosten gehen auf ärztliche Empfehlung zurück oder waren nach der Verletzungsart unvermeidbar.
- die zusätzliche Heimfahrt oder Unterbringung für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person
- die Nachreise und Unterbringung einer der versicherten Person nahe stehenden Person. Voraussetzung ist: Die versicherte Person befindet sich mindestens zehn Tage unfallbedingt im Krankenhaus.
- die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz bei unfallbedingtem Tod. Stirbt die versicherte Person unfallbedingt im Ausland, ersetzen wir alternativ die Kosten für die Bestattung in diesem Land. Als Ausland gilt jedes Land, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Voraussetzung für die Leistung ist auch: Ein Dritter (zum Beispiel Krankenversicherer, Haftpflichtversicherer) ist nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

(2) Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zur Höhe der im Versicherungsschein vereinbarten Versicherungssumme.

Bestehen für die versicherte Person bei der Allianz Versicherungs-AG mehrere Unfallversicherungen, gilt: Sie können die Kosten nur aus einem dieser Verträge verlangen.

1.3.5 Kosten für kosmetische Operationen

(1) Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbilds zu beheben.

Zahnbehandlungen und Zahnersatz bei unfallbedingtem Verlust oder Beschädigung von Zähnen gelten auch im Rahmen der Heilbehandlung als kosmetische Operationen. Nicht versichert sind Reparaturen an und Wiederherstellung von herausnehmbaren Zähnen und Gebissen.

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt oder Zahnarzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- innerhalb von fünf Jahren nach dem Unfall. Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls minderjährig, gilt: Die kosmetische Operation kann auch bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres erfolgen.

Voraussetzung ist auch: Ein Dritter (zum Beispiel Krankenversicherer, Haftpflichtversicherer) ist nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

(2) Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten folgende nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zur Höhe der im Versicherungsschein vereinbarten Versicherungssumme:

- Arzt- bzw. Zahnarzthonorare und sonstige Operationskosten
- Kosten für Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten

Bestehen für die versicherte Person bei der Allianz Versicherungs-AG mehrere Unfallversicherungen, gilt: Kosten kosmetischer Operationen können Sie nur aus einem dieser Verträge verlangen.

1.3.6 Hilfsmittel

(1) Voraussetzungen für die Leistung

a) Invalidität

Ein Unfall hat bei der versicherten Person zu einer Invalidität im Sinne von Ziffer 1.3.1 geführt.

b) Individueller Bedarf

Wir ermitteln den durch den Unfall entstandenen, individuellen Bedarf an Hilfsmitteln aus Art und Umfang der Verletzungsfolgen. Diesen Bedarf decken wir mit den in Absatz 2 aufgeführten Leistungen.

c) Keine Leistungen durch andere Leistungsträger

Die versicherte Person erhält die nachfolgenden Leistungen nur, sofern und soweit diese nicht von anderen Leistungsträgern, insbesondere von Sozialversicherungsträgern übernommen werden.

(2) Art und Höhe der Leistung

Wir beraten zu erforderlichen Hilfsmitteln und vermitteln diese.

Beispiel: Prothesen, Rollstühle, Gehhilfen

Wir erstatten die nachgewiesenen und nicht von Dritten übernommenen Kosten für die Anschaffung dieser Hilfsmittel. Unsere Kostenerstattung erfolgt bis zur Höhe der im Versicherungsschein vereinbarten Versicherungssumme für alle Hilfsmittel zusammen.

(3) Dauer der Leistung

Wir erbringen unsere Leistungen, solange der Bedarf nach Absatz 1 besteht. Längstens leisten wir jedoch bis zum Ende des dritten Jahres ab dem Tag des Unfalls.

(4) Geltungsbereich der Leistung

Wir erbringen unsere Leistungen ausschließlich in Deutschland und im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts. Das gilt unabhängig davon, wo sich der Unfall ereignet hat.

1.3.7 Ausbildungs- und berufsbezogene Beratung

(1) Voraussetzungen für die Leistung

a) Invalidität

Ein Unfall hat bei der versicherten Person zu einer Invalidität im Sinne von Ziffer 1.3.1 geführt.

b) Individueller Bedarf

Wir ermitteln den durch den Unfall entstandenen, individuellen Bedarf an Beratungsleistungen aus Art und Umfang der Verletzungsfolgen. Diesen Bedarf decken wir mit den in Absatz 2 aufgeführten Leistungen.

(2) Art und Umfang der Leistung

Wir beraten zu beruflichen oder ausbildungsbezogenen Wiedereingliederungs- und Umschulungsmaßnahmen und vermitteln diese.

Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in schulischer Ausbildung beraten wir zu geeigneten schulischen Maßnahmen und geeigneten Schulen und vermitteln diese.

Für die Durchführung der Leistungen selbst übernehmen wir keine Kosten.

(3) Dauer der Leistung

Wir erbringen unsere Leistungen, solange der Bedarf nach Absatz 1 besteht. Längstens leisten wir jedoch bis zum Ende des dritten Jahres ab dem Tag des Unfalls.

(4) Geltungsbereich der Leistung

Wir erbringen unsere Leistungen ausschließlich in Deutschland und im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts. Das gilt unabhängig davon, wo sich der Unfall ereignet hat.

1.3.8 Beratung zu Umbaumaßnahmen (Wohnen und Mobilität)

(1) Voraussetzungen für die Leistung

a) Invalidität

Ein Unfall hat bei der versicherten Person zu einer Invalidität im Sinne von Ziffer 1.3.1 geführt.

b) Individueller Bedarf

Wir ermitteln den durch den Unfall entstandenen, individuellen Bedarf an Beratungsleistungen aus Art und Umfang der Verletzungsfolgen. Diesen Bedarf decken wir mit den in Absatz 2 aufgeführten Leistungen.

(2) Art und Umfang der Leistung

Wir beraten zu erforderlichen Umbauten in den Bereichen "Wohnen" und "Kraftfahrzeug/Mobilität".

Für die Durchführung der Leistungen selbst übernehmen wir keine Kosten.

(3) Dauer der Leistung

Wir erbringen unsere Leistungen, solange der Bedarf nach Absatz 1 besteht. Längstens leisten wir jedoch bis zum Ende des dritten Jahres ab dem Tag des Unfalls.

(4) Geltungsbereich der Leistung

Wir erbringen unsere Leistungen ausschließlich in Deutschland und im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts. Das gilt unabhängig davon, wo sich der Unfall ereignet hat.

1.3.9 Erstattung des Arbeitgeberanteils an Sozialversicherungsbeiträgen für Unfälleleistungen

(1) Versicherte Sozialversicherungsbeiträge

Werden für die im Rahmen des Vertrags versicherten Personen Leistungen aus der Unfallversicherung erbracht und sind aufgrund dieser Leistungen Beiträge zur

- Krankenversicherung,
- Rentenversicherung,
- Arbeitslosenversicherung,
- Pflegeversicherung

(Sozialversicherungsbeiträge) zu entrichten, erstatten wir Ihnen als Arbeitgeber diese Kosten in Höhe des von Ihnen zu tragenden Arbeitgeberanteils.

(2) Voraussetzungen für die Leistung

Folgende Voraussetzungen für die Leistung müssen vorliegen:

- Wir haben eine Leistung aus Ihrer Gruppen-Unfallversicherung oder aus einem Zusatzbaustein erbracht.
- Sie haben für die bis zum Leistungsfall entrichteten Beiträge, die auf den Versicherungsschutz des Arbeitnehmers entfallen, Ihren Arbeitgeberanteil an Sozialversicherungsbeiträgen erbracht.
- Sie machen Ihren Anspruch auf Erstattung der Ihnen nach Absatz 1 entstandenen Kosten innerhalb eines Jahres bei uns geltend.

(3) Art und Höhe der Leistung

Wir leisten in Höhe des von Ihnen gezahlten und nachgewiesenen Arbeitgeberanteils an Sozialversicherungsbeiträgen im Sinne der Absätze 1 und 2.

1.4 Für welche Dienstleister übernehmen wir die Kosten und wie sind die Rechtsverhältnisse?

Wir können qualifizierte Dienstleister für die Erfüllung unserer Unterstützungs- und Beratungsleistungen beauftragen.

Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.

Wir übernehmen keine Kosten für Leistungen, die wir lediglich organisieren. Ebenso übernehmen wir keine Kosten für Dienstleistungen, die Sie oder die versicherte Person selbst bei unseren Dienstleistern oder Dritten in Auftrag geben. Vertragliche Beziehungen kommen dann zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den beauftragten Dienstleistern zustande.

2 Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

Nicht alle Sachverhalte sind vom Versicherungsschutz Ihrer Gruppen-Unfallversicherung umfasst. In diesem Abschnitt finden Sie die Ausschlüsse und Einschränkungen, bei denen kein Versicherungsschutz besteht.

2.1 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

(1) Krankheiten und Gebrechen

Wir leisten ausschließlich für Unfallfolgen. Dies sind Gesundheitsschädigungen und ihre Folgen, die durch das Unfallereignis verursacht wurden.

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

Beispiel: Krankheiten sind z. B. Diabetes oder Gelenkserkrankungen. Gebrechen sind z. B. Fehlstellungen der Wirbelsäule oder angeborene Sehnenverkürzungen.

(2) Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen bei der Invalidität

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

a) Minderung des Prozentsatzes des Invaliditätsgrads

Der Prozentsatz des Invaliditätsgrads mindert sich entsprechend des Umfangs, in dem Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil).

Beispiel: Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10 Prozent. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 60 Prozent mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 4 Prozent.

b) Keine Minderung bei Mitwirkungsanteil von weniger als 50 Prozent

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 50 Prozent, nehmen wir keine Minderung vor.

Beispiel: Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10 Prozent. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 40 Prozent mitgewirkt. Eine Anrechnung der Mitwirkung unterbleibt.

c) Mitwirkung beim Oberschenkelhalsbruch

Beim Oberschenkelhalsbruch erfolgt keine Kürzung, wenn Krankheiten oder Gebrechen am Bruch (Unfallereignis) mitgewirkt haben. Haben jedoch bei den Folgen des Oberschenkelhalsbruchs Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, gilt: Der Prozentsatz des Invaliditätsgrads mindert sich entsprechend den Absätzen 1 und 2.

2.2 Was ist nicht versichert?

(1) Ausgeschlossene Unfälle

Nicht versichert sind folgende Unfälle:

- a) Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen, soweit diese
- alkoholbedingt sind und der Unfall beim Führen von Kraftfahrzeugen mit einer Blutalkoholkonzentration von mindestens 1,1 Promille eintritt oder
 - auf der Einnahme von sonstigen Drogen oder Rauschmitteln beruhen.

Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist.

Beispiele: Die versicherte Person

- balanciert aufgrund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab
- kommt unter Alkoholeinfluss von 1,4 Promille mit dem Fahrzeug von der Straße ab

b) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

c) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Ausnahme:

Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Diese Ausnahme gilt nicht:

- bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht
 - für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg
 - für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen
- In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

d) Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen.

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

Rennen sind solche Wettfahrten oder dazugehörige Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

Ausnahme:

- Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungs- und Ballonverfolgungsfahrten, bei denen es nicht auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt
- Fahrtveranstaltungen mit Freizeitcharakter auf ausschließlich zu diesem Zweck für die Öffentlichkeit zugelassenen und verwendeten Strecken (nicht aber auf öffentlichen Straßen oder Plätzen), bei denen es nicht ausschließlich auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

e) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

f) Unfälle der versicherten Person bei Ausübung von Tätigkeiten, Handlungen oder Aktivitäten als

- Kampfsportler, Kampfkünstler,

Beispiel: Boxer, Karate-Kämpfer, Judoka

- Artist, Stuntman oder Tierbändiger,

wenn diese Tätigkeiten, Handlungen oder Aktivitäten vom Versicherungsnehmer entweder organisiert, veranstaltet, durchgeführt, beauftragt oder beaufsichtigt werden.

Beispiel: Der Versicherungsnehmer organisiert ein Box-Turnier oder führt ein Karate-Training durch.

g) Sportunfälle der versicherten Person

- als Berufssportler. Als Berufssportler gilt, wer die Sportausübung hauptberuflich ausübt, unabhängig von der Höhe des Einkommens.
- als Vertragsamateur oder Vertragssportler
 - in der ersten Spiel- bzw. Leistungsklasse,
 - bei Handball und Eishockey in der ersten oder zweiten Spiel- bzw. Leistungsklasse,
 - bei Fußball in der ersten, zweiten oder dritten Spiel- bzw. Leistungsklasse
- bei der Sportausübung im Rahmen der Sportförderung von Polizei, Bundeswehr und ähnlichen Einrichtungen
- wenn die Bruttoeinnahmen aus der sportlichen Tätigkeit mehr als 12.000 Euro pro Jahr betragen. Zu diesen Einnahmen zählen Gehälter, Sieg- oder Antrittsprämien, Preisgelder, Einnahmen aus Werbeverträgen, Mäzenatentum und Sponsoring, anderweitige Zuwendungen (z. B. Sporthilfe).

h) Unfälle der versicherten Person auf einer vom Versicherungsnehmer betriebenen öffentlichen Schießstätte nach § 27 Waffengesetz.

(2) Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Nicht versichert sind außerdem folgende Gesundheitsschäden:

a) Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Ausnahme:

Ein Unfallereignis nach Ziffer 1.1 Absatz 3 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 Prozent) verursacht und für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

b) Gesundheitsschäden durch Strahlen.

Ausnahme:

Die versicherte Person erleidet einen Gesundheitsschaden infolge der Ausübung ihrer beruflichen oder ehrenamtlichen Tätigkeit nach Ziffer 1.1 Absatz 4 ("Gesundheitsschäden durch Strahlen infolge der Ausübung der beruflichen oder ehrenamtlichen Tätigkeit").

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

c) Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen.

Ausnahme:

Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst und für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Beispiel: Die versicherte Person erleidet einen Unfall und lässt die Unfallverletzung ärztlich behandeln. Ein Behandlungsfehler führt dabei zu weiteren Schädigungen.

d) Infektionen.

Ausnahme:

Die versicherte Person infiziert sich

- mit Tollwut oder Wundstarrkrampf
- mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
- durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die nach Absatz c) ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht
- durch einen Zeckenstich nach Ziffer 1.1 Absatz 4 ("Zeckenstiche")
- infolge der Ausübung bestimmter Berufe oder ehrenamtlicher Tätigkeiten nach Ziffer 1.1 Absatz 4 ("Infektionen bei bestimmten Berufen oder ehrenamtlichen Tätigkeiten")

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

e) Vergiftungen durch Nahrungsmittel.

f) Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Beispiel: Posttraumatische Belastungsstörung nach Beinbruch durch einen Verkehrsunfall, Angstzustände des Opfers einer Straftat

Ausnahme:

Wenn ein unter den Vertrag fallendes Unfallereignis zu einer hirnorganischen Verletzung geführt hat und diese die überwiegende Ursache der psychischen Störung ist.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Beispiel: Ein schweres Schädel-Hirn-Trauma führt zu erheblichen Konzentrationsstörungen.

2.3 Welche Höchstleistung erbringen wir, wenn mehrere versicherte Personen durch dasselbe Ereignis einen Unfall erleiden?

(1) Höchstleistung insgesamt

Hat dasselbe Ereignis zur Folge, dass mehreren versicherten Personen bzw. anderen Anspruchsberechtigten Ansprüche gegen uns auf Leistungen aus diesem Vertrag zustehen, gilt: Wir leisten gegenüber allen anspruchsberechtigten Personen nur bis zu insgesamt maximal 50 Mio. Euro.

Als dasselbe Ereignis im Sinne dieser Regelung gelten auch mehrere Unfallereignisse, wenn

- diese miteinander in einem sachlichen Zusammenhang stehen und
- innerhalb von 48 Stunden eingetreten sind oder
- zwar nicht innerhalb von 48 Stunden eingetreten sind, aber das erste Ereignis adäquat kausal für die danach folgenden Ereignisse war. Das heißt: Das erste Ereignis erscheint nach der allgemeinen Lebenserfahrung nicht als völlig ungeeignet, die Ursache für den Eintritt der weiteren Ereignisse zu sein.

(2) Höchstleistung bei der Nutzung eines Flugzeugs

Tritt dieses Ereignis bei der Nutzung desselben Flugzeugs durch mehrere versicherte Personen ein, gilt: Wir leisten gegenüber allen anspruchsberechtigten Personen nur bis zu insgesamt maximal 30 Mio. Euro.

(3) Reduzierung der Einzelleistung bei Überschreiten der Höchstleistung

Übersteigen die den mehreren versicherten Personen bzw. den anderen Anspruchsberechtigten zu zahlenden Leistungen diese Höchstleistung, gilt: Die einzelnen Leistungsansprüche verringern sich in dem Verhältnis, in dem ihr Gesamtbetrag zu dieser Höchstleistung steht.

2.4 Welche Auswirkungen haben Sanktionen und Embargos auf den Versicherungsschutz?

Es besteht - unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen - Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

3 Ihre Obliegenheiten

3.1 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungen sind in Ziffer 1.3 bzw. den jeweiligen Zusatzbausteinen geregelt.

Im Folgenden beschreiben wir Verhaltensregeln (Obliegenheiten). Ohne Ihre Mithilfe können wir unsere Leistung nicht erbringen. Sie oder die versicherte Person müssen deshalb nach einem Unfall Folgendes beachten:

Ihre Obliegenheiten (Pflichten) nach einem Unfall	Was müssen Sie genau beachten?
Hinzuziehen eines Arztes	Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich <ul style="list-style-type: none"> • einen Arzt hinzuziehen, • seine Anordnungen befolgen und • uns unterrichten.
Angaben zum Versicherungsfall	Sämtliche Angaben, um die wir Sie oder die versicherte Person bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.
Untersuchung durch Ärzte	Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen. Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstausschlag, der durch die Untersuchung entsteht. Bei Selbstständigen gilt: Wir erstatten einen festen Betrag, sofern der Verdienstausschlag nicht nachzuweisen ist. Dieser Betrag beläuft sich auf zwei Promille der versicherten Invaliditätssumme, höchstens jedoch 1.000 Euro.
Auskünfte durch Ärzte	Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von <ul style="list-style-type: none"> • Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben, • anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden. Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten. Dazu kann die versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Ansonsten kann die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.
Meldung bei Tod aufgrund Unfallfolgen	Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von sieben Tagen zu melden.
Informationen zum Gesundheitszustand	Damit wir unsere Beratungs- und Unterstützungsleistungen erbringen können, benötigen wir Auskünfte über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person. Sie oder die versicherte Person müssen uns diese Auskünfte erteilen, soweit dies zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Während der Leistungserbringung müssen Sie oder die versicherte Person uns Änderungen des Gesundheitszustands unverzüglich mitteilen.
Informationen zu Leistungen und Leistungszusagen Dritter	Für die Erbringung unserer Beratungs- und Unterstützungsleistungen ist es wichtig, diese auf die Maßnahmen von anderen Trägern, insbesondere solche der gesetzlichen Sozialversicherung abzustimmen. Sie oder die versicherte Person müssen uns deshalb Auskünfte über Art und Umfang dieser Leistungen erteilen. Sie oder die versicherte Person müssen uns außerdem auf Verlangen entsprechende Nachweise geben.
Welche Folgen kann die Nichteinhaltung für Sie haben?	Verletzen Sie eine der genannten Obliegenheiten, gilt unter den Voraussetzungen nach Ziffer 3.2 Folgendes: Wir können ganz oder teilweise leistungsfrei sein.

3.2 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

Wenn Sie eine Obliegenheit verletzen, kann dies dazu führen, dass wir nicht oder nur teilweise leistungspflichtig sind.

Im Einzelnen gilt:

- Wenn Sie die Obliegenheit vorsätzlich verletzen, sind wir nicht leistungspflichtig.
- Wenn Sie die Obliegenheit grob fahrlässig verletzen, sind wir berechtigt, die Versicherungsleistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere des Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Anspruchsverlust führen. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistung nicht.

Auch im Falle von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit bleiben wir insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie uns nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
 - noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht
- ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

4 Beitragsanpassung bei verändertem Schadenbedarf

Wann können wir den Beitrag bei verändertem Schadenbedarf anpassen?

(1) Anpassung bei verändertem Schadenbedarf

Wir können den Beitrag bei einer Veränderung des Schadenbedarfs nach den nachfolgenden Bestimmungen anpassen.

(2) Jährliche Überprüfung des Schadenbedarfs

Wir überprüfen einmal im Kalenderjahr, ob sich der Schadenbedarf verändert hat (Neukalkulation).

Die Neukalkulation erfolgt nach den anerkannten Grundsätzen der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik. Wir gehen dazu wie folgt vor:

Bei der Ermittlung des Schadenbedarfs fassen wir die Verträge zusammen, die nach versicherungsmathematischen Grundsätzen einen gleichartigen Risikoverlauf erwarten lassen. Die Neukalkulation richtet sich nach der Schadenentwicklung in der Vergangenheit sowie nach der voraussichtlichen Schadenentwicklung bis zum Ende des Kalenderjahres, welches dem Jahr der Neukalkulation folgt.

Bei unserer Überprüfung vergleichen wir den aktuellen Schadenbedarf mit dem Schadenbedarf, welcher der letzten Beitragsfestsetzung zugrunde gelegen hat und ermitteln so die Veränderungsquote.

Soweit im Beitrag Nachlässe berücksichtigt sind, werden diese Nachlässe in die Ermittlung des Schadenbedarfs nicht einbezogen.

Im Falle einer im Versicherungsjahr gleichzeitig wirkenden Anpassung des Beitrags bei Änderung der Risikogruppe (Ziffer 5) gilt: Wir ermitteln nur Veränderungen des Schadenbedarfs, die nicht bereits über Ziffer 5 berücksichtigt wurden.

(3) Recht zur Beitragserhöhung; Pflicht zur Beitragssenkung

Bei einer Erhöhung des Schadenbedarfs sind wir berechtigt, den Beitrag um die ermittelte Veränderungsquote zu erhöhen. Bei einer Senkung des Schadenbedarfs sind wir verpflichtet, den Beitrag um die ermittelte Veränderungsquote zu senken.

(4) Überprüfung der Anpassung durch unabhängigen Treuhänder

Voraussetzung für eine Beitragsanpassung ist, dass ein unabhängiger Treuhänder die der Anpassung zugrunde liegenden Statistiken gemäß den anerkannten Grundsätzen der Versicherungsmathematik überprüft und die korrekte Durchführung der Berechnung bestätigt hat.

(5) Wirksamwerden der Beitragsanpassung

Die Beitragsanpassung gilt ab Beginn des auf die Feststellung folgenden Versicherungsjahres, frühestens jedoch einen Monat nach Mitteilung der Anpassung.

(6) Unterbleiben einer Beitragsanpassung

Eine Beitragsanpassung unterbleibt, wenn die Veränderungsquote seit der letzten Anpassung unter drei Prozent liegt.

(7) Ihr Kündigungsrecht bei Beitragserhöhung

Erhöht sich der Beitrag aufgrund der Neukalkulation, können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung hierüber kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang Ihrer Kündigungserklärung bei uns, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens unserer Beitragserhöhung wirksam. Wir werden Sie in der Mitteilung über die Beitragserhöhung auf das gesetzliche Kündigungsrecht hinweisen.

5 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung der Risikogruppe

Was müssen Sie bei Änderungen der Risikogruppe beachten?

Die Höhe des Beitrags hängt maßgeblich davon ab, welcher Risikogruppe die versicherte Person zugeordnet ist. Je nach Tätigkeit, Handlung oder Aktivität erfolgt eine Einstufung in Risikogruppe A oder B. Das für Ihren Vertrag geltende Risikogruppenverzeichnis finden Sie im Anhang zu diesen Versicherungsbedingungen.

(1) Mitteilung der Änderung

Eine Änderung der Risikogruppe der versicherten Person müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Freiwilliger Wehrdienst, militärische Reserveübungen und befristete freiwillige soziale Dienste (z. B. Bundesfreiwilligendienst) fallen nicht darunter.

(2) Auswirkungen der Änderung

Errechnen sich für die neue Tätigkeit bei gleich bleibendem Beitrag nach dem vereinbarten Tarif niedrigere Versicherungssummen, wirkt sich dies wie folgt aus: Die niedrigeren Versicherungssummen gelten nach Ablauf von zwei Monaten ab der Änderung.

Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter, sobald uns Ihre Erklärung zugeht.

6 Fälligkeit unserer Leistungen und Neubemessung des Invaliditätsgrads

6.1 Wann sind unsere Leistungen fällig?

Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Dazu gilt Folgendes:

(1) Erklärung über die Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform (zum Beispiel Brief oder E-Mail) zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Bei Leistungsansprüchen aufgrund Invalidität beträgt die Frist drei Monate.

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen
- bei Leistungsansprüchen aufgrund Invalidität zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens. Dies gilt nur, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrads notwendig ist.

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 3.1.

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir wie folgt:

- bei der Invaliditätsleistung bis zu ein Promille der versicherten Summe
- bei Kosten für kosmetische Operationen sowie für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze und Krankentransport bis zu ein Prozent der jeweils versicherten Summe

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

(2) Fälligkeit der Leistung

Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, gilt: Dann leisten wir innerhalb von zwei Wochen.

(3) Vorschüsse

Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir angemessene Vorschüsse. Vorausgesetzt, Sie wünschen das.

Beispiel: Es steht fest, dass Sie von uns eine Invaliditätsleistung erhalten. Allerdings ist die Höhe der Leistung noch nicht bestimmbar.

Ist das Heilverfahren noch nicht abgeschlossen, gilt: Eine Invaliditätsleistung kann innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallleistung beansprucht werden.

6.2 Wann kann die Invalidität neu bemessen werden?

Nach der Bemessung des Invaliditätsgrads können sich Veränderungen des Gesundheitszustands ergeben.

Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Dieses Recht steht Ihnen und uns längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall zu. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre.

Wenn wir eine Neubemessung wünschen, teilen wir Ihnen dies zusammen mit der Erklärung über unsere Leistungspflicht mit.

Wenn Sie eine Neubemessung wünschen, müssen Sie uns dies vor Ablauf der Frist mitteilen.

Ergibt die endgültige Bemessung eine niedrigere Invaliditätsleistung, als wir bereits gezahlt haben, fordern wir den überzahlten Betrag zurück.

7 Weitere Bestimmungen

7.1 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

(1) Versichert ist ein Dritter (Fremdversicherung)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung gegen Unfälle vereinbart, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung). In Ihrer Gruppen-Unfallversicherung können Sie wählen, ob wir direkt an die versicherte Person leisten oder an Sie.

Bitte beachten Sie:

Welche Variante Sie versichert haben, steht in Ihrem Versicherungsschein.

a) Ohne Direktanspruch der versicherten Person

Die Rechte aus diesem Vertrag können nur Sie als Versicherungsnehmer ausüben. Das gilt auch, wenn Sie als Versicherungsnehmer die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen haben, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung).

Wir zahlen Leistungen aus dem Versicherungsvertrag an Sie als Versicherungsnehmer aus.

Sie als Versicherungsnehmer sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

b) Mit Direktanspruch der versicherten Person

aa) Unmittelbare Geltendmachung der Leistungen durch die versicherte Person

Ausschließlich die versicherte Person kann Leistungen aus der Unfallversicherung unmittelbar bei uns geltend machen. Ihre Zustimmung als Versicherungsnehmer ist hierfür nicht erforderlich. Wir leisten direkt an die versicherte Person.

Hiervon abweichend gilt für versicherte Personen mit ständigem Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland Folgendes:

- Die Rechte aus diesem Vertrag können nur Sie als Versicherungsnehmer ausüben. Wir leisten nur an Sie als unseren Versicherungsnehmer. Ein unmittelbarer Anspruch der versicherten Person oder einer anderen anspruchsberechtigten Person gegen uns ist in diesem Fall ausgeschlossen.
- Mit der Leistung sind wir von allen Ansprüchen Dritter frei, die sich im Zusammenhang mit der Regulierung des Versicherungsfalles ergeben könnten.
- Unsere Leistung erfolgt in Euro.

Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands.

Sie als Versicherungsnehmer sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

bb) Informationspflichten des Versicherungsnehmers über den Versicherungsschutz

Sie als Versicherungsnehmer informieren jede versicherte Person über

- den im Rahmen dieses Vertrags bestehenden Versicherungsschutz und
- diese Vereinbarung.

c) Datenschutz

Im Rahmen des Versicherungsvertrags werden personenbezogene Daten verarbeitet. Weiterführende Informationen dazu finden Sie in Ihren Versicherungsunterlagen sowie unter allianz.de/datenschutz.

Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, diese Datenschutzhinweise den versicherten Personen zur Verfügung zu stellen.

(2) Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.

(3) Bezugsrecht

Die versicherte Person kann einen Dritten als Bezugsberechtigten für die im Todesfall vereinbarten Leistungen benennen. Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn uns diese Verfügung

- zu Lebzeiten der versicherten Person
- in Textform

angezeigt worden ist. Zum Beispiel erfüllen eine E-Mail oder ein Brief die Textform, sofern der Absender daraus erkennbar ist.

Die Erklärung soll den Vor- und Nachnamen sowie das Geburtsdatum der bezugsberechtigten Person(en) enthalten.

Die versicherte Person kann Erklärungen über das Bezugsrecht sowohl gegenüber dem Versicherer als auch gegenüber dem Versicherungsnehmer abgeben. Mit Zugang der Bezugsrechtsverfügung beim Versicherungsnehmer gilt die Erklärung auch gegenüber dem Versicherer als zugegangen. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, das Datum des Empfangs der Erklärung zu dokumentieren und die Erklärung zu verwahren. Im Todesfall der versicherten Person überlässt uns der Versicherungsnehmer für die Regulierung des Leistungsfalls die zum Unfallzeitpunkt gültige Bezugsrechtsverfügung.

7.2 Welche Regelungen gelten für die Gruppen-Unfallversicherung mit und ohne Namensangabe?

Sie können Ihre Gruppen-Unfallversicherung mit oder ohne Angabe der Namen der versicherten Personen abschließen.

Bitte beachten Sie:

Welche Variante Sie versichert haben, steht in Ihrem Versicherungsschein.

(1) Versicherungen ohne Namensangabe

a) Versicherungsschutz für Personen der im Vertrag bezeichneten Gruppe

Versicherungsschutz besteht für die Personen, die der im Vertrag bezeichneten Gruppe angehören.

b) Eindeutige Zugehörigkeit der zu versichernden Personen

Sie müssen die Gruppe(n) so wählen und bezeichnen, dass die zu versichernden Personen der jeweiligen Gruppe eindeutig zugeordnet werden können.

aa) Neu zu versichernde Personen in eine bestehende Gruppe

Für neu zu versichernde Personen, die einer bereits bestehenden Gruppe zugeordnet werden können, gilt: Diese sind ab dem Zeitpunkt des Eintritts in diese Gruppe automatisch versichert.

bb) Neu zu versichernde Personen ohne bestehende Gruppe

Neu zu versichernde Personen, die nicht einer bereits bestehenden Gruppe zugeordnet werden können, sind nicht automatisch versichert. Der Versicherungsschutz beginnt erst, wenn wir uns mit Ihnen über Deckungsumfang, Versicherungssummen und Beitrag der neuen Gruppe geeinigt haben.

c) Meldeverfahren

Sie müssen uns regelmäßig die Anzahl der versicherten Personen melden. Ihre Gruppen-Unfallversicherung sieht hierzu verschiedene Meldeverfahren vor:

Bitte beachten Sie:

Welches Meldeverfahren Sie vereinbart haben, steht in Ihrem Versicherungsschein.

aa) Stichtagsmeldung

Wir werden Sie auffordern, uns die Anzahl der zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres versicherten Personen anzugeben. Diese Angabe müssen Sie uns innerhalb eines Monats nach Beginn des Versicherungsjahres machen. Sind mehrere Gruppen versichert, benötigen wir diese Angaben für jede Gruppe getrennt.

bb) Beitragsregulierung

Wir werden Sie auffordern, die Anzahl der im zurückliegenden Versicherungsjahr versicherten Personen anzugeben. Diese Angabe müssen Sie uns innerhalb eines Monats nach Beginn des Versicherungsjahres machen.

Die Angabe muss Folgendes beinhalten:

- Aufteilung nach Monaten
- Angabe des jeweiligen höchsten Stands eines Monats

Eine Durchschnittsberechnung ist nicht zulässig. Sind mehrere Gruppen versichert, benötigen wir diese Angaben für jede Gruppe getrennt.

d) Neuberechnung des Beitrags

Aufgrund Ihrer Angaben errechnen wir den zu zahlenden Beitrag für das laufende Versicherungsjahr. Darüber erhalten Sie von uns eine Abrechnung.

e) Ausscheiden der versicherten Person

Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt, wenn sie aus dem mit Ihnen bestehenden Arbeits-/Vertragsverhältnis oder aus der Vereinigung ausscheidet.

(2) Versicherungen mit Namensangabe

a) Versicherungsschutz für namentlich genannte Personen

Versicherungsschutz besteht für die namentlich genannten Personen.

b) Anmeldung neu hinzukommender Personen in eine bestehende Gruppe

Neu hinzukommende Personen können Sie jederzeit bei uns anmelden. Voraussetzung ist: Die Person lässt sich einer im Versicherungsschein bezeichneten Gruppe einschließlich dem für diese Gruppe vereinbarten Versicherungsumfang eindeutig zuordnen.

Der Versicherungsschutz für die hinzukommenden Personen beginnt mit Eingang Ihrer Meldung bei uns.

c) Anmeldung neu hinzukommender Personen ohne bestehende Gruppe

Für Personen, die sich keiner im Versicherungsschein bezeichneten Gruppe einschließlich dem für diese Gruppe vereinbarten Versicherungsumfang zuordnen lassen, gilt: Diese sind erst versichert, nachdem Sie sich mit uns über Deckungsumfang, Versicherungssummen und Beitrag geeinigt haben.

d) Recht des Versicherers zur Ablehnung des Einschlusses

Wir haben das Recht, nach Risikoprüfung den Einschluss der einzelnen Person in den Vertrag abzulehnen. Lehnen wir ab, erlischt der Versicherungsschutz für diese Person einen Monat nach Abgabe unserer Erklärung.

e) Ausscheiden der versicherten Person

Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt, wenn sie aus dem mit Ihnen bestehenden Arbeits-/Vertragsverhältnis oder aus der Vereinigung ausscheidet.

(3) Versicherungsschutz während der Elternzeit

Mitarbeiter des Versicherungsnehmers sind während der Dauer der angemeldeten Elternzeit im Rahmen ihres Deckungsumfangs weiterhin versichert.

Beim Ausscheiden aus dem Unternehmen vor Ablauf der Elternzeit entfällt der Versicherungsschutz.

Bei nicht namentlicher Nennung (Absatz 1) gilt: Die Leistungen nach einem Unfall richten sich nach der letzten Einstufung in eine Risikogruppe.

(4) Möglichkeit zur Beendigung des Versicherungsschutzes für die einzelne versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalls

Nach einem Versicherungsfall können Sie oder wir den Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person in folgenden Fällen beenden:

- Wir haben für diese versicherte Person erstmals eine Leistung erbracht.
- Wir haben für diese versicherte Person erstmals eine Invaliditätsleistung gezahlt.
- Sie oder die versicherte Person haben gegen uns Klage auf eine Leistung für diese versicherte Person erhoben.

Die Mitteilung zur Beendigung des Versicherungsschutzes muss dem Vertragspartner spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits (zum Beispiel durch Vergleich oder Rechtskraft des Urteils) zugehen.

Die Mitteilung nach dieser Regelung bedarf der Textform. Zum Beispiel erfüllen eine E-Mail oder ein Brief die Textform, sofern der Absender daraus erkennbar ist.

Der Versicherungsschutz für die einzelne versicherte Person endet einen Monat nach Zugang der Mitteilung.

7.3 Was müssen Sie uns im Zusammenhang mit der Betriebsart mitteilen?

(1) Anzeige von Änderungen

Die Änderung der im Vertrag berücksichtigten Betriebsart müssen Sie uns unverzüglich anzeigen. Welche Betriebsart Sie vereinbart haben, steht in Ihrem Versicherungsschein.

Eine Änderung der Betriebsart liegt vor, wenn Sie dazu verpflichtet sind, der für Sie zuständigen Behörde (zum Beispiel dem Gewerbeamt) dies mitzuteilen.

(2) Überprüfung der im Vertrag berücksichtigten Betriebsart

Wir sind berechtigt zu überprüfen, ob die bei Ihrem Vertrag berücksichtigte Betriebsart zutrifft. Auf Anforderung haben Sie uns entsprechende Bestätigungen oder Nachweise vorzulegen.

(3) Folgen von unzutreffenden Angaben

Haben Sie unzutreffende Angaben zur Betriebsart gemacht oder Änderungen der Betriebsart nicht angezeigt und ist deshalb ein zu niedriger Beitrag berechnet worden, gilt: Wir sind berechtigt den Beitrag zu berichtigen. Dies erfolgt rückwirkend zu dem Zeitpunkt, zu dem der unzutreffende oder nicht gemeldete Umstand beitragswirksam geworden wäre. Der berichtigte Beitrag ergibt sich aus der tatsächlich vorliegenden Betriebsart.

Haben Sie vorsätzlich unzutreffende Angaben gemacht oder Änderungen vorsätzlich nicht angezeigt und ist deshalb ein zu niedriger Beitrag berechnet worden, gilt: Zusätzlich zur Beitragserhöhung ist eine Vertragsstrafe in Höhe des angepassten Jahresbeitrags zu zahlen. Wir verzichten in diesem Fall auf unsere gesetzlichen Rechte aus Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht und Gefahrerhöhung.

Zusatzbaustein Krankenhaustagegeld

Bitte beachten Sie:

Dieser Zusatzbaustein gilt nur, wenn Sie ihn mit uns ausdrücklich vereinbart haben. Ob Sie ihn abgeschlossen haben, können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Dieser Zusatzbaustein ergänzt die Versicherungsbedingungen für Ihre Gruppen-Unfallversicherung. Soweit nicht nachfolgend etwas anderes bestimmt ist, gelten die Regelungen Ihrer Gruppen-Unfallversicherung.

1 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder
- ist unfallbedingt in ärztlich angeordneter vollstationärer Rehabilitationsbehandlung oder
- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten Operation, die unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie mindestens an einer ganzen Extremität erfolgt.

Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

1.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld in Höhe der im Versicherungsschein vereinbarten Versicherungssumme. Längstens zahlen wir für fünf Jahre ab dem Tag des Unfalls,

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, ab dem vierten Kalendertag der vollstationären Behandlung in doppelter Höhe
- für drei Tage bei ambulanten Operationen
- zusätzlich für jeden Kalendertag der Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus (Rooming-In). Voraussetzung hierfür ist: Die Unterbringung der Begleitperson zusammen mit der versicherten Person im Krankenhaus ist medizinisch angeraten und ärztlich gebilligt.

2 Zusammentreffen von Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen

Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gelten für das Krankenhaustagegeld die nachfolgenden Regelungen:

(1) Minderung des Krankenhaustagegelds

Das Krankenhaustagegeld mindert sich entsprechend des Umfangs, in dem Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil).

(2) Keine Minderung bei Mitwirkungsanteil von weniger als 50 Prozent

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 50 Prozent, nehmen wir keine Minderung vor.

(3) Mitwirkung beim Oberschenkelhalsbruch

Beim Oberschenkelhalsbruch erfolgt keine Kürzung, wenn Krankheiten oder Gebrechen am Bruch (Unfallereignis) mitgewirkt haben. Haben jedoch bei den Folgen des Oberschenkelhalsbruchs Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, gilt: Das Krankenhaustagegeld mindert sich entsprechend den Absätzen 1 und 2.

3 Fälligkeit unserer Leistung

Wann ist unsere Leistung fällig?

Für die Fälligkeit gelten die Regelungen in Teil A Gruppen-Unfallversicherung Ziffer 6.1 entsprechend.

Für die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs auf Krankenhaustagegeld entstehen, gilt: Wir übernehmen diese in Höhe von bis zu einem Tagessatz. Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

Zusatzbaustein Todesfalleistung

Bitte beachten Sie:

Dieser Zusatzbaustein gilt nur, wenn Sie ihn mit uns ausdrücklich vereinbart haben. Ob Sie ihn abgeschlossen haben, können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Dieser Zusatzbaustein ergänzt die Versicherungsbedingungen für Ihre Gruppen-Unfallversicherung. Soweit nicht nachfolgend etwas anderes bestimmt ist, gelten die Regelungen Ihrer Gruppen-Unfallversicherung.

1 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall.

Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Teil A Gruppen-Unfallversicherung Ziffer 3.1 Absatz 5 ("Meldung bei Tod aufgrund Unfallfolgen").

Als Unfalltod gilt auch, wenn die versicherte Person nach

- § 5 (Schiffsunglück),
- § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder
- § 7 (sonstige Lebensgefahr)

des Verschollenheitsgesetzes im Aufgebotsverfahren rechtswirksam für tot erklärt worden ist. Hat die für tot erklärte versicherte Person den Unfall doch überlebt, fordern wir eine bereits erbrachte Leistung nicht zurück.

1.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfalleistung in Höhe der im Versicherungsschein vereinbarten Versicherungssumme.

2 Zusammentreffen von Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen

Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gelten für die Todesfalleistung die nachfolgenden Regelungen:

(1) Minderung der Todesfalleistung

Die Todesfalleistung mindert sich entsprechend des Umfangs, in dem Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil).

(2) Keine Minderung bei Mitwirkungsanteil von weniger als 50 Prozent

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 50 Prozent, nehmen wir keine Minderung vor.

(3) Mitwirkung beim Oberschenkelhalsbruch

Beim Oberschenkelhalsbruch erfolgt keine Kürzung, wenn Krankheiten oder Gebrechen am Bruch (Unfallereignis) mitgewirkt haben. Haben jedoch bei den Folgen des Oberschenkelhalsbruchs Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, gilt: Die Todesfalleistung mindert sich entsprechend den Absätzen 1 und 2.

Zusatzbaustein Wieder-Fit

Bitte beachten Sie:

Dieser Zusatzbaustein gilt nur, wenn Sie ihn mit uns ausdrücklich vereinbart haben. Ob Sie ihn abgeschlossen haben, können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Dieser Zusatzbaustein ergänzt die Versicherungsbedingungen für Ihre Gruppen-Unfallversicherung. Soweit nicht nachfolgend etwas anderes bestimmt ist, gelten die Regelungen Ihrer Gruppen-Unfallversicherung.

1 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

1.1 Was ist versichert?

(1) Wieder-Fit-Leistungen (Rehabilitations-Beihilfe)

Mit diesem Zusatzbaustein unterstützen wir die versicherte Person, die gesundheitlichen Folgen eines Unfalls bestmöglich zu beseitigen oder zu kompensieren. Wir bedienen uns dazu qualifizierter Dienstleister (siehe Teil A Gruppen-Unfallversicherung Ziffer 1.4).

(2) Geltungsbereich der Leistung

Die Leistungen aus diesem Zusatzbaustein erbringen wir ausschließlich in Deutschland und im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts. Das gilt unabhängig davon, wo sich der Unfall ereignet hat.

1.2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Wieder-Fit-Leistungen?

(1) Voraussetzungen für die Leistung

a) Unfallbedingte Gesundheitsschädigung

Ein Unfall hat bei der versicherten Person zu einer Gesundheitsschädigung geführt.

b) Individueller Bedarf

Wir ermitteln den durch den Unfall entstandenen, individuellen Bedarf an Wieder-Fit-Leistungen aus Art und Umfang der Verletzungsfolgen. Diesen Bedarf decken wir mit den in Absatz 2 aufgeführten Leistungen.

c) Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, schränken wir unsere Leistungen aus diesem Zusatzbaustein nicht ein.

d) Keine Leistungen durch andere Leistungsträger

Die versicherte Person erhält die nachfolgenden Leistungen nur, sofern und soweit diese nicht von anderen Leistungsträgern übernommen werden. Andere Leistungsträger sind insbesondere Sozialversicherungsträger.

(2) Art und Umfang der Wieder-Fit-Leistungen

Wir erbringen folgende Wieder-Fit-Leistungen:

Leistung	Was ist das genau?
Beratung und Erstellung eines individuellen Wieder-Fit-Konzepts	Nach einem Unfall beraten wir über unser Angebot an Wieder-Fit-Leistungen. Wir erstellen gemeinsam mit der versicherten Person oder ihren Angehörigen ein individuelles therapeutisches Konzept. Außerdem koordinieren wir die einzelnen Leistungen. Wir informieren über mögliche Ansprüche gegenüber deutschen Sozialversicherungsträgern.
Behandlungs- und Therapie-maßnahmen	Wir beraten über geeignete ambulante sowie stationäre Behandlungen, Therapien und Reha-Maßnahmen. Außerdem koordinieren wir diese. Die Kosten für die durchgeführten Behandlungen übernehmen wir im Umfang von Absatz 3.
Ärztliche Zweitmeinung	Wir koordinieren die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung. Die Kosten übernehmen wir im Umfang von Absatz 3.
Termine beim Spezialisten	Wir vereinbaren Termine bei Spezialisten.
Psychologische Behandlung	Wir beraten über geeignete psychologische Behandlungen und Therapien. Außerdem koordinieren wir diese. Die Kosten für die durchgeführten Behandlungen übernehmen wir im Umfang von Absatz 3.

(3) Höhe und Dauer der Leistung

a) Höhe der Leistung

Wir erstatten die nachgewiesenen und nicht von Dritten übernommenen Kosten für die versicherten Leistungen bis zur Höhe von insgesamt 10.000 Euro. Dies gilt jedoch nur für die Kosten für solche Leistungen, die wir selbst koordiniert haben. Der Höchstbetrag von 10.000 Euro gilt für alle Leistungen zusammen.

b) Dauer der Leistung

Wir erbringen unsere Leistungen, solange der Bedarf nach Absatz 1 besteht. Längstens leisten wir jedoch bis zum Ende des dritten Jahres ab dem Tag des Unfalls.

2 Folgen für die weiteren Leistungen aus der Unfallversicherung

Welche Auswirkungen ergeben sich für die weiteren Leistungen aus der Unfallversicherung?

Erbringen wir unsere Leistungen nach diesem Zusatzbaustein, gilt: Damit ist nicht die Anerkennung unserer Leistungspflicht für weitergehende Leistungen aus Ihrer Gruppen-Unfallversicherung verbunden. Maßgeblich dafür sind:

- die jeweils geltenden Voraussetzungen für die in Teil A Gruppen-Unfallversicherung Ziffer 1.3 genannten Leistungen
- die Regelungen der jeweiligen abgeschlossenen Zusatzbausteine

Zusatzbaustein LeistungPlus

Bitte beachten Sie:

Dieser Zusatzbaustein gilt nur, wenn Sie ihn mit uns ausdrücklich vereinbart haben. Ob Sie ihn abgeschlossen haben, können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Dieser Zusatzbaustein ergänzt die Versicherungsbedingungen für Ihre Gruppen-Unfallversicherung. Soweit nicht nachfolgend etwas anderes bestimmt ist, gelten die Regelungen Ihrer Gruppen-Unfallversicherung.

1 Licht-, Temperatur- und Witterungseinflüsse

Versichert sind unfreiwillig erlittene Gesundheitsschädigungen infolge von:

- Lichteinflüssen,
Beispiel: Sonnenbrand, Schneeblindheit
- Temperatur- oder Witterungseinflüssen.
Beispiel: Hitzschlag, Herz- und Kreislaufversagen

2 Passives Kriegsrisiko

Versichert sind auch folgende Unfälle:

- Die versicherte Person erleidet einen Unfall, der durch ein Kriegs- oder Bürgerkriegsereignis verursacht wird. Voraussetzung ist: Die versicherte Person gehört nicht zu den aktiven Teilnehmern an dem Krieg oder Bürgerkrieg (passives Kriegsrisiko).
- Die versicherte Person erleidet einen Unfall durch einen Terroranschlag, der in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, aber außerhalb der Territorien der kriegführenden Partei durchgeführt wird.

Bitte beachten Sie: Die Bestimmungen zu einer Progressiven Invaliditätsstaffel und TopSchutz (Teil A Gruppen-Unfallversicherung Ziffer 1.3.1.3) gelten hierfür nicht. Für den durch diese Regelung erweiterten Versicherungsschutz gilt: Wir können den durch diese Regelung erweiterten Versicherungsschutz jederzeit ausschließen. Wir teilen Ihnen dies in Textform (zum Beispiel Brief oder E-Mail) mit. Der Versicherungsschutz entfällt 14 Tage nach Zugang unserer Mitteilung hierüber.

Für Folgendes besteht jedoch kein Versicherungsschutz:

- für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg. Aktiver Teilnehmer an einem Krieg oder Bürgerkrieg ist auch, wer auf Seiten einer kriegführenden Partei zur Kriegsführung bestimmte Anlagen, Einrichtungen, Geräte, Fahrzeuge, Waffen oder andere Materialien aniefert, abtransportiert oder sonst damit umgeht.
- für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen
- für Unfälle im Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, wenn
 - der Staat, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat, als kriegführende Partei beteiligt ist oder
 - die Kriegsereignisse auf dem Gebiet dieses Staates stattfinden
- für an der Berichterstattung zu dem gewaltsamen Konflikt beteiligte Personen, sofern im Versicherungsschein nichts anderes vereinbart ist
Beispiel: Korrespondent, Journalist, Reporter, Kamera- und Tonleute

3 Vergiftungen durch Nahrungsmittel

Versichert sind Vergiftungen durch Nahrungsmittel. Der Ausschluss in Teil A Gruppen-Unfallversicherung Ziffer 2.2 Absatz 2 e) gilt nicht.

4 Krankentransportkosten

Die Leistungen nach Teil A Gruppen-Unfallversicherung Ziffer 1.3.4 beinhalten auch die Erstattung der Kosten für

- medizinisch notwendige Verlegungstransporte von Krankenhaus zu Krankenhaus, zum Beispiel zum Krankenhaus in der Nähe des Heimatortes,
- medizinisch notwendige Rücktransporte aus dem Ausland mit einem medizinisch geeigneten Transportmittel (Ambulanz oder Luftfahrzeug). Das gilt aber nur für Rücktransporte in das zum Wohnsitz der versicherten Person nächstgelegene geeignete Krankenhaus. Der von uns beauftragte Arzt entscheidet, ob die versicherte Person zu Lande oder in einem Luftfahrzeug transportiert wird. Dies erfolgt in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt.

5 Kosten der Behandlung in einer Dekompressionskammer

Wir erstatten die Kosten der Behandlung der versicherten Person in einer Dekompressionskammer. Voraussetzung ist: Die Kosten sind aufgrund eines Unfalls beim Tauchen (Teil A Gruppen-Unfallversicherung Ziffer 1.1 Absatz 4 - "Tauchen") entstanden.

Voraussetzung ist: Ein Dritter (zum Beispiel Krankenversicherer, Haftpflichtversicherer) ist nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten bis zur Höhe von 5.000 Euro je Unfallereignis.

6 Umbau- und Umzugskosten

(1) Voraussetzungen für die Leistung

Folgende Voraussetzungen müssen vorliegen:

- Ein versicherter Unfall hat bei der versicherten Person zu einer Invalidität im Sinne von Teil A Gruppen-Unfallversicherung Ziffer 1.3.1 geführt.
- Aufgrund der Invalidität der versicherten Person ist ein Umzug oder sind Umbauten in den Bereichen "Wohnen" und "Kraftfahrzeug/Mobilität" notwendig.

Beispiel: Umbau von Küche und Bad, Rampenbau, Türenverbreiterung

- Sie machen den Anspruch auf Umbaukosten innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall bei uns geltend.

(2) Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten. Unsere Kostenerstattung erfolgt bis zur Höhe von insgesamt 30.000 Euro für alle Umzugs- und Umbaumaßnahmen zusammen.

7 Kurtagegeld

(1) Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich

- nach einem Unfall
- aufgrund der hierdurch erlittenen Gesundheitsschädigungen oder deren Folgen einer medizinisch notwendigen Kur im In- oder Ausland unterzogen.

Als Kur in diesem Sinne gilt Folgendes:

- Es handelt sich um einen Aufenthalt in einem offiziell anerkannten Kurort.
- Bei diesem Aufenthalt erhält die versicherte Person werktäglich mindestens zwei Anwendungen, die der Minderung der Unfallfolgen dienen.
- Die versicherte Person übernachtet bei diesem Aufenthalt am Kurort.
- Die gesetzliche oder private Krankenversicherung der versicherten Person übernimmt keine oder nur teilweise Leistungen.

Nicht als Kur gilt eine stationäre Behandlung, bei der die ärztliche Behandlung im Vordergrund steht.

Außerdem müssen die folgenden Voraussetzungen vorliegen:

- Die Kur dauert mindestens drei Wochen.
- Der Kurantritt erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall.
- Sie weisen die medizinische Notwendigkeit der Kur durch ein ärztliches Attest nach.

(2) Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen das Kurtagegeld in Höhe von 100 Euro pro Tag der Kur für längstens 30 Tage je versichertem Unfall.

8 Heilkosten bei Auslandsaufenthalt

(1) Voraussetzungen für die Leistung

Folgende Voraussetzungen müssen vorliegen:

- Die versicherte Person hat nach einem Unfall bei einem Aufenthalt im Ausland von längstens einem Jahr eine Gesundheitsschädigung erlitten.
- Für die Behandlung der Unfallfolgen sind Heilkosten entstanden. Ein Dritter (zum Beispiel Krankenversicherer, Haftpflichtversicherer) ist nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten folgende nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zur Höhe von 10.000 Euro:

- Arzt- bzw. Zahnarzthonorare und sonstige Operationskosten
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus. Dies gilt jedoch nicht für zusätzliche Nahrungs- und Genussmittel.
- Kosten für Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel
- Kosten für künstliche Glieder

9 Entführungsleistung

(1) Voraussetzungen für die Leistung

Folgende Voraussetzungen müssen vorliegen:

- Die versicherte Person wurde für mindestens 72 Stunden ihrer Freiheit beraubt oder anderweitig gegen ihren Willen festgehalten.
- Die Straftat wurde nachweislich polizeilich gemeldet und strafrechtlich verfolgt.
- Sie machen den Anspruch auf Entführungsleistung innerhalb von drei Monaten ab Beendigung der Entführung bei uns geltend.

(2) Art und Höhe der Leistung

Wir erbringen die Entführungsleistung in Höhe von 2.500 Euro je versicherter Person je Versicherungsfall.

10 Pflegegeld

(1) Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist

- nach einem unter den Versicherungsschutz fallenden Unfall und
- nach Abschluss aller medizinisch notwendigen Heilbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen
- dauernd nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 des Pflegeversicherungsgesetzes (Sozialgesetzbuch (SGB) XI) pflegebedürftig.

Die Leistung gilt nur, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort in Deutschland hat.

(2) Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen Pflegegeld in Höhe von 20 Euro für jeden Tag, an dem eine häusliche Pflege erforderlich ist. Unsere Leistung erbringen wir innerhalb der ersten drei Jahre ab dem Tag des Unfalls. Längstens zahlen wir das Pflegegeld jedoch für 365 Tage.

11 Leistung bei Knochenbrüchen (Gipsgeld)

(1) Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat infolge eines Unfalls einen Knochenbruch erlitten.

Ein Knochenbruch (Fraktur) ist eine vollständige Zusammenhangstrennung des Knochens. Nicht als Knochenbruch gelten Absplitterungen, Fissuren, Knorpelfrakturen und Knorpelabscherungen. Fissuren sind kleine Risse oder Spaltbildungen im Knochen.

(2) Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen einmal je versicherter Person und Unfallereignis 500 Euro.

12 Komageld

(1) Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist infolge eines Unfalls

- in ein Koma gefallen oder
- für mindestens drei Tage in ein künstliches Koma versetzt worden.

(2) Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen Komageld in Höhe von 20 Euro für jeden vollen Tag, an dem die Voraussetzungen nach Absatz 1 vorliegen. Längstens zahlen wir das Komageld jedoch für 730 Tage.

13 Krankenhaus-Selbstbehalt

(1) Voraussetzungen für die Leistung

Folgende Voraussetzungen müssen vorliegen:

- Die versicherte Person ist wegen eines Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung. Hierfür stellt ihr der gesetzliche Krankenversicherer Kosten (Selbstbehalt) in Rechnung.
- Ein Dritter (zum Beispiel Krankenversicherer, Haftpflichtversicherer) ist nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

(2) Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten den Krankenhaus-Selbstbehalt in Höhe des der versicherten Person nachweislich in Rechnung gestellten Betrags.

14 Zusätzliche Leistungen zum Zusatzbaustein Todesfalleistung

Wird nach dem Zusatzbaustein Todesfalleistung diese fällig, erbringen wir zusätzlich die folgenden Leistungen.

Bitte beachten Sie:

Diese zusätzlichen Leistungen gelten nur, wenn Sie den Zusatzbaustein Todesfalleistung mit uns vereinbart haben. Ob Sie ihn abgeschlossen haben, können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

(1) Erhöhung der Todesfalleistung bei unterhaltsberechtigten minderjährigen Kindern

Hat die versicherte Person unterhaltsberechtigten minderjährige Kinder, gilt: Die für den Todesfall vereinbarte Versicherungssumme erhöht sich um fünf Prozent, höchstens jedoch um 5.000 Euro je unterhaltsberechtigtem minderjährigem Kind.

(2) Organisation der Bestattung oder Überführung bei unfallbedingtem Tod während einer Reise außerhalb Deutschlands

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt während einer Reise außerhalb Deutschlands, organisieren wir

- die Bestattung vor Ort oder
- die Überführung des Verstorbenen nach Deutschland.

Diese Leistung erbringen wir nur, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort in Deutschland hat.

(3) Übernahme von Bestattungskosten auch im Inland

Wir übernehmen unmittelbar mit der Bestattung zusammenhängende Kosten bis zur Höhe von insgesamt 10.000 Euro.

Beispiel: Kauf einer Grabstätte, Kosten für Sarg oder Urne, Blumen, Kränze und Todesanzeigen

Voraussetzungen sind:

- Sie weisen uns diese Kosten durch Rechnung nach.
- Die Bestattung erfolgt in dem Land, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Kosten für die Trauerkleidung und die Bewirtung der Trauergäste erstatten wir jedoch nicht.

(4) Übernahme von Erbschaftskosten

Wir übernehmen Erbschaftskosten bis zur Höhe von insgesamt 1.000 Euro. Erbschaftskosten in diesem Sinne sind folgende Kosten:

- die Kosten zur Erstellung des Erbscheins und entsprechende Notargebühren
- die Kosten einer anwaltlichen Erstberatung

Anfallende Erbschaftsteuer übernehmen wir jedoch nicht.

15 Lebensretter sowie Firmengäste und Geschäftskunden

In Ihrer Gruppen-Unfallversicherung sind außerdem die nachfolgend genannten Personen in begrenztem Umfang mitversichert.

(1) Voraussetzungen für die Leistung

a) Lebensretter der versicherten Person

Mitversichert sind Personen während der Bemühung, das Leben der versicherten Person zu retten.

Beispiel: Die versicherte Person bricht zusammen. Ein Passant leistet erste Hilfe und verletzt sich dabei. Dann ist auch er versichert.

b) Firmengäste und Geschäftskunden

Für geschäftlich geladene Gäste (Firmengäste) und Geschäftskunden besteht während des gesamten Aufenthalts auf dem Betriebsgelände und den Betriebsräumen ebenfalls Versicherungsschutz. Dies gilt solange die Firmengäste und Geschäftskunden sich berechtigt in den Räumen oder auf dem Gelände aufhalten.

Folgende Personen sind jedoch nicht versichert:

- Publikumsverkehr
- Endkunden
- Endverbraucher
- Angehörige von Post, Kurierdiensten, Speditionen und Fuhrunternehmen, Angehörige fremder Firmen, die mit Reparaturen, Wartung oder Auslieferung von Waren beschäftigt sind

Versicherungsschutz besteht auch auf den Wegen außerhalb des oben genannten Bereichs sowie für die An- und Abreise. Dies gilt jedoch nur, sofern und solange sich die Firmengäste und Geschäftskunden in Begleitung eines Repräsentanten des Versicherungsnehmers befinden.

Beispiel: Ein Geschäftskunde stürzt auf dem Weg zum Besprechungsraum und zieht sich einen komplizierten Bruch zu.

(2) Art und Höhe der Leistung

Für die in Absatz 1 genannten mitversicherten Personen gelten ausschließlich folgende Leistungen und Versicherungssummen:

a) Invaliditätsleistung

Für den Invaliditätsfall (siehe Teil A Gruppen-Unfallversicherung Ziffer 1.3.1) ist eine Versicherungssumme bis zur Höhe von 50.000 Euro versichert. Die Leistung berechnet sich nach dem unfallbedingten Invaliditätsgrad. Es gilt die Standard-Gliedertaxe nach Teil A Gruppen-Unfallversicherung Ziffer 1.3.1.2 Absatz 2 a) aa). Die Bestimmungen zu einer Progressiven Invaliditätsstaffel und TopSchutz (Teil A Gruppen-Unfallversicherung Ziffer 1.3.1.3) gelten hierfür nicht.

b) Todesfallleistung

Für den Todesfall ist eine Versicherungssumme in Höhe von 35.000 Euro unter den nachfolgenden Voraussetzungen versichert:

- Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall.
- Es gilt die Frist zur Meldung innerhalb von sieben Tagen nach dem Unfall. Bitte beachten Sie hierzu die Regelung "Meldung bei Tod aufgrund Unfallfolgen" in Teil A Gruppen-Unfallversicherung Ziffer 3.1.

16 Erstattung der ärztlichen Gebühren im Rahmen der Begründung des Leistungsanspruchs

Ergänzend zu Teil A Gruppen-Unfallversicherung Ziffer 6.1 Absatz 1 gilt: Wir übernehmen die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, in voller Höhe. Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

Dies gilt auch für die ärztlichen Gebühren im Rahmen des Zusatzbausteins Krankenhaustagegeld (dort Ziffer 3), sofern dieser versichert ist.

Bitte beachten Sie:

Ob Sie den Zusatzbaustein Krankenhaustagegeld versichert haben, steht in Ihrem Versicherungsschein.

17 Versehentlich verspätete Meldung des Unfalls

Abweichend von Teil A Gruppen-Unfallversicherung Ziffer 3.1 gilt: Wir berufen uns bei einer versehentlichen verspäteten Meldung von Unfällen nicht auf die Verletzung einer Obliegenheit. Sie müssen die nachträgliche Meldung jedoch umgehend vornehmen.

Auch in folgendem Fall liegt keine Verletzung einer Obliegenheit vor: Die Unfallverletzung erscheint zunächst nur geringfügig. Die versicherte Person zieht deshalb erst dann einen Arzt hinzu, wenn für sie der wirkliche Umfang erkennbar wird.

18 Versehentlich verspätete Meldung der Änderung der Risikogruppe

Abweichend von Teil A Gruppen-Unfallversicherung Ziffer 5 Absatz 2 gilt Folgendes: Haben Sie versehentlich die Änderung der Risikogruppe nicht angezeigt, hat dies keine Auswirkung auf die vereinbarten Versicherungssummen. Die Beitragsänderung erfolgt nachträglich vom Zeitpunkt der Veränderung an. Sie müssen die Anzeige jedoch unverzüglich nachholen, so-

bald Sie sich des Versäumnisses bewusst geworden sind. Die gesetzlichen Regelungen zur Gefahrerhöhung und Gefahrminderung bleiben zugunsten des Versicherungsnehmers hiervon unberührt.

19 Versehentlich unterbliebene oder verspätete Anmeldung bei namentlich genannten Personen

Ergänzend zu Teil A Gruppen-Unfallversicherung Ziffer 7.2 Absatz 2 b) gilt Folgendes: Eine versehentlich unterbliebene oder verspätete Anmeldung bei zu versichernden Personen mit Namensangabe hat keine nachteiligen Folgen für diese Person. Voraussetzung ist: Sie haben diesen Personen arbeitsvertraglich Unfallversicherungsschutz zugesagt.

Gleiches gilt auch für die nicht korrekte Erfassung der versicherten Person.

Maßgebend sind immer die arbeitsvertraglich zugesagten Versicherungssummen. Der Beitrag ist nachzuentrichten für Personen, die

- verspätet gemeldet werden bzw.
- nicht richtig erfasst wurden.

20 Verlängerte Frist für die Beendigung des Versicherungsschutzes für die einzelne versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalls

Abweichend von Teil A Gruppen-Unfallversicherung Ziffer 7.2 Absatz 4 gilt: Die Mitteilung zur Beendigung des Versicherungsschutzes muss dem Vertragspartner spätestens drei Monate nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits zugehen.

21 Verlängerte Frist für die Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalls

Abweichend von Teil C Ziffer 4.2 gilt: Die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens drei Monate nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits zugehen.

Teil B - Ihre Pflichten

Hier finden Sie weitere Pflichten, die Sie beachten müssen. Geregelt werden auch die Folgen von Pflichtverletzungen.

Welche besonderen Obliegenheiten Sie bei der Gruppen-Unfallversicherung bzw. bei den jeweiligen Zusatzbausteinen beachten müssen, finden Sie in Teil A.

Die Regelungen in Teil B gelten, soweit ihr Anwendungsbereich nicht ausdrücklich beschränkt ist, für die Gruppen-Unfallversicherung und für jeden Zusatzbaustein.

1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

(1) Anzeigepflicht

a) Gegenstand der Anzeigepflicht

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Die Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform stellen.

b) Zurechnung der Kenntnis dritter Personen

Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet, werden Ihnen Kenntnis und Arglist dieser Person zugerechnet.

(2) Nachteilige Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung

a) Unsere Rechte bei Anzeigepflichtverletzung

Die Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht ergeben sich aus §§ 19 bis 22 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir

- vom Versicherungsvertrag zurücktreten,
- von unserer Leistungspflicht frei sein,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

b) Frist für die Ausübung unserer Rechte

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen, wenn seit dem Abschluss des Vertrags mehr als fünf Jahre vergangen sind. Dies gilt nicht, wenn wir von der Anzeigepflichtverletzung durch einen Versicherungsfall Kenntnis erlangen, der vor Ablauf der Frist eingetreten ist. Die Frist nach Satz 1 beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

Unser Recht zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung erlischt, wenn seit der Abgabe Ihrer Vertragserklärung zehn Jahre vergangen sind.

(3) Ihr Kündigungsrecht bei Vertragsänderung

Wenn wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als zehn Prozent erhöhen oder die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen, können Sie den Vertrag nach Maßgabe von § 19 Absatz 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) kündigen.

(4) Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

(5) Schriftformerfordernis

Die Ausübung unseres Rechts auf Rücktritt, Kündigung, Anfechtung oder Vertragsänderung bedarf der Schriftform.

2 Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung

2.1 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Zahlungsperiode

Die Beiträge für Ihre Versicherung müssen Sie als einmaligen Beitrag oder als laufende Beiträge entsprechend der vereinbarten Zahlungsperiode zahlen. Die Zahlungsperiode kann je nach Vereinbarung einen Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr betragen. Wir geben sie im Versicherungsschein an.

Die Beiträge sind entsprechend der vereinbarten Zahlungsperiode kalkuliert. Die Versicherungsperiode (§ 12 Versicherungsvertragsgesetz - VVG) entspricht somit der vereinbarten Zahlungsperiode.

(2) Fälligkeit der Versicherungsbeiträge

a) Erster oder einmaliger Beitrag

Der erste oder einmalige Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen. Wenn Sie mit uns vereinbart haben, dass der Versicherungsschutz erst später beginnen soll, wird der Beitrag erst zu diesem Zeitpunkt fällig.

b) Folgebeiträge

Die Folgebeiträge sind jeweils am Monatsersten der vereinbarten Zahlungsperiode zu zahlen, wenn nichts anderes vereinbart ist.

(3) Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn Sie bei Fälligkeit unverzüglich alles tun, damit der Beitrag bei uns eingeht. Wenn eine Zahlung im Lastschriftverfahren (siehe Absatz 5) vereinbart ist, ist die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn

- wir den Beitrag bei Fälligkeit einziehen können und
- der Kontoinhaber einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.

Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies nicht zu vertreten haben, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich erfolgt, nachdem wir Sie in Textform (zum Beispiel Brief oder E-Mail) zur Zahlung aufgefordert haben.

(4) Übermittlungsrisiko

Die Übermittlung des Beitrags erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

(5) Zahlung im Lastschriftverfahren

a) SEPA-Lastschriftmandat

Wenn der Beitrag von einem Konto eingezogen werden soll (Lastschriftverfahren), muss uns hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt werden.

b) Monatliche Beiträge

Monatliche Beiträge müssen im Lastschriftverfahren gezahlt werden.

c) Folgen eines fehlgeschlagenen Lastschrifteinzugs

Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies zu vertreten haben,

- können wir für die Zukunft verlangen, dass Zahlungen außerhalb des Lastschriftverfahrens erfolgen;
- sind wir berechtigt, eine monatliche Zahlungsperiode auf eine vierteljährliche Zahlungsperiode umzustellen.

Im Übrigen gelten die Regelungen zum Verzug (siehe Ziffern 2.2 und 2.3).

2.2 Was gilt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Gefährdung des Versicherungsschutzes

Der Beginn des Versicherungsschutzes ist von der rechtzeitigen Zahlung des Beitrags abhängig (siehe Teil C Ziffer 1). Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.1 Absatz 2 a) und Absatz 3 zahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen.

Für Versicherungsfälle, die in der Zwischenzeit eintreten, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Auf unsere Leistungsfreiheit können wir uns nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (zum Beispiel Brief oder E-Mail) oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags hingewiesen haben.

(2) Unser Rücktrittsrecht

Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht bei uns eingegangen ist. Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

2.3 Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Verzug

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.1 Absatz 2 b) und Absatz 3 zahlen, geraten Sie ohne weitere Zahlungsaufforderung in Verzug, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Wir sind berechtigt, Ersatz des Schadens zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist.

(2) Fristsetzung

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform (zum Beispiel Brief oder E-Mail) eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn wir darin den rückständigen Beitrag, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Absätzen 3 bis 5 mit dem Fristablauf verbunden sind.

(3) Kein Versicherungsschutz bei erfolglosem Fristablauf

Für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintreten, besteht kein Versicherungsschutz, wenn

- Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalls noch mit der Zahlung von Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden und
- wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(4) Unser Kündigungsrecht bei erfolglosem Fristablauf

Wenn Sie nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist noch immer mit Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug sind, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Wenn Sie bei Ablauf der Frist noch immer mit der Zahlung von Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug sind, wird die Kündigung dann automatisch wirksam. Hierauf werden wir Sie bei Kündigung ausdrücklich hinweisen.

(5) Fortbestand des Vertrags, wenn Sie den angemahnten Betrag nachzahlen

Unsere Kündigung wird unwirksam und der Vertrag besteht fort, wenn Sie den angemahnten Betrag innerhalb eines Monats nachzahlen. Die Monatsfrist beginnt mit der Kündigung oder, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, mit Ablauf der Zahlungsfrist. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Nachzahlung eintreten, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

Teil C - Allgemeine Regelungen

Hier finden Sie allgemeine Regelungen, die Sie beachten müssen.

Die Regelungen in Teil C gelten, soweit nicht ihr Anwendungsbereich ausdrücklich beschränkt ist, für die Gruppen-Unfallversicherung und für jeden Zusatzbaustein.

1 Beginn des Versicherungsschutzes

Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Grundsatz

Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag rechtzeitig im Sinne von Teil B Ziffer 2.1 Absatz 2 a) zahlen. Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, beginnt der Versicherungsschutz daher erst zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen (siehe Teil B Ziffer 2.2 Absatz 1).

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.

(2) Erweiterung des Versicherungsschutzes

Wenn Sie den Versicherungsschutz nachträglich erweitern, gilt Absatz 1 auch für diese Erweiterung des Versicherungsschutzes.

2 Umstellung auf aktuelle Allianz Versicherungsbedingungen

Umstellung auf neue Allianz Versicherungsbedingungen

Wir überarbeiten regelmäßig unsere Versicherungsbedingungen, um den Versicherungsschutz an neue Entwicklungen anzupassen.

Wir möchten, dass auch Sie die Möglichkeit haben, diese neuen Versicherungsbedingungen unkompliziert und ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes zu erhalten. Wir können Ihnen deshalb die neuen Versicherungsbedingungen in einem vereinfachten Verfahren anbieten.

Voraussetzungen für die vereinfachte Umstellung:

Die neuen Versicherungsbedingungen dürfen nicht dazu führen, dass wesentliche Bestandteile Ihres bisherigen Versicherungsschutzes entfallen.

Die neuen Versicherungsbedingungen dürfen bei einer Gesamtbetrachtung der Änderungen nicht zu einer Verschlechterung gegenüber dem bisherigen Versicherungsschutz führen.

Die neuen Versicherungsbedingungen dürfen erst ab dem Zeitpunkt gelten, zu dem der bisherige Vertrag durch Kündigung beendet werden könnte (Ziffer 4.1).

Ablauf der vereinfachten Umstellung:

Wir werden Ihnen die Umstellung auf die neuen Versicherungsbedingungen mindestens zwei Monate vor Ablauf der Kündigungsfrist (Ziffer 4.1) anbieten. Dieses Angebot erhalten Sie in Textform (zum Beispiel Brief oder E-Mail). Mit unserem Angebot erhalten Sie die neuen Versicherungsbedingungen, in denen wir die Unterschiede zu Ihren bisherigen Versicherungsbedingungen besonders kenntlich machen werden.

Den neuen Versicherungsbedingungen können Sie in Textform innerhalb von zwei Monaten entweder zustimmen oder diese ablehnen. Im Falle einer Ablehnung gelten Ihre bisherigen Versicherungsbedingungen weiter. Sie und wir haben aber das Recht, den Vertrag zum Ablauf zu kündigen.

Wenn Sie Ihr Ablehnungsrecht nicht ausüben, gilt Ihre Zustimmung zur Umstellung als erteilt. Auf die Genehmigungswirkung werden wir Sie in unserem Angebot besonders hinweisen. Die Umstellung auf die neuen Versicherungsbedingungen erfolgt dann zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres.

Hinweis:

Diese Ziffer 2 gilt nicht für eine Anpassung Ihres Beitrags. Eine Beitragsanpassung kann nur unter den Voraussetzungen von Teil A Gruppen-Unfallversicherung Ziffer 4 erfolgen.

3 Definition des Versicherungsjahres

Wie wird das Versicherungsjahr bestimmt?

Das Versicherungsjahr erstreckt sich über einen Zeitraum von 12 Monaten. Wenn die vereinbarte Vertragsdauer nicht nur aus ganzen Jahren besteht, wird das erste Versicherungsjahr entsprechend verkürzt. Die folgenden Versicherungsjahre bis zum vereinbarten Vertragsablauf sind jeweils ganze Jahre.

Die vereinbarte Vertragsdauer können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

4 Ende des Vertrags

4.1 Wie lange dauert der Vertrag und wann kann er gekündigt werden?

(1) Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Dauer abgeschlossen.

(2) Stillschweigende Vertragsverlängerung und Kündigung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn weder Sie noch wir den Vertrag kündigen. Die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens drei Monate vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer oder jedes darauf folgenden Jahres zugehen.

(3) Kündigung bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren

Wenn eine Vertragsdauer von mehr als drei Jahren vereinbart ist, können Sie den Vertrag zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen. Die Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres zugehen.

(4) Form der Kündigung

Eine Kündigung nach dieser Regelung bedarf der Textform. Zum Beispiel erfüllen eine E-Mail oder ein Brief die Textform, sofern der Absender daraus erkennbar ist.

(5) Einstellung des Betriebs oder Auflösung der Vereinigung

Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb eingestellt oder die Vereinigung aufgelöst wird. Ein Betriebsübergang ist keine Einstellung des Betriebs.

4.2 Unter welchen Voraussetzungen kann die Versicherung nach Eintritt des Versicherungsfalls gekündigt werden?

(1) Kündigungsrecht

Nach einem Versicherungsfall können Sie oder wir den Vertrag in folgenden Fällen kündigen:

- Wir haben erstmals eine Leistung erbracht.
- Wir haben erstmals eine Invaliditätsleistung gezahlt.
- Sie haben gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben.

(2) Kündigungserklärung

Die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits (zum Beispiel nach Vergleich oder Rechtskraft des Urteils) zugehen.

(3) Form der Kündigung

Eine Kündigung nach dieser Regelung bedarf der Textform. Zum Beispiel erfüllen eine E-Mail oder ein Brief die Textform, sofern der Absender daraus erkennbar ist.

(4) Wirksamwerden der Kündigung

Wenn Sie kündigen, wird Ihre Kündigung mit Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass Ihre Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende des laufenden Versicherungsjahres, wirksam wird. Wenn wir kündigen, wird unsere Kündigung einen Monat nach Zugang bei Ihnen wirksam.

4.3 Auswirkung einer Kündigung auf die Gruppen-Unfallversicherung und die einzelnen Zusatzbausteine

Die Gruppen-Unfallversicherung und die einzelnen Zusatzbausteine sind keine rechtlich selbständigen Verträge. Sie können daher nicht einzeln gekündigt werden. Es ist nur eine Kündigung des gesamten Vertrags möglich.

5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Welche Zahlung schulden Sie uns bei vorzeitiger Beendigung oder Nichtigkeit des Vertrags?

Wenn der Vertrag vorzeitig beendet wird, können wir - soweit das Gesetz nicht etwas anderes bestimmt - nur den Teil des Beitrags verlangen, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

Eine Ausnahme besteht insbesondere, wenn wir wegen einer Verletzung Ihrer Anzeigepflicht vom Vertrag zurücktreten oder ihn wegen arglistiger Täuschung anfechten. In diesen Fällen müssen Sie den Beitrag bis zu dem Zeitpunkt zahlen, zu dem Ihnen unsere Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zugeht.

Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, weil Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt haben, können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

6 Adressaten für Beschwerden

An wen können Sie Beschwerden richten?

Ihnen stehen die nachfolgend genannten Beschwerdemöglichkeiten zur Verfügung:

(1) Beschwerde bei uns oder Ihrem Vermittler

Sollten Sie nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte gerne an uns. Weitere Informationen hierzu sowie Kontaktmöglichkeiten finden Sie unter www.allianz.de/service/beschwerde/. Sie können Ihre Beschwerde auch an Ihren Versicherungsvermittler richten.

(2) Beschwerde beim Ombudsmann für Versicherungen

Sie haben auch die Möglichkeit, ein Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann für Versicherungen durchzuführen (Anschrift: Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin; E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de; Website: www.versicherungsombudsmann.de). Wir nehmen am Streitbeilegungsverfahren vor dieser Schlichtungsstelle teil. Das Verfahren kann nur von Verbrauchern durchgeführt werden. Der Beschwerdewert darf 100.000 Euro nicht übersteigen. Bei Beschwerden über einen Versicherungsvermittler oder -berater können Sie sich unabhängig vom Beschwerdewert an den Ombudsmann wenden. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen Schlichtungsvorschlag. Entscheidet der Ombudsmann zu Ihren Gunsten, sind wir an diese Entscheidung gebunden, sofern der Beschwerdewert 10.000 Euro nicht überschreitet.

Sofern Sie als Verbraucher den Versicherungsvertrag auf elektronischem Wege (z. B. über eine Website oder via E-Mail) geschlossen haben, können Sie für Ihre Beschwerde auch die von der Europäischen Kommission eingerichtete Online-Streitbeilegungsplattform (Website: www.ec.europa.eu/consumers/odr/) nutzen. Ihre Beschwerde wird von dort an den Ombudsmann für Versicherungen weitergeleitet.

(3) Beschwerde bei der Versicherungsaufsicht

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, Email: poststelle@bafin.de, Website: www.bafin.de. Im Fall einer Beschwerde können Sie sich auch an diese wenden.

(4) Rechtsweg

Unabhängig von der Beschwerde haben Sie immer auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

7 Deutsches Recht

Welches Recht gilt für Ihren Vertrag?

Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht.

8 Zuständiges Gericht

Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

(1) Zuständiges Gericht, wenn Sie gegen uns Klage erheben

Sie können aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung bei dem Gericht Klage erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

Sie können auch bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person ist (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft), bestimmt sich das zuständige Gericht nach seinem Geschäftssitz.

Wenn nach dem Gesetz weitere Gerichtsstände bestehen, die vertraglich nicht ausgeschlossen werden dürfen, können Sie auch dort Klage erheben.

(2) Zuständiges Gericht, wenn wir gegen Sie Klage erheben

a) Ihr Wohn- beziehungsweise Geschäftssitz ist uns bekannt

Wenn wir aus dem Versicherungsvertrag Klage gegen Sie erheben, ist ausschließlich das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person ist (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft), bestimmt sich das zuständige Gericht nach seinem Geschäftssitz.

b) Ihr Wohn- beziehungsweise Geschäftssitz ist uns nicht bekannt

Wenn zum Zeitpunkt der Klageerhebung weder Ihr Wohnsitz noch Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort bekannt sind, können wir Klage bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet. Dies gilt entsprechend, wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person oder eine parteifähige Personengesellschaft ist und sein Geschäftssitz unbekannt ist.

(3) Zuständiges Gericht, wenn Sie außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz wohnen

Wenn Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz verlegen, können sowohl Sie als auch wir Klage aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ausschließlich bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

(4) Zuständiges Gericht, wenn das schädigende Ereignis im Ausland eintritt

Wenn Sie bei Vertragsabschluss Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz in Deutschland haben und ein versichertes schädigendes Ereignis im Ausland eintritt, können Klagen in diesem Zusammenhang ausschließlich vor einem deutschen Gericht erhoben werden.

Welches deutsche Gericht zuständig ist, richtet sich danach, ob Sie im Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz in Deutschland haben. Wenn dies der Fall ist, ergeben sich die zuständigen deutschen Gerichte aus den Absätzen 1 und 2. Wenn Sie im Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz nicht in Deutschland haben, können Klagen bei dem Gericht erhoben werden, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

Wenn nach dem Gesetz weitere deutsche Gerichtsstände bestehen, die nicht durch Vereinbarung ausgeschlossen werden können, können Sie auch dort Klage erheben.

9 Verjährung

Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?

(1) Verjährungsfrist und maßgebliche gesetzliche Regelungen

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren gemäß § 195 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) in drei Jahren. Einzelheiten zu Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung sind in den §§ 195 bis 213 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) geregelt.

(2) Hemmung der Verjährung während unserer Leistungsprüfung

Wenn ein Anspruch aus dem Vertrag bei uns angemeldet wurde, ist dessen Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen oder dem Anspruchsteller unsere Entscheidung in Textform (zum Beispiel Brief oder E-Mail) zugeht.

Zusatzbedingungen für Vereine/Vereinigungen und Verträge mit einer Vertragsdauer von unter einem Jahr

Ist der Deckungsumfang "Kurzfristige Deckung" oder "Neben-/Ehrenamt und unentgeltliche Aktivitäten" versichert (Teil A Gruppen-Unfallversicherung Ziffer 1.1 Absatz 2 c) und d), gelten außerdem die folgenden Regelungen:

1 Unmittelbare Geltendmachung der Leistungen durch die versicherte Person

Ausschließlich die versicherte Person kann Leistungen aus der Unfallversicherung unmittelbar bei uns geltend machen. Ihre Zustimmung als Versicherungsnehmer ist hierfür nicht erforderlich. Wir leisten direkt an die versicherte Person (siehe Teil A Gruppen-Unfallversicherung Ziffer 7.1 Absatz 1 b) aa).

2 Informationspflichten des Versicherungsnehmers über den Versicherungsschutz

Zusätzlich zu den Informationspflichten nach Teil A Gruppen-Unfallversicherung Ziffer 7.1 Absatz 1 b) bb) gilt Folgendes:

Sie als Versicherungsnehmer händigen jeder versicherten Person folgende Dokumente aus, die wir Ihnen zur Verfügung stellen:

- Informationen für versicherte Personen
- Informationsblatt zum Versicherungsprodukt
- Versicherungsinformationen
- Versicherungsbedingungen

Ausreichend ist Folgendes:

- Diese Dokumente sind für die versicherte Person an geeigneter Stelle abrufbar.
- Die versicherte Person wird hierüber entsprechend informiert.

Beispiel: Sie stellen die Dokumente im internen Bereich Ihrer Website den versicherten Personen zum Download zur Verfügung.

3 Informationspflichten des Versicherungsnehmers bei Beendigung oder Änderung der Gruppen-Unfallversicherung

Bei Beendigung Ihrer Gruppen-Unfallversicherung (zum Beispiel durch Kündigung oder Aufhebung) gilt: Sie als Versicherungsnehmer informieren jede versicherte Person mindestens drei Monate vor Ende des Versicherungsschutzes über

- die Beendigung Ihrer Gruppen-Unfallversicherung und
- die Auswirkungen auf den Versicherungsschutz der versicherten Person.

Ergibt sich bei einer Änderung Ihrer Gruppen-Unfallversicherung während der Vertragslaufzeit daraus eine Änderung des Versicherungsschutzes für die versicherte Person, gilt: Sie als Versicherungsnehmer informieren jede versicherte Person über die für sie bedeutsamen Änderungen.

Die Information nach dieser Regelung bedarf der Textform. Zum Beispiel erfüllen eine E-Mail oder ein Brief die Textform, sofern der Absender daraus erkennbar ist.

4 Kenntnis und Verhalten der versicherten Person

Die versicherte Person ist neben Ihnen als Versicherungsnehmer für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

5 Keine Beitragszahlungspflicht der versicherten Person

Sie als Versicherungsnehmer leisten die Versicherungsbeiträge an uns. Die versicherte Person ist nicht verpflichtet, einen gesonderten Beitrag für den Versicherungsschutz zu zahlen.

6 Aufrechnungsverbot für den Versicherer

Wir dürfen fällige Forderungen aus dem Versicherungsvertrag nicht gegenüber den Ansprüchen der versicherten Person aus dem Versicherungsvertrag aufrechnen.

Beispiel: Prämienforderungen gegenüber dem Versicherungsnehmer

7 Änderungsverlangen der BaFin; Werbeunterlagen

Verlangt die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) Änderungen des Gruppen-Versicherungsvertrags, gilt: Die Vertragspartner wirken einvernehmlich an einer Änderung mit. Kommt ein Einvernehmen zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer nicht zustande, gilt: Beide Vertragspartner sind berechtigt, die Gruppen-Unfallversicherung mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf zu kündigen (Teil C Ziffer 4.1).

Veröffentlichen Sie Werbeunterlagen oder sonstige Informationen, die sich auf Ihre Gruppen-Unfallversicherung beziehen, gilt: Diese sind vor der Veröffentlichung mit uns abzustimmen.

Anhang: Risikogruppenverzeichnis

Bitte beachten Sie:

Die Höhe des Beitrags hängt maßgeblich davon ab, welcher Risikogruppe die versicherte Person zugeordnet ist. Je nach Tätigkeit, Handlung oder Aktivität erfolgt eine Einstufung in Risikogruppe A oder B.

Risikogruppe A

Hierunter fallen alle Tätigkeiten, Handlungen und Aktivitäten ohne körperliche Betätigung. Dies umfasst auch Personen mit kaufmännischer oder verwaltender Tätigkeit im Innen- oder Außendienst, leitend oder aufsichtsführend im Betrieb oder auf Baustellen, tätig im Laden, im Labor, im Gesundheitswesen oder in der Schönheitspflege.

Risikogruppe B

Hierunter fallen alle Tätigkeiten, Handlungen und Aktivitäten mit körperlicher Betätigung. Dies umfasst auch Personen mit körperlicher oder handwerklicher Tätigkeit oder beschäftigt mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiven Stoffen. Einzelne körperliche oder handwerkliche Tätigkeiten gehören in Risikogruppe A.

Wird eine Tätigkeit ausschließlich kaufmännisch / verwaltend / aufsichtsführend ausgeübt, gilt Risikogruppe A. Werden planmäßig oder regelmäßig, also nicht nur ausnahmsweise, auch Tätigkeiten nach Risikogruppen A und B ausgeübt, gilt Risikogruppe B.

(Hinweis: Zugunsten der besseren Lesbarkeit wird in nachstehenden Tabellen nur die männliche Form verwendet. Die Tabellen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.)

Bitte beachten Sie:

Die nachfolgende beispielhafte Auflistung von Tätigkeiten, Handlungen und Aktivitäten unter Risikogruppen A und B dient lediglich der Veranschaulichung und ist nicht vollständig. Sollten Sie sich über die Einordnung nicht sicher sein, wenden Sie sich bitte an uns.

Risikogruppe A

Beispiele für Tätigkeiten

Agraringenieur, Altenpfleger, Anlageberater, Apotheker, Architekt, Arzt

Bademeister, Bankkaufmann, Bauingenieur, Bauzeichner, Buchhalter, Büroangestellter, Bürokaufmann

Chiropraktiker

Diplom-Ingenieur, Disponent

EDV-Kaufmann, Einzelhandelskaufmann, Elektroingenieur, Elektroniker, Energieanlagenelektroniker

Fernmeldeelektroniker, Fernsehtechniker, Finanzbuchhalter, Florist, Flugingenieur, Fotograf, Fotosetzer, Friseur

Goldschmied, Grafiker, Großhandelskaufmann

Handelsvertreter, Hausmann, Hausverwalter, Heilpraktiker, Hochschullehrer, Hotelfachmann, Hotelier, Hotelkaufmann

Immobilienmakler, Industriekaufmann, Informatiker, Informationselektroniker, Ingenieur, Innenarchitekt

Journalist, Juwelier

Kassierer, Kaufmann, kaufmännischer Angestellter, Krankenpfleger, Kundenberater, Künstler, Kunstmaler

Lagerverwalter, Lehrer

Makler, Maschinenbau-Ingenieur, Masseur, Mathematiker, Messtechniker, Musiker

Näher, Notar, Notariatsgehilfe

Optiker

Pädagoge, Pensionär, Pförtner, Physiker, Physiotherapeut, Portier, Programmierer, Psychotherapeut

Radio- und Fernsichttechniker, Rechtsanwalt, Redakteur, Referendar, Regisseur, Reiseleiter, Reiseverkehrskaufmann, Rentner, Reporter, Restaurantfachmann, Revisor, Richter

Sachbearbeiter, Sänger, Sanitäter, Sozialarbeiter, Soziologe, Spediteur, Speditionskaufmann, Systemanalytiker

Schauspieler, Schneider, Schüler

Staatsanwalt, Statiker, Steuerberater, Steuerfachgehilfe, Student

Techniker, technischer Angestellter, technischer Zeichner

Uhrmacher, Unternehmensberater, Unternehmer

Verkäufer, Verkaufsleiter, Verlagskaufmann, Vermesser, Vermögensberater, Versicherungsangestellter, Versicherungsvertreter, Vertreter, Vertriebsassistent, Vertriebsleiter, Verwaltungsangestellter

Werbefachmann, Wirtschaftsprüfer

Zahnarzt, Zahntechniker, Zoologe

Beispiele für Handlungen und Aktivitäten

Angeln

Fotografieren

Kartenspielen, Konzertbesuch

Reiseteilnahme ohne sportlichen Aktivitäten

Schachspielen, Singen, Spaziergehen

Theaterbesuch

Risikogruppe B

Beispiele für Tätigkeiten

Arbeiter

Bäcker, Baggerführer, Bauarbeiter, Bauhelfer, Bergmann, Bodenleger, Braumeister, Briefträger, Buchdrucker, Busfahrer

Chemiearbeiter *), Chemielaborant *), Chemiker *), Chemotechniker

Dachdecker, Dekorateur, Dreher, Drucker

Eisenflechter, Elektriker, Elektroinstallateur, Elektrotechniker, Erntehelfer

Fahrlehrer, Feinmechaniker, Fensterputzer, Fernfahrer, Festhelfer, Feuerwehrmann, Fischer, Fleischer, Fliesenleger, Flugzeugbauer, Forstarbeiter, Förster, Fußbodenleger

Gärtner, Gastwirt, Gebäudereiniger, Gerüstbauer, Glaser

Hafenarbeiter, Hausmeister, Heizungsinstallateur

Industriemeister, Installateur

Kaminkehrer, Kellner, Klempner, Koch, Konditor, Kraftfahrer, Kraftfahrzeugelektriker, Kraftfahrzeugmechaniker, Kranführer

Laborant *), Lackierer, Lagerist, Landmaschinenschlosser, Landwirt, Lokführer

Maler, Maschinenbauer, Maschinist, Matrose, Maurer, Mechaniker, Mechatroniker, Metallarbeiter, Metzger, Monteur, Müllwerker

Nachrichtentechniker

Ofenbauer, Orthopädiemechaniker

Pflasterer, Polier, Polizeibeamter, Polsterer, Postzusteller, Putzer

Raumausstatter, Restaurator

Setzer, Soldat, Spengler, Sportlehrer, Spüler

Schausteller, Schichtführer, Schiffsbauer, Schiffsführer, Schlosser, Schmied, Schreiner, Schriftsetzer, Schuhmacher, Schweißer

Steinmetz

Tänzer, Tanzlehrer, Tapezierer, Taxifahrer, Tierarzt, Tierpfleger, Tischler, Trainer, Transportarbeiter

Verkaufsfahrer, Verputzer, Vorarbeiter

Wachmann, Weinbauer, Werftarbeiter, Werkmeister, Werkstofftechniker, Werkzeugmacher, Winzer

Zimmerer, Zugführer

*) sofern nicht mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiven Stoffen tätig, gilt Risikogruppe A

Beispiele für Handlungen und Aktivitäten

Badminton, Baseball, Basketball, Bobfahren, Bogenschießen, Bowling

Curling

Eislaufen, Eisstockschießen

Fechten, Federball, Fußball

Gewichtheben, Golf

Handball

Joggen

Kajakfahren, Kegeln

Leichtathletik

Polo

Radfahren, Reiseteilnahme mit sportlichen Aktivitäten, Reiten, Rudern

Schwimmen

Tanzen, Tauchen, Tennisspielen, Turnen

Volleyball

Wandern, Wasserball, Wasserski
