

Zusatzbedingungen zu den Allgemeinen Gruppen-Unfallversicherungs-Bedingungen

(Allianz U 7101/06)

Mit diesen Zusatzbedingungen werden die Versicherungsbedingungen zu Ihrer Gruppen-Unfallversicherung modifiziert.

1. Modifikation zu Teil A - Leistungen

Zu Ziffer 1.1 - Was ist versichert?

Nach Absatz 4 c) wird folgende Regelung ergänzt:

d) Versicherungsschutz bei bestimmten Gefahren

Zusätzlich vom Versicherungsschutz umfasst sind unfreiwillig erlittene Gesundheitsschädigungen

- durch Gase und Dämpfe, auch bei allmählicher Einwirkung (Ausnahme: Berufskrankheiten),
- durch Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug,
- bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühungen zur Rettung von Menschenleben oder Sachen.

Zu Ziffer 1.2 - Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

Zu Ziffer 1.2.1 - Invaliditätsleistung

Absatz 2 b) aa) zur Gliedertaxe wird durch folgende Regelung ersetzt:

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

Arm oder Hand	70 %
Daumen	25 %
Zeigefinger	15 %
anderer Finger	10 %
Bein oder Fuß	70 %
große Zehe	10 %
andere Zehe	5 %
Auge	55 %
Gehör auf einem Ohr	35 %
Geruchssinn	15 %
Geschmackssinn	10 %

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

Absatz 2 e) zur Mehrleistung wird durch folgende Regelung ersetzt:

Führt ein Unfall nach diesen Bestimmungen und der Anwendung von Ziffer 2.1 vor Vollendung des 65. Lebensjahres zu einer Invalidität der versicherten Person von mindestens 70 Prozent, erbringen wir die doppelte Invaliditätsleistung.

Maßgeblich ist das Alter der versicherten Person bei Eintreten des Unfalls.

Die zusätzliche Leistung wird für jede versicherte Person je Unfall auf 200.000 EUR beschränkt. Bestehen für die versicherte Person bei der Allianz Versicherungs-AG weitere Versicherungen mit doppelter Invaliditätsleistung ab mindestens 70 Prozent Invalidität, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

Zu Ziffer 1.2.4 - Tagegeld

Absatz 2 wird wie folgt ergänzt:

Sofern eine Nachbehandlung nicht zu einem früheren Zeitpunkt möglich war, wird das Tagegeld auch nach Ab-

lauf eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet bezahlt, maximal für 365 Tage.

Nach Absatz 2 werden folgende Regelungen ergänzt:

(3) Besonderheit bei Lebensmittelvergiftungen und Vergiftungen

Bei Lebensmittelvergiftungen und Vergiftungen infolge einer versehentlichen Einnahme eines für den menschlichen Verzehr nicht vorgesehenen festen oder flüssigen Stoffes leisten wir das Tagegeld erst ab dem 15. Tag ab Beginn der ärztlichen Behandlung (bzw. ab einem späteren im Vertrag vereinbarten Zeitpunkt) und längstens bis zum 50. Tag ab Beginn einer solchen ärztlichen Behandlung.

(4) Kein Einfluss bei Tätigkeit aus Pflichtgefühl

Geht die versicherte Person nach einem Unfall aus Pflichtgefühl ihrem Beruf oder ihrer Beschäftigung soweit wie möglich nach, so wird dies nicht zu ihren Ungunsten ausgelegt. Die Bemessung der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit erfolgt unter Maßgabe des objektiven ärztlichen Befundes.

(5) Leistungen, falls nach einem Unfall keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit besteht

Ist die Arbeitsfähigkeit überhaupt nicht beeinträchtigt worden, übernehmen wir für die Dauer der fortlaufenden ärztlichen Behandlung, maximal bis zu einem Jahr vom Unfalltag an gerechnet

- die notwendigen Kosten für den Arzt und
- die ärztlich verordneten Arznei- und Verbandsmittel

bis zur Höhe des für diese Zeit versicherten Tagegeldes.

Voraussetzung dafür ist, dass

- die Behandlung mindestens in monatlichen Abständen stattgefunden hat und
- die versicherte Person von ihrem Krankenversicherer keine oder nicht in dieser Höhe Kostenerstattung verlangen kann. Besteht der Krankenversicherer schriftlich seine Eintrittspflicht, so erfolgt insoweit eine Leistung im Rahmen dieses Vertrags.

Zu Ziffer 1.2.6 - Todesfallleistung

Nach Absatz 2 wird folgende Regelung ergänzt:

(3) Zusätzliche Leistungen

Wird die Todesfallleistung fällig, erbringen wir folgende zusätzliche Leistungen:

- Hat die versicherte Person unterhaltsberechtigte minderjährige Kinder, erhöht sich die für den Todesfall vereinbarte Versicherungssumme um 5 Prozent, maximal jedoch um 5.000 EUR je unterhaltsberechtigtem minderjährigen Kind.
- Unmittelbar mit der Bestattung zusammenhängende Kosten (z. B. Kauf einer Grabstätte, Kosten für Sarg oder Urne, Blumen, Kränze, Todesanzeigen) übernehmen wir bis zu 7.500 EUR, soweit uns diese Kosten durch Rechnung nachgewiesen werden. Kosten für die Trauergeldung und die Bewirtung der Trauergäste werden nicht erstattet.
- Wir übernehmen Erbschaftskosten bis zur Höhe von 1.000 EUR. Erbschaftskosten in diesem Sinne sind die Kosten zur Erstellung des Erbscheins und entsprechende Notargebühren sowie die Kosten einer an-



338547
000693
11.24
00000000

waltlichen Erstberatung. Anfallende Erbschaftssteuer wird nicht übernommen.

Zu Ziffer 1.2.7 - Kosmetische Operationen

Absatz 2 wird durch folgende Regelung ersetzt:

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- Kosten für Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus sowie
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten

insgesamt bis zu 10.000 EUR, es sei denn es ist eine höhere Summe vereinbart.

Bestehen für die versicherte Person bei der Allianz Versicherungs-AG mehrere Unfallversicherungen, können die Kosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Zu Ziffer 1.2.8 - Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze

Absatz 2 wird durch folgende Regelung ersetzt:

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zu 10.000 EUR, es sei denn es ist eine höhere Summe vereinbart.

Bestehen für die versicherte Person bei der Allianz Versicherungs-AG mehrere Unfallversicherungen, können die Kosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Nach Absatz 2 wird folgende Regelung ergänzt:

(3) Kosten der Behandlung in einer Dekompressionskammer

Unter den in Absatz 1 und 2 genannten Voraussetzungen erstatten wir die Kosten der Behandlung in einer Dekompressionskammer, die der versicherten Person aufgrund eines Unfalls beim Tauchen entstanden sind, bis zu einem Betrag von 3.000 EUR je Unfallereignis.

Nach Ziffer 1.2.8 wird folgende Regelung ergänzt:

1.2.9 Zusatzleistungen

Wir erbringen (auch ohne dass dies im Versicherungsschein und dessen Nachträgen vermerkt ist) die nachfolgend aufgeführten Zusatzleistungen. Bestehen für die versicherte Person bei der Allianz Versicherungs-AG weitere Unfallversicherungen, können die Zusatzleistungen jeweils nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

(1) Kurtagegeld

a) Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich

- nach einem unter den Versicherungsschutz fallenden Unfall aufgrund der hierdurch erlittenen Gesundheitsschädigungen oder deren Folgen einer medizinisch notwendigen Kur im In- oder Ausland unterzogen. Als Kur in diesem Sinne gilt ein Aufenthalt in einem offiziell anerkannten Kurort, bei dem die versicherte Person werktäglich mindestens zwei Anwendungen erhält, die der Minderung der Unfallfolgen dienen, die versicherte Person am Kurort übernachtet und für den die gesetzliche oder private Krankenversicherung der versicherten Person keine oder nur teilweise Leistungen übernimmt. Nicht als Kur gilt eine stationäre Behandlung, bei der die ärztliche Behandlung im Vordergrund steht;
- die Kur dauert mindestens drei Wochen;

- der Kurantritt erfolgt innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet und
- die medizinische Notwendigkeit der Kur wurde durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

b) Art und Höhe der Leistung

Wir leisten das Kurtagegeld in Höhe von 100 EUR pro Tag der Kur für maximal 30 Tage je versichertem Unfall.

(2) Komageld

a) 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.

b) Art und Höhe der Leistung

Wir leisten ein Komageld in Höhe von 15 EUR für jeden vollen Tag an dem die Voraussetzungen nach Absatz a) vorliegen, maximal jedoch für 730 Tage.

(3) Rehabilitationsbeihilfe

a) Voraussetzungen für die Leistung

aa) Rehabilitationsmaßnahme

Die versicherte Person erhält nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall

- wegen der durch das versicherte Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen,
- innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet,
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen

eine medizinisch notwendige und ärztlich angeordnete Rehabilitationsmaßnahme.

bb) Nachweis der medizinischen Notwendigkeit

Die Voraussetzungen für die medizinische Notwendigkeit der Rehabilitationsmaßnahme werden uns nachgewiesen durch Vorlage

- des ärztlichen Entlassungsberichtes und
- der Bewilligungsunterlagen zur Rehabilitationsmaßnahme durch die Deutsche Rentenversicherung Bund, den privaten oder gesetzlichen Krankenversicherer oder das Sozial- oder Versorgungsamt.

cc) Keine IRENA, AHB oder BGSW

Nicht versichert sind:

- Intensive Rehabilitations-Nachsorge (IRENA) im Sinne des Sozialgesetzbuches (SGB)
- Anschlussheilbehandlung (AHB) nach einem Krankenhausaufenthalt
- berufsgenossenschaftlich-stationäre Weiterbehandlung (BGSW).

b) Art und Höhe der Leistung

Wir ersetzen Kosten bis zu 5.000 EUR. Sofern ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, ersetzen wir nur die Differenz zu unserer Leistung.

Zu Ziffer 2.2 - Was ist nicht versichert?

Absatz 1 b) - Raufhändel und Schlägereien - wird wie folgt ergänzt:

Für Unfälle der versicherten Person bei Raufhändeln und Schlägereien, in die die versicherte Person nicht als Urheber oder aber in Ausübung ihres Berufs gerät, gilt der Ausschluss nicht.

Absatz 1 c) - Frist bei Kriegsereignissen/Terroranschlägen - wird wie folgt ergänzt:

Die Fortsetzung über die Frist von sieben Tagen hinaus, ist von einer vor Ablauf der genannten Frist getroffenen Vereinbarung über Bedingungen und Beitrag abhängig. Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge, die in einem ursächlichen Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg stehen und die außerhalb der Territorien der kriegsführenden Parteien ausgeführt werden.

Absatz 1 e) - Fahrtveranstaltungen - wird wie folgt ergänzt:

Versicherungsschutz besteht jedoch bei Stern-, Zuverlässigkeit-, Orientierungs- und Ballonverfolgungsfahrten, bei denen es nicht auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt.

Absatz 2 b) - Gesundheitsschädigung durch Strahlen - wird wie folgt ergänzt:

Versicherungsschutz besteht jedoch für durch Röntgen- und Laserstrahlen sowie durch künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen verursachte Gesundheitsschädigungen, sofern ein Unfallereignis nach Ziffer 1.1 Absatz 3 oder Absatz 4 d) vorliegt. Ausgeschlossen sind jedoch Schädigungen, die sich als Folge regelmäßigen Umgangs mit Röntgen- oder Laserapparaten ergeben, und Berufskrankheiten.

Absatz 2 c) - Eingriffe und Heilmaßnahmen - wird wie folgt ergänzt:

Nicht als solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten jedoch Maniküre, Pediküre sowie das Entfernen von Hühneraugen oder Hornhaut.

Absatz 2 d) - Infektionen - wird wie folgt ergänzt:

Der Ausschluss gilt auch dann nicht, wenn sich die versicherte Person infiziert durch die Ausübung der versicherten Berufstätigkeit. Aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung muss jedoch hervorgehen, dass die Krankheitserreger durch irgend eine Beschädigung, mindestens jedoch der Durchtrennung der äußersten Schicht der Haut oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten gilt nicht als Einspritzen; Anhusten nur dann, wenn durch den Hustenstoß eines Diphtheriekranken infektiöse Massen in Auge, Mund oder Nase geschleudert werden. Für Chemiker und Desinfektoren bleiben vom Versicherungsschutz ausgeschlossen Schädigungen die als Folge der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zu stehen kommen und Berufskrankheiten sind.

Absatz 2 e) - Vergiftungen durch Nahrungsmittel - wird gestrichen.

Dies bedeutet, Vergiftungen durch Nahrungsmittel sind versichert.

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

Absatz 3 - Untersuchung durch Ärzte - wird wie folgt ergänzt:

Wir erstatten bei Selbständigen einen festen Betrag, sofern der Verdienstausfall nicht nachzuweisen ist. Dieser Betrag beläuft sich auf 1 Promille der versicherten Invaliditätssumme, maximal jedoch 150 EUR.

Nach Absatz 5 wird folgende Regelung ergänzt:

(6) Versehentlich verspätete Meldung

Wir berufen uns nicht auf eine Obliegenheitsverletzung bei einer versehentlich verspäteten Meldung von Unfällen. Die nachträgliche Meldung ist jedoch umgehend vorzunehmen. Ebenso liegt auch dann keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person bei einer zunächst geringfügig erscheinenden Verletzung einen Arzt

erst dann hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

Zu Ziffer 4 - Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Absatz 2 - Auswirkungen der Änderung - wird durch folgende Regelung ersetzt:

Sofern versehentlich die Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung nicht angezeigt wurde, hat dies keine Auswirkung auf die vereinbarten Versicherungssummen. Die Beitragsänderung erfolgt nachträglich vom Zeitpunkt der Veränderung an. Sie müssen die Anzeige jedoch unverzüglich nachholen, sobald Sie sich des Versäumnisses bewusst geworden sind. Die gesetzlichen Regelungen zur Gefahrerhöhung und Gefahrmindeung bleiben zugunsten des Versicherungsnehmers hiervon unberührt.

Zu Ziffer 5.1 - Wann sind die Leistungen fällig?

Absatz 1 Satz 4 - Begründung des Leistungsanspruchs - wird durch folgende Regelung ersetzt:

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir in voller Höhe.

Zu Ziffer 6.2 - Welche Regelungen gelten für die Gruppen-Unfallversicherung mit und ohne Namensangabe?

Absatz 2 b) wird wie folgt ergänzt:

Eine versehentlich unterbliebene oder verspätete Anmeldung bei zu versichernden Personen mit Namensangabe, denen Sie arbeitsvertraglich Unfallversicherungsschutz zugesagt haben, hat keine nachteiligen Folgen für diese Person. Ebenso hat die nicht korrekte Erfassung der versicherten Person keine nachteiligen Folgen für diese. Maßgebend sind immer die arbeitsvertraglich zugesagten Versicherungssummen. Für Personen, die verspätet gemeldet werden bzw. die nicht richtig erfasst wurden, ist der Beitrag nachzuentrichten.

2. Modifikationen zu Teil C - Allgemeine Regelungen

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

Absatz 2 Satz 1 wird durch folgende Regelung ersetzt:

Die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens drei Monate nach Leistung oder - im Falle eines Rechtsstreits - nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils zugehen.



338547
000693
12 24
00000000