Private Unfallversicherung
Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Süddeutsche Allgemeine Versicherung a.G.

Deutschland

Tarife
UBF,UTF

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick über die wesentlichen Inhalte der Tarife UBF,UTF. Die vollständigen Informationen zum Inhalt Ihrer Versicherung finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen (8.100). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Unfallversicherung. Sie sichert ab gegen Risiken durch Unfallverletzungen.

Was ist versichert?

- ✔ Bei Unfall Aufwendungen für Hilfsmittel, für Zahnersatz, kosmetische Operationen, Einmalzahlung im Todesfall.
- ✔ Bei Unfall Aufwendungen für Hilfsmittel, für Zahnersatz, kosmetische Operationen, Einmalzahlung im Todesfall.
  Den genauen Leistungsumfang des Tarifs UBF finden Sie in der Tarifbeschreibung (8.250).
  Den genauen Leistungsumfang des Tarifs UTF finden Sie in der Tarifbeschreibung (8.250).

Was ist nicht versichert?

- ✘ Krankheiten (z.B. Diabetes, Gelenkarthrose, Schlaganfall).
- ✘ Kosten für die ärztliche Heilbehandlung.
- ✘ Sachschäden (z.B. Brille, Kleidung).

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie im § 5 der Allgemeinen Versicherungs-bedingungen für die Unfallversicherung (8.250).

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Die Höhe der Versicherungsleistung hängt davon ab, welchen Tarif Sie gewählt haben und welche Selbstbeteiligung vereinbart wurde.

Wo bin ich versichert?

- ✔ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Gemäß § 19 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) haben Sie uns bis zur Abgabe Ihrer Antragserklärung die Ihnen bekannten Gefahrenumstände, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben, anzuzeigen. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht können wir ggf. vom Vertrag zurücktreten, kündigen, den Vertrag rückwirkend bzw. für die Zukunft anpassen und ggf. die Leistung verweigern. Weitere Informationen hierzu finden Sie in der dem Versicherungsantrag vorangestellten Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht.
- Einen Berufswechsel müssen Sie uns so bald wie möglich anzeigen, damit eine zutreffende Eingruppierung (Berufsgefahrengruppe, Versicherungssumme, Beitrag) erfolgen kann. Informationen hierzu entnehmen Sie bitte § 6 Ziffer 6.2 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (8.250).
- Nach einem Unfall muss unverzüglich ein Arzt hinzugezogen und seinen Anordnungen Folge geleistet werden. Außerdem sind wir unverzüglich zu unterrichten. Auf unser Verlangen ist uns jede sachdienliche Auskunft hinsichtlich des Versicherungsfalles zu erteilen. Ärzte und entsprechende Einrichtungen sind zu ermächtigen, uns sachdienliche Auskünfte zu erteilen. Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Für Todesfälle besteht uns gegenüber eine Meldeverpflichtung innerhalb von 48 Stunden. Weitere Informationen zu den Obliegenheiten entnehmen Sie bitte § 7 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (8.250).
- Wird eine der Verpflichtungen vorsätzlich verletzt, entfällt der Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung sind wir berechtigt, die Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weitere Informationen hierzu entnehmen Sie bitte § 8 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (8.250).

Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. In ihm sind 19% Versicherungssteuer enthalten. Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu dessen Zeitpunkt. Näheres finden Sie in den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (8.250), insbesondere unter § 11.

Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und - soweit tariflich vorgesehen - dem Ablauf der Wartezeiten.
- Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer von einem Versicherungsjahr abgeschlossen und verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, wenn er nicht fristgemäß gekündigt wird. Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 01.07. eines Jahres bis zum 30.06. des Folgejahres. Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30.06.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Neben der Kündigungsmöglichkeit zum Ablauf des Vertrages, können Sie den Versicherungsvertrag nach einem Versicherungsfall durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben. Kündigen Sie fristgemäß, wird Ihre Kündigung sofort nach Zugang bei uns wirksam, es sei denn Sie hätten einen späteren Wirksamkeitstermin benannt. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte § 10 Punkt 10.5 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (8.250).

SDK
Einfach für Ihr Leben da.

Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2007) für Gruppenversicherungsverträge mit Firmen

Stand 27.10.2016

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen:

Inhaltsverzeichnis

Was ist versichert?	§ 1
Welche Leistungsarten gibt es?	§ 2
Welche Auswirkungen haben Krankheiten und Gebrechen?	§ 3
Welche Personen sind nicht versicherbar?	§ 4
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	§ 5
Was müssen Sie bei vereinbartem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?	§ 6
Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	§ 7
Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	§ 8
Wann sind die Leistungen fällig?	§ 9
Wann beginnt und wann endet der Vertrag?	§ 10
Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	§ 11
Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	§ 12
Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?	§ 13
Welches Gericht ist zuständig?	§ 14
Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?	§ 15
Welches Recht findet Anwendung?	§ 16

Der Versicherungsumfang

§ 1 Was ist versichert?

1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.

1.2 Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.

1.3 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

1.4 Vergiftungen durch plötzlich ausströmende gasförmige Stoffe gelten als Unfall, wenn die versicherte Person unbewusst oder unentrinnbar den Einwirkungen bis zu mehreren Stunden lang ausgesetzt war.

1.5 Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder von Sachen erleidet, sind versichert.

1.6 Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

1.7 Wir bieten Versicherungsschutz für tauchtypische Gesundheitsschäden, wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen sowie für den Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser, auch wenn kein Unfallereignis eingetreten ist.

1.8 Auf die Regelungen über nicht versicherbare Personen (§ 4) sowie die Ausschlüsse (§ 5) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.

§ 2 Welche Leistungsarten gibt es?

Es gibt die Leistungsarten

2.1 Hilfsmittel

2.2 Kurkostenbeihilfe

2.3 Zahnersatz

2.4 Kosmetische Operationen

2.5 Umbaukosten

2.6 Bergungskosten

2.7 Todesfallleistung

2.8 Rooming-in-Leistungen und

2.9 Invaliditätsleistung

sowie die Assistanceleistungen

2.10 Unfall-Hilfeleistungen

2.11 Reha/Case Management

2.12 Familien-Assistance

2.13 Kinder-Assistance „solo“

Die Leistungsarten 2.1 bis 2.8 (Tarif UTF bzw. Tarif UBF) können nur zusammen abgeschlossen werden.

Die Leistungsart 2.9 (Tarife U10F, U35F, U50F) kann allein oder zusammen mit den Leistungsarten 2.1 bis 2.8 abgeschlossen werden.

Die Assistanceleistungen 2.10 bis 2.13 (Tarife UHF, URF, UFF, UKF) können allein oder zusammen mit den Leistungsarten 2.1 bis 2.8 und/oder mit der Leistungsart 2.9 abgeschlossen werden.

2.1 Hilfsmittel

Wir zahlen für nachstehend aufgeführte unfallbedingt medizinisch notwendige Hilfsmittel Kostenersatz bis zum vereinbarten Höchstbetrag je Unfallereignis. Der Höchstbetrag gilt auch dann insgesamt, wenn mehr als ein Hilfsmittel medizinisch notwendig wird. Soweit ein anderer Kostenträger eintritt, kann Kostenersatz nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Hilfsmittel sind Hörgeräte, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Kunstglieder, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, Krankenfahrstühle.

2.2 Kurkostenbeihilfe

Wir zahlen das vereinbarte Tagegeld für die Dauer eines unfallbedingten Kuraufenthaltes, wenn die versicherte Person innerhalb von drei Jahren nach einem Unfall wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen eine medizinisch notwendige Kur von zusammenhängend mindestens drei Wochen Dauer durchgeführt hat. Die Leistungsvoraussetzungen sind durch ein ärztliches Attest

8.250/01.19

nachzuweisen. Die Entschädigung ist auf den vereinbarten Höchstbetrag begrenzt. Der Anspruch auf Kurkostenbeihilfe besteht einmal pro Unfallereignis.

2.3 Zahnersatz

Werden durch einen Unfall die Zähne der versicherten Person beschädigt, so übernehmen wir für einen dadurch medizinisch erforderlichen Zahnersatz die Kosten bis zum vereinbarten Höchstbetrag.

Die Behandlung muss innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall erfolgt sein.

Soweit ein anderer Kostenträger eintritt, kann der Anspruch auf Kostenersatz gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

2.4 Kosmetische Operationen

Erfordern die Unfallverletzungen der versicherten Person nach Abschluss der Heilbehandlung eine kosmetische Operation, übernehmen wir die hierdurch entstehenden Kosten für: Arzthonorare, sonstige Kosten der kosmetischen Operation und Kosten der Unterbringung und Verpflegung in der Klinik, deren Höhe insgesamt auf den vereinbarten Höchstbetrag begrenzt ist. Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben. Als kosmetische Operation gilt nicht die zahnärztliche Heilbehandlung von Zahnersatz.

Die Operation und die Behandlung müssen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall erfolgt sein, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

Soweit ein anderer Kostenträger eintritt, kann der Anspruch auf Kostenersatz gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

2.5 Umbaukosten

Bei einer Invalidität von mindestens 50 % übernehmen wir bis zum vereinbarten Höchstbetrag die folgenden innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall entstehenden Kosten, sofern die Maßnahmen ausschließlich aufgrund der durch den Unfall verursachten Invalidität erforderlich sind:

– behindertengerechter Umbau der Wohnung oder Umzug in eine behindertengerechte Wohnung,

– behindertengerechter Umbau des Pkw der versicherten Person.

Der Höchstbetrag gilt auch dann insgesamt, wenn mehr als eine der oben genannten Maßnahmen erforderlich ist.

2.6 Bergungskosten

2.6.1 Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, ersetzen wir bis zum vereinbarten Höchstbetrag die entstandenen notwendigen Kosten für:

a) Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlichrechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden,

b) Transport des Verletzten in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet,

c) Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren,

d) Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfalle.

2.6.2 Hat die versicherte Person für Kosten nach 2.6.1 a) einzustehen, obwohl sie keinen Unfall erlitten hatte, ein solcher aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war, sind wir ebenfalls ersatzpflichtig.

2.6.3 Soweit ein anderer Kostenträger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

2.7 Todesfallleistung

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres gestorben.

Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 7.5 weisen wir hin.

2.7.2 Höhe der Leistung

Die Todesfallleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt. Nach Vollendung des 75. Lebensjahres der versicherten Person beträgt die Todesfallleistung 50 % der vereinbarten Versicherungssumme. Die Höhe des Beitrages bleibt unberührt.

2.8 Rooming-in-Leistungen

Befindet sich ein versichertes Kind, welches das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, wegen eines Unfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Erziehungsberechtigter bei dem Kind im Krankenhaus, so wird pro Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss in vereinbarter Höhe bezahlt.

Die Gesamtentschädigung ist auf den vereinbarten Höchstbetrag begrenzt.

2.9 Invaliditätsleistung

2.9.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann. Die Invalidität ist

– innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und

– innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

2.9.2 Art und Höhe der Leistung:

2.9.2.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.

2.9.2.2 Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Grundsumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.

Die vereinbarte Grundsumme wird – bei gleichbleibendem Beitrag – nach Vollendung des 75. Lebensjahres der versicherten Person auf 50 % reduziert. Ist eine progressive Invaliditätsstaffel mitversichert, erlischt diese.

2.9.2.2.1 Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm 70 %; Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks 65 %; Arm unterhalb des Ellenbogengelenks 60 %; Hand 55 %; Daumen 20 %; Zeigefinger 10 %; anderer Finger 5 %; Bein über der Mitte des Oberschenkels 70 %; Bein bis zur Mitte des Oberschenkels 60 %; Bein bis unterhalb des Knies 50 %; Bein bis zur Mitte des Unterschenkels 45 %; Fuß 40 %; große Zehe 5 %; andere Zehe 2 %; Auge 50 %; Gehör auf einem Ohr 30 %; Geruchssinn 10 %; Geschmackssinn 5 %; Stimme 60 %.

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung der genannten Körperteile und Sinnesorgane gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

2.9.2.2.2 Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

2.9.2.2.3 Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2.9.2.2.1 und Ziffer 2.9.2.2.2 zu bemessen.

2.9.2.2.4 Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

2.9.2.2.5 Stirbt die versicherte Person

– aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
– gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,

und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.9.3 Vorschussleistung bei Schwerverletzung

Ist eine Invaliditätsleistung vereinbart und ist eine voraussichtliche Invalidität von mindestens 50 % zu erwarten, leisten wir unverzüglich eine Kapitalzahlung in Höhe von 20 % der vereinbarten Grundsumme, höchstens jedoch 10.000,– Euro. Der Vorschuss wird mit einer späteren Invaliditätsleistung verrechnet.

2.9.4 Nachversicherungsgarantie

Wir bieten, soweit die versicherte Person das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, mindestens alle 5 Jahre Gelegenheit, die vereinbarte Grundsumme für die Invaliditätsleistung ohne Risikoprüfung zu erhöhen. Die Erhöhung kann nur auf einem von uns Ihnen zur Verfügung gestellten Formular beantragt werden. Dieses nennt die Höhe, bis zu der die Anpassung erfolgen kann, die Frist, innerhalb welcher der Antrag bei uns eingegangen sein muss, sowie den Zeitpunkt, zu dem die Anpassung in Kraft tritt.

Nehmen Sie an zwei aufeinanderfolgenden Anpassungen nicht teil, so erlischt der Anspruch auf künftige Anpassungen nach dieser Regelung.

Assistanceleistungen

Exklusiv für die Assistanceleistungen ist im Versicherungsfall die Notfallnummer

089 55 987 - 373

Tag und Nacht erreichbar.

Allgemeine Leistungsvoraussetzungen für unfallbedingte Assistanceleistungen:

a) Die versicherte Person hat einen Unfall im Sinne der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2007) erlitten und der konkrete Hilfebedarf ist bei einem Telefonat mit dem Versicherungsnehmer, der versicherten Person oder einem Dritten sowie durch unseren Dienstleister vor Ort festgestellt worden. Der Hilfebedarf muss auf den Unfall zurückzuführen sein. Der Anspruch auf Hilfeleistung entsteht spätestens nach Abschluss der ärztlichen Akut- bzw. Anschlussheilbehandlung.

   Dies gilt nicht für die Organisation der Unterbringung von Haustieren im Notfall. Dieser Anspruch entsteht bereits mit Eintritt des Unfalles. Sofern die Leistungen für die mit der versicherten Person im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder vor dem Abschluss der ärztlichen Akut- bzw. Anschlussheilbehandlung benötigt werden, kann der Leistungsbeginn von der versicherten Person selbst gewählt werden, jedoch frühestens zum Eintritt des Unfalles.

   Voraussetzung für das Erbringen der Hilfeleistungen ist, dass die versicherte Person als Folge des Unfalls zu Hause bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens Hilfe benötigt und eine andere im Haushalt lebende Person die Leistungen nicht erbringen kann.

b) Der Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Hilfeleistung richtet sich nach der Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person. Leistungsdauer und Leistungsumfang ergeben sich aus den jeweiligen Tarifbeschreibungen. Die Hilfeleistungen werden für die Dauer der Hilfsbedürftigkeit ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht.

   Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können für die Zeit des Auslandsaufenthaltes die Leistungen nicht beansprucht werden.

c) Ein weiterer, dem ursprünglich unfallbedingten nachfolgender Krankenhausaufenthalt oder eine sich anschließende Rehabilitationsmaßnahme hat im Hinblick auf die Leistungsdauer keine aufschiebende Wirkung. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können für die Zeit des Auslandsaufenthaltes die Leistungen nicht beansprucht werden. Die Kostenübernahme gilt nur für Dienstleister, die von uns beauftragt werden. Die Auswahl der Dienstleister erfolgt durch uns.

2.10 Unfall-Hilfeleistungen

Wir erbringen im Rahmen der nachstehenden Bedingungen die aufgeführten Hilfe- und Serviceleistungen und tragen – sofern vorgesehen – die hierfür anfallenden Kosten.

Leistungsdauer:

6 Monate ab Unfalltag (sofern in den einzelnen Leistungen keine andere Dauer vereinbart ist, z. B. Grundpflege)

2.10.1 Reinigung der Wohnung

Alle zwei Wochen wird innerhalb der Wohnung/des Hauses der versicherten Person der übliche Wohnbereich (z. B. Flur, Schlafzimmer, Wohnzimmer, Küche, Bad und Toilette) im allgemein üblichen Umfang gereinigt. Voraussetzung ist, dass die Räume vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand waren.

Die Kosten für die Reinigung sind auf 50,– Euro pro Woche begrenzt.

2.10.2 Versorgung der Wäsche

Einmal in der Woche werden die Wäsche und Kleidung der versicherten Person bis zu einer Dauer von drei Stunden gewaschen, getrocknet, gebügelt, ausgebessert, sortiert und eingeräumt sowie ihre Schuhe gepflegt.

Die Kosten hierfür sind auf 40,– Euro pro Woche begrenzt.

2.10.3 Besorgungen/Einkäufe

Bis zu zweimal in der Woche werden folgende Besorgungen durchgeführt, sofern die Notwendigkeit hierfür besteht:

Zusammenstellung des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs, Botengänge zur Bank, Sparkasse oder zu Behörden, das Besorgen von Rezepten oder Medikamenten, der Einkauf von Lebensmitteln und Gegenständen des täglichen Bedarfs einschließlich Unterbringung der besorgten Gegenstände sowie das Bringen von Wäsche zur Reinigung und deren Abholung.

Die hierfür erforderlichen Kosten, z. B. für Einkäufe und Reinigung sowie Gebühren, auch Rezeptgebühren, trägt die versicherte Person. Die Kosten für den Boten sind auf 125,– Euro pro Woche begrenzt.

2.10.4 Menüservice

Die versicherte Person erhält nach Wunsch oder organisatorischer Machbarkeit einmal pro Woche sieben Hauptmahlzeiten (Tiefkühlkost) oder jeden Tag eine Hauptmahlzeit. Die versicherte Person kann die Mahlzeiten aus einem Menüangebot auswählen.

Die Kosten für die Mahlzeiten und die Lieferung sind auf 45,– Euro pro Woche begrenzt.

2.10.5 Grundpflege

Ist die versicherte Person wegen eines Unfalls in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit so beeinträchtigt, dass die Voraussetzungen des Pflegegrades 1 nach § 15 Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) gegeben sind, erhält sie zu Hause eine Grundpflege. Die Grundpflege umfasst Körperpflege einschließlich Teilwaschung (dazu zählen Waschen, z. B. des Intimbereichs; Mund-, Zahn- und Lippenpflege; Rasieren; Haut-

und Haarpflege) oder Ganzwaschung (dazu zählen Waschen, Duschen und Baden; Mund-, Zahn- und Lippenpflege; Rasieren; Haut- und Haarpflege), Hilfe beim An- und Auskleiden, Hilfe bei der Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten, Hilfe beim Verrichten der Notdurft, Hilfe bei Krankengymnastik sowie die Lagerung im Bett.

Diese Leistung wird für höchstens vier Wochen, bis zu 21 Stunden die Woche erbracht.

Die Kosten hierfür sind auf 675,– Euro pro Woche begrenzt.

2.10.6 Begleitung bei Arzt- und Behördengängen, Krankengymnastik, Therapien

Bis zu zweimal in der Woche wird die versicherte Person, wenn das persönliche Erscheinen bei einer Behörde oder einem Arzt, Krankengymnast oder Therapeut unumgänglich ist, dorthin gebracht, wieder abgeholt und, wenn erforderlich, während des Termins/Besuchs begleitet.

Die Kosten für die Begleitperson sind auf jeweils 110,– Euro pro Woche begrenzt.

2.10.7 Fahrdienst zu Arzt- und Behördengängen, Krankengymnastik, Therapien

Bis zu zweimal in der Woche wird die versicherte Person, wenn das persönliche Erscheinen bei einer Behörde oder einem Arzt, Krankengymnast oder Therapeut unumgänglich ist, dorthin gebracht und wieder abgeholt.

Die Kosten für den Fahrdienst sind auf 110,– Euro pro Woche begrenzt.

2.10.8 Haustierunterbringung

Der versicherten Person wird die Betreuung ihrer Haustiere organisiert. Das gilt nur für gewöhnliche Haustiere, wie z. B. Hunde, Katzen, Vögel etc., und nicht für exotische Tiere oder Tiere, für deren Haltung eine behördliche Genehmigung erforderlich ist, wie z. B. Reptilien.

Die Kosten für die Unterbringung/Betreuung sind auf 150,– Euro pro Woche begrenzt.

2.11 Reha/Case Management

Im Schadenfall ermitteln wir den konkreten unfallbedingten Bedarf für die einzelnen Hilfeleistungen. Sofern wir die Hilfeleistungen lediglich organisieren, lassen wir ein Angebot erstellen. Die Kosten für diese Dienstleistung selbst sind von der versicherten Person zu tragen.

Leistungsdauer:

Die Hilfeleistungen werden bis zu 2 Jahren vom Unfalltag an gerechnet erbracht.

2.11.1. Informationsdienstleistungen

Wir geben Informationen, Telefonnummern, Adressen und Erreichbarkeit von

- Rehabilitationsberatern
- Behindertentransport-Möglichkeiten
- Selbsthilfegruppen
- Behindertengerechtes Bauen/Umbauen
- Kraftfahrzeughilfe
- Verbänden und Institutionen
- Soziale Einrichtungen (Pflegepersonal, Essen auf Rädern, Krankenschwestern, Haushaltshilfen, Einkaufshilfen)
- Anderen Hilfen, z. B.
  - Informationen über Krankentransporte in eine andere Klinik, Heim, oder von/an den eigenen Wohnsitz
  - Informationen über betreute Rückkehr ins eigene Heim, wenn Angehörige oder nahe stehende Personen verhindert sind
  - Information über praktische Ärzte in Wohnnähe o Hilfe für Gartenarbeiten
  - Vermittlung von Kinderbetreuung und Nachhilfelehrer
  - Vermittlung von Reparaturdiensten (Kleinarbeiten zu Hause)
  - Besorgung der verschriebenen Medikamente
  - Begleitung bei bzw. Abnahme von Behördengängen.

2.11.2. Medizinische Rehabilitation

- Feststellung des individuellen Bedarfes
- Organisation eines stationären Aufenthaltes
- Organisation einer Reha-Maßnahme
- Organisation einer psychologischen Betreuung
- Organisation des Transportes
- Bei Bedarf Einholung ärztlicher Zweitmeinung/Gutachten
- Organisation von Heil- und Hilfsmitteln
- Begleitservice zu Ärzten und Behörden
- Organisation einer Pflegekraft für die Pflege im eigenen Heim

2.11.3. Soziales Umfeld

Herstellen von Kontakten zu und Organisation der Inanspruchnahme von:

- Rehabilitationsberatern
- Verbänden
- Institutionen
- Soziale Einrichtungen und andere Hilfen
- Behörden
- Psychologische Unterstützung
- Herstellung von Kontakten zu
  - Therapieberater und Therapiezentren, Psychologen, psychologische Zentren
  - Psychosoziale Dienste und Sozialtherapeuten
- Kraftfahrzeugwerkstätten und Transport:
  - Herstellen von Kontakten zu spezialisierten Firmen für behindertengerechten Umbau des Kraftfahrzeugs.
  - Herstellen von Kontakten zu Transportunternehmen und Organisation von Transporten
- Umbau der Wohnung
  - Analyse der Bedürfnisse durch ein medizinisches Gutachten
  - Herstellen von Kontakten zu spezialisierten Architekten und Baufirmen
  - Koordinierung und Organisation der Kontakte und Termine
- Vermittlung von Handwerkern
- Vermittlung von Finanzberatern und Unterstützung bei der Erstellung eines Finanzplanes
- Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen bei sozialen und gesetzlichen Einrichtungen
- Vermittlung/Organisation einer Haushaltshilfe
- Vermittlung und Organisation einer Kinderbetreuung
- Begleitung zu Behörden

2.11.4. Berufliche Rehabilitation

- Berufsdiagnostik
- Arbeitsplatzadaption/Arbeitsplatzsicherung

  Herstellen von Kontakten zu (ehemaligen) Arbeitgebern, Familienmitgliedern (bereits involvierten) Ämtern und sozialen Einrichtungen, Anwälten
- Umschulungen

Herstellen von Kontakten zu Bildungsträgern Schulen nach Analyse vom Personalberater

– Hilfe und Begleitung bei der Arbeitssuche durch Herstellen von Kontakten zu Personalberatern, und privaten Unternehmen

2.12 Familien-Assistance

Die Familien-Assistance-Leistungen enthalten die Komponenten Erwachsenen- und Kinder-Assistance für Kinder bis zu einem Alter von 15 Jahren. Das Kind muss in häuslicher Gemeinschaft mit der Elternperson wohnen. Das Versicherungsverhältnis endet zum Auslauf des Kalenderjahres, in dem das Kind das 15. Lebensjahr vollendet.

Leistungsdauer:

12 Wochen ab Unfalltag (sofern in den einzelnen Leistungen keine andere Dauer vereinbart ist, z. B. Kinderbetreuung im Notfall).

Versicherungsfall ist Unfall der versicherten Elternperson und/oder des versicherten Kindes/der versicherten Kinder.

Versicherte Person ist diejenige Eltern-Person, die zum Zeitpunkt des Unfalls überwiegend für die Haushaltsführung zuständig ist (VP); diese versicherte Person ist berechtigt, die Leistungen in Anspruch zu nehmen. Hierbei handelt es sich um die Leistungen unter Punkt 1 des Leistungsumfanges und unter Umständen – sofern notwendig – zusätzlich Leistungen für das Kind/die Kinder (s. Punkt 2 des Leistungsumfanges).

Hat ein versichertes Kind einen Unfall, werden die Kinder-Assistance-Leistungen (s. Punkt 2 des Leistungsumfanges) fällig.

2.12.1. Leistungen für Elternperson

2.12.1.1 Kinderbetreuung im Notfall

Die Notfallbetreuung garantiert eine Betreuung des Kindes bis zu 5 Tagen nach Elternunfall. Wir übernehmen die Kosten für eine Tagesmutter bis zu 600,– Euro (5 Tage à 12 Std. à 10,– Euro Richtpreis/Std.).

2.12.1.2 Haushaltshilfe

Organisation und Kostenübernahme einer Haushaltshilfe, die für die Reinigung der Wohnung der versicherten Person sorgt, die für die versicherte Person Einkäufe erledigt und die sich um die Wäsche der versicherten Person kümmert.

Wir übernehmen die Kosten bis zu 125,– Euro/Woche.

2.12.1.3 Begleit-/Fahrservice

Organisation und Kostenübernahme eines Begleitservices/Fahrdienstes zu Ärzten, Behörden, Krankengymnastik, Therapien.

Wir übernehmen die Kosten bis zu 100,– Euro/Woche.

2.12.1.4 Menü-Service

Organisation und Kostenübernahme einer Essenslieferung nach vorheriger Auswahl durch einen Sozialdienst. Je nach Verfügbarkeit tägliche oder wöchentliche Anlieferung.

Wir übernehmen die Kosten bis zu 50,– Euro/Woche.

2.12.1.5 Unterbringung von Haustieren

Organisation und Kostenübernahme der Unterbringung des Haustieres/der Haustiere der versicherten Person. Je nach regionaler Verfügbarkeit wird das Haustier in einer Tierpension in Wohnortnähe untergebracht oder eine Person organisiert, die die Betreuung des Haustieres in der Wohnung/Haus der versicherten Person übernimmt. Der versicherten Person werden je nach Verfügbarkeit eine oder mehrere Unterbringungsmöglichkeiten benannt.

Wir übernehmen die Kosten bis zu 150,– Euro/Woche.

2.12.2. Kinder-Assistanceleistungen

2.12.2.1 Begleit-/Fahrservice

Organisation und Kostenübernahme eines Begleitservices/Fahrdienstes zum Kindergarten/zur Schule.

Wir übernehmen die Kosten bis zu 100,– Euro/Woche.

2.12.2.2 Schulkinderhäuser/Horte

Vermittlung und Kostenübernahme von Schulkinderhäusern/Horten, alternativ auch Vermittlung an Jugendgruppen/Freizeitangebote, die an Nachmittagen stattfinden.

Wir übernehmen die Kosten bis 35,– Euro/Woche.

2.12.2.3 oder Pflegefamilien

Vermittlung von Kindern in Pflegefamilien und Kostenübernahme des Pflegeentgeltes.

Wir übernehmen die Kosten bis 153,– Euro/Woche.

2.12.2.4 oder Kindertagesstätten

Unterstützung und Vermittlung von Kindern in Kindertageseinrichtungen, nach Bedarf auch mit speziellen pädagogischen Angeboten.

Wir übernehmen die Kosten bis 56,– Euro/Woche bei Ganztagsbetreuung.

2.12.2.5 oder Tagesmütter

Vermittlung und Kostenübernahme von qualifizierten* Tagesmüttern wohnortnah. Die Betreuung des Kindes kann sowohl in den Räumen der Tagesmutter als auch in der Wohnung des Kindes selbst erfolgen.

(* Vorlage eines polizeilichen Führungszeugnisses, ärztlichen Attestes über die gesundheitliche Eignung, Nachweis über Erste Hilfe am Kind, Pflegeerlaubnis des Jugendamtes bei Betreuung in Räumlichkeiten der Tagesmutter/des Tagesvaters, Nachweis der erforderlichen Qualifikation wie Tagesmütterzertifikat od. abgeschlossene pädagogische Ausbildung).

Wir übernehmen die Kosten bis 400,– Euro/Woche.

2.12.2.6 Nachhilfe

Für schulpflichtige Kinder im Alter von 6 – 12 Jahren; wenn ein Kind durch Unfall für einen längeren Zeitraum nicht am Schulunterricht teilnehmen kann, werden Nachhilfeangebote vermittelt, die dem Alter, Leistungsstand und Interesse des Kindes entsprechen. Durchgeführt wird der Nachhilfeunterricht sowohl von Privatpersonen als auch von Nachhilfeinstitutionen.

Wir übernehmen die Kosten bis 35,– Euro/Woche (2× die Woche Einzelunterricht; Richtwert pro 60 Minuten: 17,50 Euro).

2.13 Kinder-Assistance „solo“

Wir leisten für ein verunfalltes Kind (ohne Leistungen für Elternperson) bis zu einem Alter von 15 Jahren. Das Kind muss in häuslicher Gemeinschaft mit der Elternperson wohnen. Das Versicherungsverhältnis endet zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem das Kind das 15. Lebensjahr vollendet.

Leistungsdauer:

12 Wochen ab Unfalltag (sofern in den einzelnen Leistungen keine andere Dauer vereinbart ist, z. B. Kinderbetreuung im Notfall).

2.13.1 Pflegefamilien

Vermittlung von Kindern in Pflegefamilien und Kostenübernahme des Pflegeentgeltes.

Wir übernehmen die Kosten bis 153,– Euro/Woche.

2.13.2 oder Tagesmütter

Vermittlung und Kostenübernahme von qualifizierten* Tagesmüttern wohnortnah. Die Betreuung des Kindes kann sowohl in den Räumen der Tagesmutter als auch in der Wohnung des Kindes selbst erfolgen.

(* Vorlage eines polizeilichen Führungszeugnisses, ärztlichen Attestes über die gesundheitliche Eignung, Nachweis über Erste Hilfe am Kind, Pflegeerlaubnis des Jugendamtes bei Betreuung in Räumlichkeiten der Tagesmutter/des Tagesvaters, Nachweis der erforderlichen Qualifikation wie Tagesmütterzertifikat od. abgeschlossene pädagogische Ausbildung).

Wir übernehmen die Kosten bis 400,– Euro/Woche.

2.13.3 Integrative Kindergärten

Unterstützung bei der Vermittlung in eine dem Bedarf des Kindes angepasste Einrichtung.

Folgende Einrichtungen kommen in Frage:

- Einrichtungen und Gruppen ausschließlich für Kinder mit Behinderungen (Sonderkindergärten, Sondergruppen, heilpädagogische Gruppen)
- Einrichtungen und Gruppen mit gemeinsamer Förderung von behinderten und nichtbehinderten Kindern
- Einzelintegrative Maßnahmen für behinderte Kinder in einem Regelkindergarten

Wir übernehmen die Kosten bis 56,– Euro/Woche.

2.13.4 Nachhilfe

Für schulpflichtige Kinder im Alter von 6 – 12 Jahren; wenn ein Kind durch Unfall für einen längeren Zeitraum nicht am Schulunterricht teilnehmen kann, werden Nachhilfeangebote vermittelt, die dem Alter, Leistungsstand und Interesse des Kindes entsprechen. Durchgeführt wird der Nachhilfeunterricht sowohl von Privatpersonen als auch von Nachhilfeinstitutionen.

Wir übernehmen die Kosten bis 35,– Euro/Woche (2× die Woche Einzelunterricht; Richtwert pro 60 Minuten: 17,50 Euro).

2.13.5 Kinderbetreuung im Notfall

Die Notfallbetreuung garantiert eine Betreuung des Kindes bis zu 5 Tagen nach Kinderunfall. Wir übernehmen die Kosten für eine Tagesmutter bis zu 600,– Euro (5 Tage à 12 Std. à 10,– Euro Richtpreis/Std.).

2.13.6 Vermittlungsleistungen ohne Kostenübernahme:

- Behinderten-Einrichtungen

  Vermittlung von behinderten Kindern in verschiedene Einrichtungen der Behindertenhilfe
- Kur und Erholung für Eltern und Kind Vermittlung spezieller/geeigneter Kurkliniken
- Heilpädagogisch-Therapeutische Tagesgruppen

  Vermittlung von Kindern mit Behinderung in heilpädagogische und therapeutische Tagesgruppen.

§ 3 Welche Auswirkungen haben Krankheiten und Gebrechen?

Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich

- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
- im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung

entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 50 %, unterbleibt jedoch die Minderung, soweit nichts anderes bestimmt ist.

§ 4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd pflegebedürftige Personen sowie Geisteskranke.

Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.

4.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von Ziffer 4.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.

4.3 Der für dauernd pflegebedürftige Personen sowie Geisteskranke seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag ist zurückzuzahlen.

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

5.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.

Soweit Unfälle auf Alkoholgenuss beruhen sind diese mitversichert; dies gilt beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt unter 0,9 Promille liegt.

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

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

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.

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

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen.

5.1.4 Unfälle der versicherten Person

als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;

bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;

bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

5.1.5 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

5.1.6 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

5.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:

5.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist.

5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

5.2.3 Infektionen

5.2.3.1 Unfälle durch Tierbisse einschließlich dadurch verursachter Infektionen sind jedoch mitversichert. Dasselbe gilt für Insektenstiche oder -bisse. Versicherungsschutz besteht auch für Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für Infektionen, wenn diese durch unfallbedingte, nicht geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.

5.2.3.2 Bei Infektionen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person besteht Versicherungsschutz, wenn diese durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

5.2.4 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.

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

§ 6 Was müssen Sie bei vereinbartem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs (Tarife UBF, UTF, U10F, U35F, U50F)

Bis zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 20. Lebensjahr vollendet, gilt der Beitrag für Kinder. Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Erwachsene mit dem Eintrittsalter 21 zu zahlen.

6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

6.2.1 Die Höhe der Grundsumme bzw. des Beitrages hängt – wenn als Leistungsart zusätzlich eine Invaliditätsleistung vereinbart worden ist – maßgeblich von der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Grundsumme und des Beitrages ist die Einordnung in Berufsgefahrengruppe (siehe Anhang). Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher – wenn als Leistungsart zusätzlich eine Invaliditätsleistung vereinbart worden ist – unverzüglich mitteilen. Pflichtwehrdienst, Zivildienst, freiwilliges soziales Jahr oder militärische Reserveübungen fallen nicht darunter.

6.2.2 Errechnen sich bei gleichbleibendem Beitrag nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Grundsummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Errechnen sich dagegen höhere Grundsummen, gelten diese sobald uns Ihre Erklärung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Errechnen sich bei Satz 1 und 2 ungerade (nicht durch 1.000 ohne Rest teilbare) Grundsummen, werden diese auf volle 1.000 Euro abgerundet und der Beitrag entsprechend angepasst.

Liegt die neu errechnete Grundsumme unter der Mindest-Grundsumme von 25.000 Euro, werden Beitrag und Grundsumme auf diese Mindest-Grundsumme angepasst. Liegt die neu errechnete Grundsumme über der Höchst-Grundsumme von 100.000 Euro, werden Beitrag und Grundsumme auf diese Höchst-Grundsumme angepasst.

Die neu errechneten Grundsummen gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.

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

Der Leistungsfall

§ 7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.

7.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

7.2 Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

7.3 Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles tragen wir.

7.4 Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

7.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.

Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

§ 8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 7 vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für dieFeststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

§ 9 Wann sind die Leistungen fällig?

9.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
- beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.

  Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir
- bei Invalidität bis zu 1 ‰ der vereinbarten Grundsumme,
- bei Tagegeld bis zu einem Tagegeldsatz. Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

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

9.3 Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse.

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur in Höhe des Betrages beansprucht werden, der sich aus dem Grad der unfallbedingten Invalidität bezogen auf 20 % der vereinbarten Grundsumme ergibt.

Die Regelung in Ziffer 2.9.3 bleibt hiervon unberührt.

9.4 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre. Dieses Recht muss

- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 9.1
- von Ihnen spätestens vor Ablauf der Frist
- ausgeübt werden.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.

Die Versicherungsdauer

§ 10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

Die Regelung in Ziffer 4.1 bleibt unberührt.

10.2 Rückwirkender Versicherungsschutz von Neugeborenen

Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung der Versicherung spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zum Geburtstermin erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

10.3 Dauer und Ende des Vertrages

Der Vertrag wird hinsichtlich der Tarife UTF, UBF, U10F, U35F, U50F grundsätzlich für drei Versicherungsjahre und hinsichtlich der Tarife UHF, URF, UFF und UKF grundsätzlich für ein Versicherungsjahr abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugegangen ist.

10.4 Versicherungsjahr

Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 1. Juli eines Jahres bis 30. Juni des Folgejahres. Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30. Juni.

10.5 Kündigung nach Versicherungsfall

Den Vertrag können Sie durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

Die Kündigung muss uns spätestens einen Monat nach der Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreites – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform zugegangen sein.

Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende des laufenden Versicherungsjahres, wirksam wird.

10.6 Ausscheiden des versicherten Mitarbeiters bzw. Ende des Gruppenversicherungsvertrages

Das Versicherungsverhältnis für den Mitarbeiter und dessen mitversicherten Familienangehörige endet mit Ablauf des Monats, in dem der Mitarbeiter aus der Firma ausscheidet.

Das Versicherungsverhältnis endet, wenn der Gruppenversicherungsvertrag endet. Der Gruppenversicherungsvertrag kann vom Versicherer und von der Firma mit einer Frist von 3 Monaten jeweils zum Ende eines Kalenderjahres ordentlich gekündigt werden.

10.7 Fortführung der Versicherung

In den Fällen von 10.6 haben der Mitarbeiter und dessen Familienangehörige das Recht, das Versicherungsverhältnis ohne Risikoprüfung als Einzelversicherung fortzuführen. Der Antrag auf Fortführung ist innerhalb von zwei Monaten ab Beendigung des Versicherungsverhältnisses zu stellen. Es ist dann der Beitrag für Einzelversicherungen zu entrichten.

Der Versicherungsbeitrag

§11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

11.1 Beitrag und Versicherungssteuer

Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben.

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/erster oder einmaliger Beitrag

11.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Der erste oder einmalige Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu dessen Zeitpunkt. Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.

11.2.2 Rücktritt

Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

11.3.2 Verzug

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.

Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 11.3.3 und 11.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.

Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

11.3.3 Kein Versicherungsschutz

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.

11.3.4 Kündigung

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen haben.

Haben wir gekündigt, und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

11.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

Ist die Einziehung des Beitrages von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.

Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.

Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil Sie das SEPA-Lastschriftmandat widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung der Prämie erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.

11.5 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung

Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate in Verzug sind.

Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

11.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrages, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

Weitere Bestimmungen

§ 12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

12.1 Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern Ihnen zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

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

12.3 Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

§ 13 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

13.1 Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.

13.2 Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

§ 14 Welches Gericht ist zuständig?

14.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht des Ortes, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

14.2 Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Soweit es sich bei dem Vertrag um eine betriebliche Versicherung handelt, können wir unsere Ansprüche auch bei dem für den Sitz oder die Niederlassung des Gewerbebetriebes zuständigen Gericht geltend machen.

§ 15 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?

15.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.

15.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen.

Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.

§ 16 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Das Versicherungsverhältnis beruht auch auf den Regelungen des Firmen-Gruppenversicherungsvertrages. Die nachfolgenden ergänzenden Regelungen aus dem Firmen-Gruppenversicherungsvertrag sind Teil des Versicherungsverhältnisses und ergänzen die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen.

Ergänzende Regelungen des Firmen-Gruppenversicherungsvertrages

§ 1 Wann endet die Versicherung automatisch?

Das Versicherungsverhältnis für den Mitarbeiter und dessen mitversicherten Familienangehörige endet mit Ablauf des Monats, in dem der Mitarbeiter der Firma ausscheidet.

Das Versicherungsverhältnis endet, wenn der Firmen-Gruppenversicherungsvertrag endet. Der Firmen-Gruppenversicherungsvertrag kann von dem Versicherer und von der Firma mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres ordentlich gekündigt werden.

Das Versicherungsverhältnis endet für eine versicherte Person zum Ablauf des Monats, in dem sie keine Familienangehörige des Mitarbeiters mehr ist.

Familienangehörige sind Ehegatten, unterhaltsberechtigte Kinder bis zum Alter von 34 Jahren – maßgeblich ist der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem laufenden Kalenderjahr – und Lebensgefährten in häuslicher Gemeinschaft.

§ 2 Wann kann die Versicherung fortgeführt werden?

Endet die Versicherung aus einem in § 1 genannten Grund, kann das Versicherungsverhältnis ohne Risikoprüfung zu den Bedingungen der entsprechenden Einzelversicherung fortgeführt werden, soweit Versicherungsfähigkeit besteht. Der Antrag auf Fortführung ist innerhalb von zwei Monaten ab Beendigung des Versicherungsverhältnisses zu stellen.

Monatliche Beiträge in EUR

	Tarife											
	UBF	**UTF**	**U10F je 1000 EUR Versicherungssumme**		**U35F je 1000 EUR Versicherungssumme**		**U50F je 1000 EUR Versicherungssumme**		**UHF** Unfall-Hilfeleistungen	**URF** Reha/Case-Management	**UFF** Familien-Assistance	**UKF** Kinder-Assistance „solo“ ein oder mehrere Kinder
			Berufsgruppe A	Berufsgruppe B	Berufsgruppe A	Berufsgruppe B	Berufsgruppe A	Berufsgruppe B				
Kinder	1,00	1,86	0,04	–	0,06	–	0,07	–	4,86	1,47	0,00	4,32
Männer	1,47	2,53	0,06	0,11	0,09	0,16	0,11	0,19	4,86	1,47	7,01	–
Frauen	1,47	2,53	0,06	0,11	0,09	0,16	0,11	0,19	4,86	1,47	7,01	–

Leistungsarten

	Tarif UBF Beträge in Euro	**Tarif UTF** Beträge in Euro	**Tarif U10F**	**Tarif U35F**	**Tarif U50F**
Hilfsmittel (§ 2.1) Höchstbetrag	5.000,–	10.000,–	–	–	–
Kurkostenbeihilfe (§ 2.2) Tagegeld Höchstbetrag	25,– 1.000,–	50,– 2.000,–	–	–	–
Zahnersatz (§ 2.3) Höchstbetrag	5.000,–	10.000,–	–	–	–
Kosmetische Operationen (§ 2.4) Höchstbetrag	5.000,–	10.000,–	–	–	–
Umbaukosten (§ 2.5) Höchstbetrag	5.000,–	10.000,–	–	–	–
Bergungskosten (§ 2.6) Höchstbetrag	5.000,–	10.000,–	–	–	–
Todesfallleistung (§ 2.7) Versicherungssumme	5.000,–	10.000,–	–	–	–
Rooming-in-Leistungen(§ 2.8) Kostenzuschuss 1. bis 10. Tag Kostenzuschuss ab 11. Tag Höchstbetrag	20,– 10,– 400,–	40,– 20,– 800,–	– – –	– – –	– – –
Invaliditätsleistung (§ 2.9) Invaliditätsentschädigung	–	–	linear	Progression bis 350 % (siehe untenstehende Aufstellung zu den progressiven Invaliditätsstaffeln)	Progression bis 500 % (siehe untenstehende Aufstellung zu den progressiven Invaliditätsstaffeln)

Progressive Invaliditätsstaffeln zu den Tarifen U35F und U50F

Die zu zahlende Invaliditätsentschädigung gemäß Ziffer 2.9.2.2 (lineare Entschädigung/Tarif U10F) erhöht sich ab einem Invaliditätsgrad von 26 % in Prozent der versicherten Grundsumme:

	Tarif U35F	Tarif U50F		Tarif U35F	Tarif U50F
von	auf	auf	von	auf	auf
26 %	28 %	30 %	64 %	170 %	248 %
27 %	31 %	35 %	65 %	175 %	255 %
28 %	34 %	40 %	66 %	180 %	262 %
29 %	37 %	45 %	67 %	185 %	269 %
30 %	40 %	50 %	68 %	190 %	276 %
31 %	43 %	55 %	69 %	195 %	283 %
32 %	46 %	60 %	70 %	200 %	290 %
33 %	49 %	65 %	71 %	205 %	297 %
34 %	52 %	70 %	72 %	210 %	304 %
35 %	55 %	75 %	73 %	215 %	311 %
36 %	58 %	80 %	74 %	220 %	318 %
37 %	61 %	85 %	75 %	225 %	325 %
38 %	64 %	90 %	76 %	230 %	332 %
39 %	67 %	95 %	77 %	235 %	339 %
40 %	70 %	100 %	78 %	240 %	346 %
41 %	73 %	105 %	79 %	245 %	353 %
42 %	76 %	110 %	80 %	250 %	360 %
43 %	79 %	115 %	81 %	255 %	367 %
44 %	82 %	120 %	82 %	260 %	374 %
45 %	85 %	125 %	83 %	265 %	381 %
46 %	88 %	130 %	84 %	270 %	388 %
47 %	91 %	135 %	85 %	275 %	395 %
48 %	94 %	140 %	86 %	280 %	402 %
49 %	97 %	145 %	87 %	285 %	409 %
50 %	100 %	150 %	88 %	290 %	416 %
51 %	105 %	157 %	89 %	295 %	423 %
52 %	110 %	164 %	90 %	300 %	430 %
53 %	115 %	171 %	91 %	305 %	437 %
54 %	120 %	178 %	92 %	310 %	444 %
55 %	125 %	185 %	93 %	315 %	451 %
56 %	130 %	192 %	94 %	320 %	458 %
57 %	135 %	199 %	95 %	325 %	465 %
58 %	140 %	206 %	96 %	330 %	472 %
59 %	145 %	213 %	97 %	335 %	479 %
60 %	150 %	220 %	98 %	340 %	486 %
61 %	155 %	227 %	99 %	345 %	493 %
62 %	160 %	234 %	100 %	350 %	500 %
63 %	165 %	241 %			

Anhang

Berufsgefahrengruppe A	Berufsgefahrengruppe B
Personen, die • kaufmännisch, verwaltend, planend, gestaltend • lehrend im Innen- oder Außendienst der Wirtschaft bzw. Verwaltung • leitend oder Aufsicht führend im Betrieb oder auf Baustellen (einschl. Aufsicht führende Meister) • im Verkauf, • im Labor, • in der Datenerfassung, Datenverarbeitung bzw. • im Gesundheitswesen, in der Schönheitspflege tätig sind • Anlagen/Maschinen elektronisch steuern • keine berufliche Tätigkeit/Beschäftigung ausüben • Rentner, Pensionäre, Schüler	Personen, die • körperliche (auch sportliche) • handwerkliche Berufsarbeit verrichten (einschl. mitarbeitende Meister) • Holz, Metall, Kunststoff, Steine, Erde be- oder verarbeiten • mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiven Stoffen arbeiten • Maschinen bedienen, einrichten, warten oder reparieren • Tiere behandeln oder pflegen • im Truppen-, Einsatz- und Vollzugsdienst bei Bundeswehr, Bundesgrenzschutz, Zoll, Polizei, Justiz und bei der Feuerwehr tätig sind.