

# Besondere Bedingungen für die Gruppenunfallversicherung Baustein Sofortschutz

Stand: 01.06.2021

PL-GUBS-2106

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie haben mit uns eine Gruppenunfallversicherung abgeschlossen. Die Grundlage dieser Unfallversicherung ergibt sich aus dem Antrag und dem Versicherungsschein.

Zusätzlich haben Sie mit uns die Besonderen Bedingungen Baustein Sofortschutz vereinbart. Die Leistungen, die darüber versichert sind, ergeben sich aus den nachfolgenden Besonderen Bedingungen. Sie ergänzen, bzw. erweitern oder ersetzen den grundsätzlich abgeschlossenen Unfallversicherungsschutz. Die Details entnehmen Sie bitte den nachfolgenden Besonderen Bedingungen zu Ihrer Gruppenunfallversicherung.

Freundliche Grüße

Ihre Helvetia

## Inhaltsverzeichnis

1	Koma-Geld	1	6.2	Kosten für kosmetische Operationen	3
1.1	Voraussetzung für die Leistung	1	6.3	Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze	3
1.2	Art, Höhe und Dauer der Leistung	1	6.4	Kosten für eine Haushaltshilfe oder eine Kinderbetreuung	3
1.3	Ausschluss der Dynamik	1	6.5	Kosten für die Dekompressionskammer	3
2	Krankentage-Pflegegeld	1	6.6	Kosten für eine Beerdigung	4
2.1	Voraussetzung für die Leistung	1	6.7	Kosten für eine Kur- oder eine Rehabilitationsmaßnahme	4
2.2	Art, Höhe und Dauer der Leistung	2	6.8	Kosten für Heil- und Hilfsmittel	4
2.3	Ausschluss der Dynamik	2	6.9	Selbstbehalt im Krankenhaus	4
3	Gips-Geld	2	6.10	Kosten für das Erlernen der Gebärdensprache oder Blindenschrift oder der Anschaffung eines Blindenhundes	4
3.1	Voraussetzung für die Leistung	2	6.11	Kosten für eine psychologische Soforthilfe nach einem räuberischen Überfall oder einer Geiselnahme	4
3.2	Art, Höhe und Dauer der Leistung	2	6.12	Umbaukosten / behinderungsbedingte Mehraufwendungen im privaten Bereich	4
3.3	Ausschluss der Dynamik	2	6.13	Umbaukosten / behinderungsbedingte Mehraufwendungen im beruflichen Bereich	5
4	Sofortleistung bei Schwerverletzungen	2	7	Reha-Management	5
4.1	Voraussetzungen für die Leistung	2	7.1	Voraussetzungen für die Leistung	5
4.2	Art, Höhe und Dauer der Leistung	2	7.2	Umfang, Dauer und Häufigkeit der Leistung	5
4.3	Ausschluss der Dynamik	2	7.3	Höhe der Leistungen	5
5	Verbesserte Übergangsleistung	2	7.4	Art der Leistungen	5
5.1	Leistung drei Monate nach dem Unfallereignis	2	7.5	Entbindung von der Schweigepflicht	7
5.2	Leistung sechs Monate nach dem Unfallereignis	2			
5.3	Ausschluss der Dynamik	2			
6	Erweiterte Kostenposition in der Unfallversicherung	3			
6.1	Grundsätzliche Regelungen	3			

## 1 Koma-Geld

In Erweiterung zu Ziffer 2 der Allgemeinen Gruppenunfallversicherungsbedingungen (GUB 2021) gilt Folgendes:

### 1.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person fällt infolge eines Unfalls in ein Koma (auch künstliches).

### 1.2 Art, Höhe und Dauer der Leistung

Es wird für jeden Kalendertag an welchem sich die versicherte Person in einem komatösen Zustand befindet, ein Koma-Geld von 50 Euro gezahlt, längstens jedoch bis zu 24 Monate nach Eintritt des Unfallereignisses. Der komatöse Zustand ist mit einem ärztlichen Attest bei uns nachzuweisen.

Bestehen für den Versicherten bei Helvetia mehrere Unfallversicherungen, gilt der vorgenannte Höchstbetrag insgesamt für alle Unfallversicherungen.

### 1.3 Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Prämie nicht teil.

## 2 Krankentage-Pflegegeld

### 2.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person ist aufgrund eines Unfalls im Sinne der Ziffer 1 GUB 2021 und nach Abschluss aller medizinisch notwendigen Heilbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen

dauernd nach ärztlichem Attest mindestens mit Pflegegrad 2 des Pflegeversicherungsgesetzes (Pflege VG-SGB XI) unfallbedingt pflegebedürftig.

## 2.2 Art, Höhe und Dauer der Leistung

Es wird für jeden Kalendertag, an welchem eine weitere häusliche oder stationäre Pflege erforderlich ist, ein Krankentage-Pflegegeld in Höhe von 25 Euro gezahlt, längstens jedoch bis zu 24 Monate nach Eintritt des Unfallereignisses. Der Pflegegrad ist mit einem entsprechenden Nachweis bei uns nachzuweisen.

Bestehen für den Versicherten bei Helvetia mehrere Unfallversicherungen, gilt der vorgenannte Höchstbetrag insgesamt für alle Unfallversicherungen.

## 2.3 Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Prämie nicht teil.

## 3 Gips-Geld

### 3.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person muss unfallbedingt aufgrund ärztlicher Anweisung länger als 14 Tage einen Gipsverband (auch Hart- oder Kunstschaumverband) oder eine Schienung tragen.

### 3.2 Art, Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen einmal ein Gips-Geld in Höhe von 500 Euro. Die Notwendigkeit des Gipsverbandes oder der Schienung ist mit einem ärztlichen Attest bei uns nachzuweisen.

Bestehen für den Versicherten bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, gilt der vorgenannte Höchstbetrag insgesamt für alle Unfallversicherungen.

### 3.3 Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Prämie nicht teil.

## 4 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

### 4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Wir erbringen nach einem Unfall im Sinne von Ziffer 1 GUB 2021 gemäß den nachstehenden Bestimmungen eine Sofortleistung bei folgenden schweren Verletzungen:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- Amputation des ganzen Fußes oder der ganzen Hand,
- Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche,
- Schädel-Hirn-Verletzungen mit nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung,
- Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen; bei Sehbehinderung Sehschärfe nicht mehr als 1/20,
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen (auch von zwei Organen oder zwei Knochen – nicht jedoch von Elle und Speiche desselben Armes oder von Schien- und Wadenbein desselben Beines):
  - Bruch eines Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- oder Unterschenkelknochens,
  - Wirbelkörperbruch,
  - Beckenbruch,
  - Gewebeerstörender Schaden an Herz, Lunge, Leber, Milz oder Niere.

Das Vorliegen einer schweren Verletzung ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen.

Haben Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, findet Ziffer 3 der GUB 2021 entsprechende Anwendung. Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet.

### 4.2 Art, Höhe und Dauer der Leistung

Die Leistung beträgt 10.000 Euro für jede versicherte Person. Bestehen für den Versicherten bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, gilt der vorgenannte Höchstbetrag insgesamt für alle Unfallversicherungen.

### 4.3 Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Prämie nicht teil.

## 5 Verbesserte Übergangsleistung

### 5.1 Leistung drei Monate nach dem Unfallereignis

#### 5.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt

- nach Ablauf von drei Monaten vom Unfalltag an gerechnet und
- ohne Mitwirkung von Krankheit oder Gebrechen noch zu 100 Prozent beeinträchtigt.
- Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der drei Monate ununterbrochen bestanden.
- Sie ist von Ihnen spätestens vier Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht worden.

#### 5.1.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die verbesserte Übergangsleistung in Höhe von 5.000 Euro.

### 5.2 Leistung sechs Monate nach dem Unfallereignis

#### 5.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt

- nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet und
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch um mindestens 50 Prozent beeinträchtigt.
- Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden.
- Sie ist von Ihnen spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht worden.

#### 5.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die verbesserte Übergangsleistung in Höhe von 10.000 Euro.

Haben Sie bereits eine Leistung nach Ziffer 5.1 dieser Bedingungen in Höhe von 5.000 Euro erhalten, wird diese auf einen Anspruch aus Ziffer 5.2 angerechnet. In diesem Falle erhalten Sie aus der Ziffer 5.2 dementsprechend noch weitere 5.000 Euro.

### 5.3 Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Prämie nicht teil.

## 6 Erweiterte Kostenposition in der Unfallversicherung

### 6.1 Grundsätzliche Regelungen

In Ihrer Unfallversicherung sind die nachfolgend aufgeführten Kostenpositionen in Erweiterung zu Ziffer 2.7 der GUB 2021 generell mitversichert.

Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, ersetzen wir bis zur Gesamthöhe von 500.000 Euro – soweit keine abweichende Summe vereinbart ist – die entstandenen notwendigen Kosten. Dabei ist unsere Kostenerstattung auf einen Gesamtbetrag in Höhe von 500.000 Euro insgesamt für die nachstehenden Kosten begrenzt und wird nur einmal je Unfallereignis von uns erbracht. In den Gesamtbetrag in Höhe von 500.000 Euro sind auch die Kosten gemäß Ziffer 2.7 der GUB 2021 einzubeziehen.

Bestehen für den Versicherten bei Helvetia mehrere Gruppenunfallversicherungen, gilt der vorgenannte Höchstbetrag insgesamt für alle Gruppenunfallversicherungen.

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Prämie nicht teil (Ausschluss der Dynamik). Voraussetzung ist jeweils, dass ein Dritter (z. B. die gesetzliche oder private Krankenversicherung, ein Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns halten.

Kosten sind generell durch entsprechende Nachweise bei uns geltend zu machen

### 6.2 Kosten für kosmetische Operationen

#### 6.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 25. Lebensjahres.

#### 6.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, Zahnersatz- und Zahnlaborkosten soweit es sich um den unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von natürlichen Zähnen handelt,
- Kosten für die Reparatur bzw. die Ersatzbeschaffung für den unfallbedingten Verlust oder Teilverlust des Zahnersatzes (Brücken, Kronen, Stiftzähne, Gebisse und Implantate). Die versicherte Person hat die unfallbedingte Zerstörung des Zahnersatzes durch geeignete Nachweise zu belegen, z. B. durch die Originalrechnung über diesen Zahnersatz und die unfallbedingte Beschädigung.

Für diese Kostenposition übernehmen wir die Kosten bis zu einem Gesamtbetrag (inklusive der Kostenerstattung aus Ziffer 2.7 der GUB 2021) in Höhe von 50.000 Euro.

### 6.3 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze

#### 6.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten

- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder
- für einen Rettungswagen oder einen Feuerwehreinsatz oder
- für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik

entstanden.

Wir informieren Sie über die Möglichkeit ärztlicher Versorgung und stellen auf Wunsch eine Verbindung zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her.

Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen und medizinisch notwendig oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.

Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.

Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

Einem Unfall steht gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

#### 6.3.2 Art und Höhe der Leistung

Für diese Kostenposition übernehmen wir die Kosten bis zu einem Gesamtbetrag (inklusive der Kostenerstattung aus Ziffer 2.7 der GUB 2021) in Höhe von 250.000 Euro.

### 6.4 Kosten für eine Haushaltshilfe oder eine Kinderbetreuung

#### 6.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Wir übernehmen die nachgewiesenen Kosten für eine Haushaltshilfe oder eine Kinderbetreuung, wenn sich die den Haushalt überwiegend versorgende Person wegen eines Unfalls, welcher unter diesen Vertrag fällt, in notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet. Gleiches gilt, wenn die versicherte Person einen unfallbedingten Tod erleidet.

Eine Übernahme der Kosten für eine Haushaltshilfe oder eine Kinderbetreuung setzt voraus, dass im Haushalt der verunfallten Person mindestens ein unterhaltsberechtigtes Kind unter 15 Jahren oder eine zu pflegende Person zu versorgen ist. Die vollstationäre Heilbehandlung aufgrund des Unfallereignisses ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

#### 6.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Die Kostenübernahme erfolgt bis zu 100 Euro je Tag des vollstationären Aufenthaltes in pauschaler Form, ohne das konkrete Kosten nachgewiesen werden müssen. Es ist lediglich der Nachweis zu führen, dass eine Haushaltshilfe oder eine Kinderbetreuung aufgrund des Unfalls und des stationären Aufenthaltes der versicherten Person neu im Haushalt tätig ist. Die Kosten übernehmen wir für maximal 100 Tage.

### 6.5 Kosten für die Dekompressionskammer

#### 6.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat einen versicherten tauchtypischen Unfall im Sinne der Ziffer 1.3.5 der GUB 2021 erlitten.

#### 6.5.2 Art und Höhe der Leistung

Wir übernehmen die Kosten für den Aufenthalt in einer Dekompressionskammer zur Behandlung tauchtypischer Gesundheitsschäden bis zu einem Betrag in Höhe von 20.000 Euro.

#### 6.6 Kosten für eine Beerdigung

##### 6.6.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt im Sinne der Ziffer 2.6 der GUB 2021 zu Tode gekommen. Zwischen den Vertragsparteien ist jedoch keine Todesfall-Leistung vereinbart worden.

##### 6.6.2 Art und Höhe der Leistung

Wir übernehmen die notwendigen Kosten für eine adäquate Beerdigung im Inland bis zu einem Betrag in Höhe von 10.000 Euro.

#### 6.7 Kosten für eine Kur- oder eine Rehabilitationsmaßnahme

##### 6.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat nach einem unter den Vertrag fallenden leistungspflichtigen Unfall wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen

- eine stationär medizinisch notwendige Kur- oder Rehabilitationsmaßnahme oder
- aufgrund der Nähe zum Wohnort eine teilstationäre medizinisch notwendige Kur- oder Rehabilitationsmaßnahme

durchgeführt.

Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten, ärztlichen Bericht nachgewiesen.

##### 6.7.2 Art und Höhe der Leistung

Wir übernehmen die zusätzlichen Kosten für diese Maßnahme bis zu einem Betrag in Höhe von 10.000 Euro.

#### 6.8 Kosten für Heil- und Hilfsmittel

##### 6.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist nach einem Unfall im Sinne der Ziffer 1 GUB 2021 und nach Abschluss aller medizinisch notwendigen Heilbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen dauernd nach ärztlichem Attest mindestens mit Pflegegrad 2 des Pflegeversicherungsgesetzes (Pflege VG-SGB XI) pflegebedürftig.

Werden Arm- und/oder Beinprothesen, Geh- und Stützapparate, Rollstühle oder Krankenträume, Krankenbetten oder andere Heil- und Hilfsmittel medizinisch notwendig ärztlich verordnet, erfolgt hierzu eine Kostenbeteiligung, welche innerhalb von drei Jahren nach dem Unfallereignis beantragt wurden.

Die Leistungen werden nur bei entsprechendem Nachweis fällig.

##### 6.8.2 Art und Höhe der Leistung

Wir übernehmen die Kosten für diese Heil- und Hilfsmittel in den ersten drei Jahren nach dem Unfallereignis bis zu einem Betrag in Höhe von 20.000 Euro.

#### 6.9 Selbstbehalt im Krankenhaus

##### 6.9.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person war unfallbedingt im Sinne der Ziffer 2.4 der GUB 2021 in medizinisch notwendiger vollstationärer Behandlung. Zwischen den Vertragsparteien ist jedoch kein Krankenhaustagegeld vereinbart worden.

#### 6.9.2 Art, Höhe und Dauer der Leistung

Wir übernehmen in den ersten drei Jahren nach dem Unfall den Selbstbehalt, der von der versicherten Person im Krankenhaus als Eigenanteil zu zahlen ist, in der jeweiligen und nachgewiesenen Höhe, maximal jedoch bis zu einem Betrag in Höhe von 1.000 Euro.

#### 6.10 Kosten für das Erlernen der Gebärdensprache oder Blindenschrift oder der Anschaffung eines Blindenhundes

##### 6.10.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat einen unter den Vertrag fallenden leistungspflichtigen Unfall erlitten und dabei einen vollständigen Verlust der Sehfähigkeit und/oder einen vollständigen Verlust der Hörfähigkeit erlitten. Von der versicherten Person ist ein entsprechender ärztlicher Nachweis beizubringen.

##### 6.10.2 Art, Höhe und Dauer der Leistung

Wir übernehmen in den ersten drei Jahren nach dem Unfall die nachgewiesenen Kosten für das Erlernen der Blindenschrift und/oder der Gebärdensprache oder Anschaffung eines Blindenhundes bis zu einem Betrag in Höhe von 1.000 Euro.

#### 6.11 Kosten für eine psychologische Soforthilfe nach einem räuberischen Überfall oder einer Geiselnahme

##### 6.11.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist Opfer eines räuberischen Überfalls oder einer Geiselnahme geworden. Die Tat wurde bei der Polizei angezeigt und wird von dieser weiterverfolgt.

Eine körperliche Gesundheitsschädigung ist nicht Voraussetzung für die Leistung nach Ziffer 6.11.

##### 6.11.2 Art, Höhe und Dauer der Leistung

Wir übernehmen in den ersten drei Monaten nach einem räuberischen Überfall oder einer Geiselnahme die Kosten für eine psychologische Soforthilfe für die ersten 20 Sitzungen nach dem räuberischen Überfall oder der Geiselnahme, maximal jedoch die nachgewiesenen Kosten bis zu einem Betrag in Höhe von 1.000 Euro.

#### 6.12 Umbaukosten / behinderungsbedingte Mehraufwendungen im privaten Bereich

##### 6.12.1 Voraussetzungen für die Leistung

Hat ein versichertes Unfallereignis im Sinne der GUB 2021 zu einer dauerhaften Beeinträchtigung mit einem Invaliditätsgrad von 20 Prozent geführt, und wir haben dafür eine Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1 oder 2.2 oder 2.3 der GUB 2021 erbracht, so übernehmen wir die erforderlichen Kosten für

- den behindertengerechten adäquaten Umbau des auf die versicherte Person in Deutschland zugelassenen Pkw oder
- die Neuanschaffung eines auf die versicherte Person in Deutschland zugelassenen behindertengerechten adäquaten Pkw und
- den behindertengerechten adäquaten Umbau der ständig bewohnten Wohnung der versicherten Person in Deutschland oder
- den Umzug in eine ständig zu bewohnende behindertengerechte adäquate Wohnung in Deutschland und
- die sachverständige Beratung und Planung im Vorfeld der Umbaumaßnahmen.

##### 6.12.2 Art, Höhe und Dauer der Leistung

Wir übernehmen in den ersten drei Jahren nach dem Unfall die nachgewiesenen adäquaten Kosten bis zu einer Höhe von maximal 100.000 Euro.

Soweit die Leistungen nicht vor Auftragsvergabe mit uns oder dem Reha-Manager abgestimmt werden, behalten wir uns



vor, nur Kosten für solche Leistungen zu übernehmen, die durch ein fachärztliches Gutachten als behindertengerecht bewertet werden und somit eine Erforderlichkeit nachweisen.

## 6.13 Umbaukosten / behinderungsbedingte Mehraufwendungen im beruflichen Bereich

### 6.13.1 Voraussetzungen für die Leistung

Hat ein versichertes Unfallereignis im Sinne der GUB 2021 zu einer dauerhaften Beeinträchtigung mit einem Mindestinvaliditätsgrad in Höhe von 20 Prozent geführt, und wir haben dafür eine Invaliditätsleistung nach Ziffern 2.1, 2.2 oder 2.3 der GUB 2021 erbracht, so übernehmen wir die erforderlichen Kosten für

- den behindertengerechten adäquaten Umbau des Arbeitsplatzes (als Arbeitsplatz gilt der Platz, an dem die versicherte Person vor dem Unfall zur überwiegenden Zeit ihrer beruflichen Tätigkeit nachgegangen ist),
- die Einrichtung eines neuen behindertengerechten adäquaten Arbeitsplatzes beim Versicherungsnehmer bzw. eines häuslichen Arbeitszimmers, sofern sich die versicherte Person und der Versicherungsnehmer gemeinsam dafür entscheiden,
- den behindertengerechten adäquaten Umbau des für diese versicherte Person vom Versicherungsnehmer zur Verfügung gestellten Dienst-Pkw,
- die sachverständige Beratung und Planung im Vorfeld der Umbaumaßnahmen.

Sofern der versicherten Person durch die Inanspruchnahme dieser versicherten Kostenart Steuer- und/oder Sozialversicherungsabgaben entstehen, so werden diese ebenfalls von uns, gegen entsprechenden Nachweis, übernommen.

### 6.13.2 Art, Höhe und Dauer der Leistung

Wir übernehmen in den ersten drei Jahren nach dem Unfall die nachgewiesenen adäquaten Kosten bis zu einer Höhe von maximal 100.000 Euro.

Soweit die Leistungen nicht vor Auftragsvergabe mit uns oder dem Reha-Manager abgestimmt werden, behalten wir uns vor, nur Kosten für solche Leistungen zu übernehmen, die durch ein fachärztliches Gutachten als behindertengerecht bewertet werden und somit eine Erforderlichkeit nachweisen.

## 7 Reha-Management

Unser Reha-Management navigiert und begleitet Verunfallte durch das System der Sozialleistungsträger und Leistungserbringer während des gesamten Genesungsprozesses. Ziel ist es, eine optimale Versorgungssituation zu schaffen, um damit eine schnellstmögliche Genesung zu fördern.

### 7.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat einen versicherten Unfall mit einer Gesundheitsschädigung erlitten,

- die voraussichtlich zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 20 Prozent (nach Ziffer 2.1 der GUB 2021) führt oder geführt hat, oder
- zu einer vollstationären Heilbehandlung (Krankenhausaufenthalt) von mindestens 10 Tagen führt oder geführt hat (nach Ziffer 2.4 der GUB 2021), oder
- wenn durch den Unfall eine der nachfolgenden Verletzungen eingetreten ist
  - Schädel-Hirn-Trauma (SHT) mindestens 2. Grades
  - Knöcherne Verletzung der Wirbelsäule
  - Polytrauma (Verletzungen mehrerer Körperregionen oder von Organsystemen)
  - CRPS (Sudeck)

- Frakturen mit Beteiligung großer Gelenke (Schulter-, Knie-, Hüftgelenk)

Das Vorliegen der Voraussetzungen ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen.

Ein Anspruch auf die Leistung besteht, wenn dieser nach dem Unfall von Ihnen innerhalb von 36 Monaten geltend gemacht wurde.

Auf die notwendige Entbindung von der Schweigepflicht im Rahmen der Ziffer 7.5 dieser Besonderen Bedingungen weisen wir an dieser Stelle bereits hin.

### 7.2 Umfang, Dauer und Häufigkeit der Leistung

Der Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Hilfeleistung richten sich nach der konkreten Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person. Die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden durch einen von uns beauftragten fachlich qualifizierten Vertragspartner in Deutschland erbracht.

Die vereinbarten Hilfeleistungen werden längstens für eine Dauer von drei Jahren erbracht.

Die Leistungen aus dem Reha-Management erbringen wir ausschließlich in Deutschland. Dies gilt nicht, wenn der Auslandsaufenthalt Teil des Rehabilitationsprozesses ist, der von uns oder dem Dienstleister vorgeschlagen wurde.

Mit der Erbringung der Reha-Management-Leistung ist eine Anerkennung unserer Leistungspflicht aus dem Gruppenunfallversicherungsvertrag nicht verbunden, da aus medizinischen / sozialen Gründen mit der Einschaltung des Dienstleisters nicht immer bis zu unserer abschließenden Prüfung des Versicherungsschutzes abgewartet werden kann.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, oder mehrere Bausteine mit Einschluss des Reha-Managements, so kann die vereinbarte Leistung nur aus einem dieser Bausteine verlangt werden.

### 7.3 Höhe der Leistungen

Sie haben Anspruch auf Beratungsleistungen von maximal 100 Stunden. Welche Beratungsleistungen erbracht werden, richtet sich nach der konkreten Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person und wird im Zusammenspiel mit dem von uns beauftragten Dienstleister festgestellt.

Ergeben sich in Teilen des Genesungs- und Rehabilitationsprozesses Versorgungslücken, können finanzielle Mittel für zusätzliche Anwendungen, Therapien oder qualitativ hochwertigere Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden. Besteht die allgemeine medizinische Auffassung, dass durch eine intensivere und qualitativ bessere therapeutische Behandlung oder durch die Nutzung qualitativ hochwertiger Hilfsmittel ein schnellerer Heilungsverlauf erzielt werden kann, werden durch den Dienstleister entsprechende zusätzliche Maßnahmen vorgeschlagen.

Die Kosten für diese Reha-Maßnahmen werden bis zu einer Höhe von 100.000 Euro von uns übernommen. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger (Dritte, Krankenkasse oder andere Leistungsträger) eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Diese Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Prämie nicht teil (Ausschluss Dynamik).

### 7.4 Art der Leistungen

#### 7.4.1 Bedarfserhebung

Hat die versicherte Person Anspruch auf Reha-Management, so beauftragen wir einen spezialisierten Dienstleister mit der Erhebung eines Reha-Management-Bedarfs. Der Reha-Ma-

nagement-Bedarf wird durch ein Ersthilfetelefonat oder zusätzlich durch ein Vorortgespräch mit der verunfallten versicherten Person, deren Angehörigen (Ehegatte, eingetragener Lebenspartner, mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft lebender Partner einer nicht ehelichen Lebensgemeinschaft, volljährige Kinder, Eltern), den behandelnden Ärzten bzw. dem Krankenhaus erhoben.

Befindet sich die versicherte Person nach einem Unfall für eine Erstversorgung in einer akut stationären Einrichtung, wird sich der Dienstleister einen ersten Überblick über die voraussichtliche Zeit der Arbeitsunfähigkeit und deren Folgen für das versicherte Unternehmen verschaffen. Der Dienstleister nimmt einen telefonischen Kontakt zu der versicherten Person und, sofern von der versicherten Person gewünscht, dem Arbeitgeber auf und leitet einen ersten prognostischen Unterstützungsbedarf ab.

Aus den gesamten erhobenen Informationen leitet der Dienstleister den Unterstützungsbedarf ab, kategorisiert die Aufwände und leitet die entsprechenden Schritte ein. Zur Verbesserung der Situation bzw. zur Wiedereingliederung wird ein auf die individuellen Bedürfnisse der versicherten Person abgestimmtes Konzept erstellt.

#### 7.4.2 Reha-Betreuung

Der Dienstleister überwacht den Rehabilitations- und Genesungsverlauf mittels einer aktiven telefonischen Verlaufsbegeleitung oder einer Vor-Ort-Betreuung, die jeweils an einem medizinischen oder rehabilitativen Versorgungswechsel erfolgt. Diese aktive Verlaufsbegeleitung beginnt mit der akutmedizinischen Versorgung eines Krankenhauses und endet mit der Wiederaufnahme der Arbeit am alten Arbeitsplatz bzw. dem Erreichen einer optimalen Pflegesituation. Kann aufgrund der Unfallfolgen die Arbeit am alten Arbeitsplatz nicht mehr aufgenommen werden, unterstützt unser Dienstleister die versicherte Person bei ihrer beruflichen Neuorientierung und Integration.

Zu den Aufgaben gehören:

- Regelmäßiger Kontakt mit der versicherten Person und den behandelnden Ärzten
- Ständige Kontrolle des Soll-Ist-Zustandes und Problemlösungsgespräche mit allen Beteiligten
- Regelmäßige Situationsbesprechung mit den Angehörigen der versicherten Person
- Leistungskoordination unterschiedlicher Kostenträger der Rehabilitation bzw. Pflegekasse
- Absicherung eines nahtlosen Übergangs in unterschiedliche therapeutische Einrichtungen oder zu Fachärzten
- Kontakt- und Arbeitsplatzsicherungsgespräche mit Arbeitgebern (Erhalt des Arbeitsplatzes, Hilfen bei Umorganisationen oder betrieblichen Umsetzungen, Unterstützung in der arbeitsplatzspezifischen Qualifizierung)
- Hilfestellungen in der beruflichen Neuorientierung (Auswahl geeigneter Berufe und Ausbildungsstätten)
- Berufliche Reintegrationshilfen (Arbeitsplatzakquise- und Bewegungsunterstützung)

#### 7.4.3 Medizinische Rehabilitation

Nach dem Unfall nimmt unser Berater Kontakt zu den behandelnden Ärzten und weiteren in die Heilbehandlung eingebundenen Personen auf, um die medizinische Situation der versicherten Person klären zu können. Zur Beurteilung der medizinischen Lage wird eine Stellungnahme erarbeitet, die mit Empfehlungen für das weitere Vorgehen verbunden ist. Hier wird besonders geprüft, ob die Notwendigkeit einer besonderen Heilbehandlung besteht. Dabei kommt der Maßstab von §34 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB) zur Anwendung.

Im Rahmen der Höchstentschädigungsgrenze übernehmen wir die Kosten einer notwendigen besonderen Heilbehandlung, soweit kein Anspruch gegen einen anderen öffentlichen oder privaten Leistungsträger besteht.

Ziel der Maßnahmen im Bereich der medizinischen Rehabilitation ist eine optimale Versorgungssituation herzustellen, damit eine bestmögliche Genesung gewährleistet werden kann.

#### 7.4.4 Berufliche Rehabilitation

Unser Berater unterstützt die versicherte Person bei der Wiedereingliederung in das Berufsleben unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten und hilft der versicherten Person bei der Erhaltung, Umgestaltung oder Umorganisation des bisherigen Arbeitsplatzes.

Im Rahmen der Betreuung bieten wir der versicherten Person unsere aktive Unterstützung bei der Suche nach Stellenangeboten bzw. einem neuen Arbeitsplatz an, einschließlich individuellen Bewerbungstrainings.

Bei Eignung wird eine selbstständige Tätigkeit der versicherten Person, insbesondere durch eine kontinuierliche Begleitung während der Einarbeitungs- und Umschulungsphase, gefördert.

Unser Dienstleister prüft, sofern es vom Versicherungsnehmer und der versicherten Person gewünscht wird, organisiert und setzt ein betriebliches Eingliederungsmanagement (bEm) auf der Grundlage des §84, Abs. 2 SGB IX für die verunfallte Person um.

Erfolgt ein Umbau des Arbeitsplatzes, ggfs. die Neueinrichtung eines behindertengerechten Arbeitsplatzes oder der Umbau oder die Neuanschaffung eines behindertengerechten Dienst-Pkw nach Ziffer 6.13 dieser Besonderen Bedingungen, so unterstützt unser Dienstleister und koordiniert die entsprechenden Maßnahmen. Die adäquaten Kosten für den Umbau werden aus Ziffer 6.13 übernommen. Soweit die Leistungen nicht vor Auftragsvergabe mit uns oder dem Reha-Manager abgestimmt werden, behalten wir uns vor, nur Kosten für solche Leistungen zu übernehmen, die durch ein fachärztliches Gutachten als behindertengerecht bewertet werden und somit eine Erforderlichkeit nachweisen.

#### 7.4.5 Hilfsmittelversorgung

Unser Berater klärt den Bedarf an Hilfsmitteln und entwickelt mit der versicherten Person, den Ärzten und Therapeuten ein Versorgungskonzept, das mit den zuständigen Kostenträgern abgestimmt wird. Mit diesen wird auch die Kostenübernahme abgestimmt.

Die notwendigen Hilfsmittel sollen bei Entlassung in den häuslichen Bereich zur Verfügung stehen.

Werden Kosten geltend gemacht, die auch nach Ziffer 6.8 dieser Besonderen Bedingungen versichert sind (Kosten für Heil- und Hilfsmittel), dann ist zunächst die Versicherungssumme aus Ziffer 6.8 aufzubrauchen. Sofern darüber hinaus noch eine weitere Kostenübernahme notwendig ist, erfolgt diese in Absprache mit dem Dienstleister.

#### 7.4.6 Wohnungs- und Mobilitätsberatung

Ist infolge des Unfalls eine dauernde Nutzung der bisherigen Wohnung bzw. des Eigentums nicht möglich oder sind erhebliche Nutzungseinschränkungen zu erwarten, so berät unser Berater bei der Umgestaltung der Wohnung bzw. des Eigentums oder unterstützt bei der Suche eines behindertengerechten Objektes.

Erfolgt ein Umbau der Wohnung, bzw. ein Umzug in eine behindertengerechte Wohnung oder der Umbau oder die Neuanschaffung eines behindertengerechten Pkw nach Ziffer 6.12 dieser Besonderen Bedingungen, so unterstützt unser Dienstleister und koordiniert die entsprechenden Maßnahmen. Die adäquaten Kosten für den Umbau werden aus

Ziffer 6.12 übernommen. Soweit die Leistungen nicht vor Auftragsvergabe mit uns oder dem Reha-Manager abgestimmt werden, behalten wir uns vor, nur Kosten für solche Leistungen zu übernehmen, die durch ein fachärztliches Gutachten als behindertengerecht bewertet werden und somit eine Erforderlichkeit nachweisen.

#### 7.4.7 Hilfestellung bei Antrags- und Amtsvorgängen

Der versicherten Person bzw. deren Angehörigen wird eine Beratung zur Leistungsvoraussetzung und eine Hilfestellung bei der Beantragung von Leistungen bei dem jeweilig verantwortlichen Sozialleistungsträger angeboten. Gleichzeitig wird über die Aspekte der sozialen schulischen oder beruflichen Rehabilitation informiert. Aus der jeweiligen Situation heraus werden Betreuungs-, Schul- und Ausbildungswege aufgezeigt und bei Notwendigkeit über alternative medizinische Maßnahmen und Spezialisten informiert.

#### 7.4.8 Pflegeentlastungsservice durch Urlaubsgeld

Angehörigen, die die versicherte Person selbst ambulant pflegen, wird durch finanzielle Unterstützung die Möglichkeit geboten, einen Urlaub zu finanzieren um selbst neue Kraft zu schöpfen und Erholung zu finden. Der Dienstleister vermittelt hierzu für den Zeitraum des Urlaubs eine qualifizierte Pflegefachkraft zur Pflege der versicherten Person. Wir zahlen auf Antrag und Nachweis durch Quittung über die gezahlten Reisekosten ein Urlaubsgeld bis zu einem maximalen Betrag in Höhe von 2.000 Euro. Den Anteil der Reisekosten, der diesen Betrag übersteigt, übernehmen wir nicht. Der Service kann

einmal je Unfallereignis innerhalb von drei Jahren nach dem Unfallereignis in Anspruch genommen werden. Die Kosten für die organisierte Pflegefachkraft zur Pflege der versicherten Person übernehmen wir im Rahmen der Ziffer 7.3 dieser Besonderen Bedingungen.

### 7.5 Entbindung von der Schweigepflicht

Das über diese Besonderen Bedingungen vereinbarte Reha-Management ist eine Leistung, die die versicherte Person auf Wunsch in Anspruch nehmen kann. Damit der von uns beauftragte Dienstleister tätig werden kann, ist es erforderlich, dass die versicherte Person ausdrücklich alle den Unfall und dessen gesundheitliche Folgen untersuchenden oder behandelnden

- Angehörige von Heilberufen
- Krankenhäuser und Kliniken
- Rehabilitations-, Kur- und Pflegeeinrichtungen

von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem beauftragten Dienstleister entbindet. Der beauftragte Dienstleister wird im Rahmen des Ersthilfetelefonats die versicherte Person nochmals und ausdrücklich über die Bedeutung der Entbindung von der Schweigepflicht aufklären. Verweigert die versicherte Person die Entbindung von der Schweigepflicht, kann eine Leistung im Rahmen des Reha-Managements von uns nicht erbracht werden.