



# Versicherungshandbuch für Unternehmen

**Internationale Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherungstarife  
für Firmenkunden und Gruppen**  
Gültig ab 1.2.2022

# Willkommen

Sie können sich auf Allianz Partners als Ihren internationalen Versicherer für Lebens - und Berufsunfähigkeitsversicherungen verlassen und für eine sichere Zukunft für Ihre Mitarbeiter und deren Familien sorgen, was auch immer die Zukunft bringt.

Dieses Handbuch enthält alle wichtigen Informationen, die Sie über die den Versicherungsvertrag des Unternehmens wissen müssen.

Bitte lesen Sie dieses Handbuch in Verbindung mit der Tariflichen Leistungszusage, um alle wichtigen Informationen zu Ihrem Tarif zu erfahren.

Überragender Service	5
Allgemeine Versicherungsbedingungen	6
Der Versicherungsschutz erklärt	7
Leistungen der Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung	10
Medizinische Risikoprüfung	18
Bearbeitung von Leistungsansprüchen	20
Beitragszahlung	26
Verwaltung des Tarifs	27
Weitere Bestimmungen für Gruppentarif/ Gruppenversicherung	30
Datenschutz – Erfassung und Verwendung persönlicher Daten	33
Beschwerdeverfahren	34
Definitionen	35
Ausschlüsse	38
Referenztafel der Leistungen im unfallbedingten Invaliditätsfall	40

AWP Health & Life SA unterliegt der Aufsicht durch die French Prudential Supervisory Authority in 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, Frankreich.

AWP Health & Life SA, handelt durch ihre irische Niederlassung, ist eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht. Registriert in Frankreich unter der Nr: 401 154 679 RCS Bobigny. Irische Niederlassung ist eingetragen im irischen Handelsregister, Registernummer: 907619, Adresse: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland. Allianz Care und Allianz Partners sind eingetragene Firmen von AWP Health & Life SA.



# Überragender Service

Wir sind für Sie da und bieten Ihnen und Ihren Mitarbeitern den außergewöhnlichen Umfang an Versicherungsschutz, den Sie verdienen.

Auf den folgenden Seiten erklären wir Ihnen all unsere Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherungsleistungen und Services für Versicherte. Finden Sie heraus, wie Sie Ihren Mitarbeitern und deren Angehörigen finanzielle Vorsorge und Sicherheit bieten können.

## Sprechen Sie mit uns, wir helfen Ihnen gerne weiter!

Unsere mehrsprachige Helpline ist 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche erreichbar, um Fragen zur Police Ihres Unternehmens zu beantworten oder Ihnen Mitarbeitern und deren Familien weiter zu helfen.



Helpline: +353 1 630 1302

Eine Liste unser aktuellen gebührenfreien Rufnummern finden Sie hier:

[www.allianzcare.com/de/pages/toll-free-numbers.html](http://www.allianzcare.com/de/pages/toll-free-numbers.html)



E-Mail: [client.services@allianzworldwidecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidecare.com)



Fax: +353 1 630 1306

### Wussten Sie schon...

dass die meisten unserer Versicherten der Meinung sind, dass ihre Anfragen schneller beantwortet werden, wenn sie uns anrufen?

# Allgemeine Versicherungsbedingungen

Dieses Handbuch stellt die Leistungen und Regelungen des Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherungstarifs Ihres Unternehmens dar.

In der Tariflichen Leistungszusage sind der (die) von Ihrem Unternehmen ausgewählte(n) Tarif(e) und die damit verbundenen Leistungen aufgeführt, die für Versicherte verfügbar sind. Zusätzlich werden die Leistungen mit speziellen Erstattungsbeträgen oder aufgeschobenen Wartezeiten angegeben. Es gilt die Währung, die in der Unternehmensvereinbarung angegeben ist.

Die verwendeten Bedingungen werden im Abschnitt „Definitionen“ auf Seite 35 erläutert. „Das Unternehmen“ oder „Ihr Unternehmen“ bezieht sich auf den Arbeitgeber, der in der Unternehmensvereinbarung angegeben ist.

Die Bedingungen des Versicherungsschutzes können von Zeit zu Zeit durch eine Vereinbarung zwischen Ihrem Unternehmen und Allianz Partners geändert werden.

# Der Versicherungsschutz erklärt

Die von Ihrem Unternehmen ausgewählten Tarife sind in der Tariflichen Leistungszusage aufgeführt. Sie listet die für die versicherten Personen verfügbaren Leistungen und dafür geltende Beschränkungen auf. Um zu erfahren, wie die Höchsterstattungsbeträge des Gruppentarifs angewandt werden, lesen Sie bitte den Abschnitt zu Höchsterstattungsbeträgen.

Die Leistungen unterliegen unseren Definitionen und Ausschlüssen (siehe Seite 35 bzw. 38).

## Was ist versichert?

Diese Versicherung bietet Ihren Mitarbeitern und deren Familienangehörigen finanziellen Schutz und Sicherheit für die in der Tariflichen Leistungszusage angegebenen Leistungen. Die folgenden Leistungen können von Ihrem Unternehmen ausgewählt worden sein:



Todesfallleistung  
bei Unfällen



Unfallbedingte  
Invaliditäts-  
versicherung



Dauerhafte  
Arbeitsunfähigkeits-  
versicherung



### Lebensversicherung

Folgende Optionen können  
hinzugefügt werden:



Kurzfristige  
Berufsunfähigkeits-  
versicherung



Langfristige  
Berufsunfähigkeits-  
versicherung



Befreiung von der  
Beitragszahlung des  
Rentenbeitrags

## Erstattungsbeträge

Es gibt drei verschiedene Arten von Erstattungsbeträgen in der Tariflichen Leistungszusage.

- Die **Versicherungsleistung** ist der maximale Betrag, den wir für jede Art von vom Unternehmen gewählten Versicherungsschutz bezahlen werden, wie in der Tariflichen Leistungszusage beschrieben. Diese Leistungen können monatlich (bei kurzfristiger und langfristiger Berufsunfähigkeitsversicherung) oder als Einmalzahlung (bei Lebens- und Unfalltodversicherung und bei der unfallbedingten Invaliditätsversicherung sowie der dauerhaften Arbeitsunfähigkeitsversicherung) geleistet werden. Für Versicherungsschutz der kurzfristigen und langfristigen Berufsunfähigkeitsversicherung gelten alle maximalen Beträge pro versichertem Mitarbeiter und pro Versicherungsjahr, sofern nicht anderweitig in der Tariflichen Leistungszusage angegeben.
- Der **kombinierte maximale Erstattungsbetrag** ist der maximale Betrag, den wir für eine Kombination der Leistungen der Lebens- und Unfalltodversicherung, der unfallbedingten Invaliditätsversicherung sowie der dauerhaften Arbeitsunfähigkeitsversicherung leisten. Wenn wir beispielsweise die Leistung für die unfallbedingte Invalidität zahlen, dann richtet sich der eventuell spätere Leistungsanspruch für die Lebensversicherung nach dem kombinierten maximalen Erstattungsbetrag.
- Der **maximale Erstattungsbetrag pro Einzelereignis** ist der maximale Erstattungsbetrag, den wir bezahlen, wenn mehrere Ereignisse infolge eines Unfalls oder einer Naturkatastrophe entstehen (Einzelereignis, das sich auf mehr als einen versicherten Mitarbeiter auswirkt).

## Wer hat Anspruch auf Versicherungsschutz?

Anspruchsberechtigte Mitarbeiter des Unternehmens, die:

- noch nicht die in der Unternehmensvereinbarung festgelegte Altersgrenze erreicht haben und
- fest angestellt sind. Mitarbeiter mit einem befristeten Arbeitsvertrag (länger als 6 Monate) können auch über eine Lebens-/Unfalltodversicherung, unfallbedingte Invaliditätsversicherung und dauerhafte Arbeitsunfähigkeitsversicherungen versichert werden. Zusätzliche Ausschlüsse zum Versicherungsschutz werden in der Unternehmensvereinbarung dargelegt.
- aktiv berufstätig und beim Unternehmen beschäftigt sind und
- nicht entgegen medizinischen Rat arbeiten.

Anspruchsberechtigte Mitarbeiter, die bei Inkrafttreten der Unternehmensvereinbarung oder des Versicherungsschutzes krankheitsbedingt nachweislich arbeits- oder berufsunfähig sind, sind nach Ablauf von einem Monat Beschäftigung anspruchsberechtigt (gemäß der Unternehmensvereinbarung).



Die Lebensversicherung kann auf die Angehörigen eines versicherten Mitarbeiters ausgedehnt werden, sofern der versicherte Mitarbeiter unter den Versicherungsschutz der Lebensversicherung gemäß der Unternehmensvereinbarung fällt, und die Unternehmensvereinbarung Angehörige zum Abschluss einer Lebensversicherung berechtigt.

Bitte beachten Sie, dass eine Risikoprüfung (siehe Seite 18) erforderlich ist, wenn die anspruchsberechtigte Person Versicherungsschutz beantragen möchte, die über den in der Tariflichen Leistungszusage angegebenen automatischen Annahmeregrenzen (AAG) liegt.

Wenn eine Risikoprüfung erforderlich ist, behalten wir uns das Recht vor, den Antrag auf Versicherungsschutz anzunehmen oder abzulehnen oder eine Beitragserhöhung oder einen Ausschluss zu erheben.

## Im Voraus genehmigte Beurlaubung

Wenn Sie für einen Mitarbeiter eine Beurlaubung (bis zu 6 Monaten) genehmigt haben, betrachten wir ihn als versicherungsfähig, es sei denn, der Urlaub steht im Zusammenhang mit einer Krankheit oder Verletzung, die den Mitarbeiter an der Ausübung der Arbeitspflichten hindert. Beispiele für im Voraus genehmigte Beurlaubung sind, unter anderem, Mutterschaft/Vaterschaft/Sabbatical/ Urlaub/ unbezahlter Urlaub. Sie zahlen den Versicherungsbeitrag für den Arbeitnehmer während der Dauer der genehmigten Beurlaubung weiter.

## Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Lebensversicherungsschutz endet, sobald die versicherte Person das 70. Lebensjahr erreicht. Sollte der Versicherungsschutz früher enden, ist das in der Unternehmensvereinbarung festgelegt. Versicherungsschutz für die Unfalltodversicherung, unfallbedingte Invaliditätsversicherung, dauerhafte Arbeitsunfähigkeitsversicherung, die kurz- und langfristige Berufsunfähigkeitsversicherung endet, wenn der Versicherte das Alter von 65 Jahren erreicht hat. Sollte der Versicherungsschutz früher enden, ist das in der Unternehmensvereinbarung festgelegt.

# Leistungen der Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung

**Angaben zu dem spezifischen, für Ihren Gruppentarif gültigen Versicherungsschutz entnehmen Sie bitte der Tariflichen Leistungszusage.**

## Todesfalleistung der Lebensversicherung

Die Lebensversicherung bietet im Todesfall eines Versicherten finanzielle Vorsorge und Sicherheit für die Begünstigten.

Die Leistung wird als Einmalzahlung gezahlt. Diese kann entweder einen festen Betrag darstellen oder wird, begrenzt auf einen vereinbarten Höchstbetrag, als Faktor des Bruttojahresgehalts des versicherten Mitarbeiters berechnet. Angaben zu den spezifischen, für Ihren Gruppentarif gültigen Leistungen entnehmen Sie bitte der Tariflichen Leistungszusage.

### **Leistung im Falle eines vorzeitigen Todesfalls**

Wenn uns die Diagnose einer unheilbaren Krankheit eines versicherten Mitarbeiters (nach Versicherungsbeginn) mitgeteilt wird, leisten wir eine Vorauszahlung der in der Tariflichen Leistungszusage angegebenen Lebensversicherungssumme an den versicherten Mitarbeiter.

Wenn ein Erstattungsantrag auf eine gesonderte Zahlung aus der Lebensversicherung auf den Erstattungsantrag für die Leistung folgt, reduzieren wir den bereits gezahlten Betrag der Leistung im Falle eines vorzeitigen Todesfalls der Leistung der Lebensversicherung.

Wenn ein versicherter Mitarbeiter noch länger als 12 Monate lebt, behalten wir uns das Recht vor, den Leistungsanspruch auf die Leistung im Falle eines vorzeitigen Todesfalls erneut zu bewerten. Wir können die von uns gezahlten Beträge zurückfordern, wenn wir der Meinung sind, dass der Mitarbeiter keinen Anspruch mehr auf diese Leistung hat.

Die Leistung im Falle eines vorzeitigen Todesfalls ist Teil der Lebensversicherung.

## Todesfalleistung bei Unfällen

Die Unfalltodversicherung leistet im Todesfall eines versicherten Mitarbeiters aufgrund eines Unfalls eine weitere Einmalzahlung für die Begünstigten des versicherten Mitarbeiters, sofern der Tod innerhalb von 365 Tagen nach dem Unfall eintritt.

Bitte beachten Sie, dass die Todesfallleistung bei Unfällen auf 100 % der in der Tariflichen Leistungszusage angegebenen Versicherungssumme beschränkt ist.

## Unfallbedingte Invalidität

Die unfallbedingte Invaliditätsversicherung leistet im Falle des Verlusts von Gliedmaßen oder deren Funktion durch einen Unfall eine Einmalzahlung an den versicherten Mitarbeiter, und wenn die Invalidität innerhalb von 365 Tagen nach dem Unfall eintritt. Nähere Angaben zum Umfang der Leistungen sind in der Referenztabelle der Versicherungsleistungen der unfallbedingten Invaliditätsversicherung auf Seite 40 zu finden.

Bitte beachten Sie, dass die Leistung bei unfallbedingten Invaliditätsfällen auf 100 % der in der Tariflichen Leistungszusage angegebenen Versicherungssumme beschränkt ist.



### Mehrere Verletzungen derselben Gliedmaßen

Wenn ein versicherter Mitarbeiter mehrere Verletzungen infolge desselben Unfalls oder durch aufeinander folgende Unfälle erleidet, werden wir jede Verletzung gesondert beurteilen. Die Gesamtsumme des Versicherungsbeitrags der für Verletzungen von Gliedmaßen gezahlten Leistungen darf jedoch den in der Referenztabelle der unfallbedingten Invaliditätsversicherung angegebenen maximalen Erstattungsbetrag (für den vollständigen Verlust einer Extremität) nicht übersteigen.



### In der Referenztabelle der Unfallbedingten Invaliditätsversicherung nicht aufgeführte Verletzungen

Wenn eine Verletzung nicht in der Referenztabelle der Leistungen im unfallbedingten Invaliditätsfall aufgeführt ist, beurteilen wir den Grad der Verletzung, indem wir sie mit den Verletzungen vergleichen, die in der Referenztabelle aufgeführt sind. Wir zahlen nicht weniger als den Betrag, der für ein vergleichbares Ereignis oder eine vergleichbare Verletzung aus dieser Referenztabelle zu zahlen ist.



### Erschwerende Umstände

Verschlechtert sich der Zustand eines versicherten Mitarbeiters aufgrund einer bestehenden Krankheit oder Verletzung, wird der Grad der Verletzung genauso beurteilt, als hätte sich der Unfall bei einem gesunden Menschen zugetragen.

## Leistungen der Unfalltod- und Invaliditätsversicherung

Wenn ein Erstattungsantrag auf eine gesonderte Zahlung der Todesfallleistung auf den Erstattungsantrag auf die Leistung der unfallbedingten Invaliditätsversicherung folgt, reduzieren wir den bereits gezahlten Betrag der Summe der unfallbedingten Invaliditätsversicherung.

Folgt auf eine Zahlung der Unfalltod- oder unfallbedingten Invaliditätsversicherung ein separater Erstattungsanspruch der Lebensversicherung, reduzieren wir die Lebensversicherungsleistung um den Betrag, der bereits als Unfalltod-/unfallbedingte Invaliditätsversicherungsleistung gezahlt wurde.

## Leistungen bei dauerhafter Arbeitsunfähigkeit

Die Leistung bei dauerhafter Arbeitsunfähigkeit besteht aus zwei verschiedenen Komponenten: **Der dauerhaften und vollständigen Arbeitsunfähigkeit und der dauerhaften und teilweisen Arbeitsunfähigkeit.**

Die Leistung beider Arten von Versicherungsschutz wird als Einmalzahlung gezahlt. Diese Einmalzahlung kann einen festen Betrag darstellen oder einen Faktor des Bruttojahresgehalts des versicherten Mitarbeiters. Beide Leistungen unterliegen einem vereinbarten Höchstbetrag. Angaben zu den spezifischen Leistungen für Ihren Gruppentarif entnehmen Sie bitte der Tariflichen Leistungszusage.

### **Leistungen bei dauerhafter und vollständiger Arbeitsunfähigkeit**

Die dauerhafte und vollständige Arbeitsunfähigkeitsversicherung bietet finanzielle Sicherheit für versicherte Mitarbeiter, die aufgrund eines Unfalls oder einer Krankheit dauerhaft und vollständig arbeitsunfähig werden.

Diese Leistung wird in den folgenden Fällen gezahlt:

- der versicherte Mitarbeiter kann den materiellen und wesentlichen Pflichten seiner eigenen Arbeit und den Aufgaben eines geeigneten Berufs (aufgrund von Ausbildung, Fähigkeiten und Erfahrung) nicht mehr nachkommen und
- die dauerhafte und vollständige Arbeitsunfähigkeit ist irreversibel und
- der versicherte Mitarbeiter hat einen Einkommensverlust erlitten.
- Wir bewerten den Grad der dauerhaften Arbeitsunfähigkeit mit mehr als 66,67 %.

Das Unternehmen kann Versicherungsschutz für Leistungen bei dauerhafter und vollständiger Arbeitsunfähigkeit ohne dauerhafte und teilweise Arbeitsunfähigkeit auswählen.

Der Versicherungsschutz für Leistungen bei dauerhafter und vollständiger Arbeitsunfähigkeit endet für einen Versicherten, nachdem eine Zahlung für dauerhafte und vollständige Arbeitsunfähigkeit geleistet worden ist.

### **Leistungen bei dauerhafter und teilweiser Arbeitsunfähigkeit**

Die Versicherungsschutz für dauerhafte und teilweise Arbeitsunfähigkeit bietet finanzielle Sicherheit für versicherte Mitarbeiter, die aufgrund eines Unfalls oder einer Krankheit dauerhaft und teilweise arbeitsunfähig werden.

Diese Leistung wird in den folgenden Fällen gezahlt:

- der versicherte Mitarbeiter kann den wesentlichen Pflichten seiner eigenen Arbeit und den Aufgaben eines geeigneten Berufs (aufgrund von Ausbildung, Fähigkeiten und Erfahrung) nicht mehr nachkommen und
- die dauerhafte und teilweise Arbeitsunfähigkeit ist irreversibel und
- der versicherte Mitarbeiter hat einen Einkommensverlust erlitten.
- Wir bewerten den Grad der dauerhaften Arbeitsunfähigkeit mit mehr als 33,33%.

Wenn ein Erstattungsantrag auf eine Leistung der dauerhaften und vollständigen Arbeitsunfähigkeit auf eine Zahlung der Leistung der dauerhaften und teilweisen Arbeitsunfähigkeit folgt, reduzieren wir den bereits gezahlten Betrag der Zahlung für die dauerhafte und teilweise Arbeitsunfähigkeit.

Folgt auf eine Leistungszahlung der dauerhaften Arbeitsunfähigkeitsversicherung ein Leistungsantrag der Todesfallleistung der Lebensversicherung, so wird die Einmalzahlung der Lebensversicherung um die bereits gezahlte Leistung der dauerhaften Arbeitsunfähigkeitsversicherung reduziert.

Die Versicherungsleistung der dauerhaften und teilweisen Arbeitsunfähigkeitsversicherung kann nur in Verbindung mit der Versicherungsleistung der dauerhaften und vollständigen Arbeitsunfähigkeitsversicherung abgeschlossen werden.

### **Wie wird die Einmalzahlung der dauerhaften Arbeitsunfähigkeitsversicherung berechnet?**

Die dauerhafte Arbeitsunfähigkeit des versicherten Mitarbeiters wird auf Basis folgender Kriterien bewertet:

- funktionale oder körperliche Arbeitsunfähigkeit und
- Berufsunfähigkeit.

### **Grad der dauerhaften Arbeitsunfähigkeit von unter 33,33 %**

Bei einer Arbeitsunfähigkeit von unter 33,33 % werden keine Leistungen gezahlt.

### **Grad der dauerhaften Arbeitsunfähigkeit von 33,33 % bis 66,67 % (vollständige und teilweise Arbeitsunfähigkeit)**

Wenn der Grad der Arbeitsunfähigkeit zwischen 33,33 % und 66,67 % liegt, wird der Leistungsbetrag durch Multiplikation des Prozentsatzes der Arbeitsunfähigkeit mit der Versicherungssumme berechnet.

## **Grad der dauerhaften Arbeitsunfähigkeit übersteigt 66,67 % (vollständige und teilweise Arbeitsunfähigkeit)**

Wenn der Grad der Arbeitsunfähigkeit 66,67 % übersteigt, dann wird die Arbeitsunfähigkeit als dauerhaft und vollständig angesehen. In diesem Fall werden wir 100% der Versicherungssumme bezahlen.

Die Leistung der dauerhaften Arbeitsunfähigkeitsversicherung (vollständig oder teilweise) darf nicht mehr als 100 % der in der Tariflichen Leistungszusage angegebenen Versicherungssumme betragen. Sobald die Leistung der dauerhaften und vollständigen Arbeitsunfähigkeitsversicherung ausbezahlt wurde, bestehen keine weiteren Erstattungsansprüche einer teilweisen oder vollständigen Arbeitsunfähigkeitsversicherung.

Wenn die dauerhafte Arbeitsunfähigkeitsversicherung zusammen mit der kurzfristigen Berufsunfähigkeitsversicherung gewählt wird, werden die Leistungszahlungen der dauerhaften Arbeitsunfähigkeitsversicherung erst beginnen, nachdem die Leistungszahlungen der kurzfristigen Berufsunfähigkeitsversicherung ausgeschöpft sind.

Wenn der Grad der Arbeitsunfähigkeit 33,33 % übersteigt, berechnen wir die Leistung gemäß der Referenztafel zur unfallbedingten Invaliditätsversicherung (auf Seite 40), wenn die dauerhafte Arbeitsunfähigkeit mit einem der folgenden Zustände zusammenhängt:

- Invalidität
- Lähmung
- Gelenkversteifung
- Amputation

## **Kurzfristige Berufsunfähigkeitsleistung**

Die kurzfristige Berufsunfähigkeitsversicherung bietet finanzielle Sicherheit für versicherte Mitarbeiter, die aufgrund eines Unfalls oder einer Krankheit ihren materiellen und wesentlichen beruflichen Pflichten nicht mehr nachkommen können. Nach einer Wartezeit wird diese Leistung rückwirkend für einen Zeitraum von maximal 24 Monaten gezahlt. In der Tariflichen Leistungszusage ist die Dauer der Wartezeit angegeben.

## **Langfristige Berufsunfähigkeitsversicherung**

Die langfristige Berufsunfähigkeitsversicherung bietet finanzielle Sicherheit für versicherte Mitarbeiter, die:

1. ihren materiellen und wesentlichen Pflichten ihres Berufs nicht mehr nachkommen können und
2. keinen anderen Beruf (hinsichtlich Ausbildung, Qualifikationen und Erfahrung) ausüben können.

Die Leistung wird monatlich im Nachhinein gezahlt, beginnend 24 Monate nach dem Unfall oder dem Ausbruch der Krankheit (kann aber einer Wartezeit unterliegen) oder wenn die kurzfristige Berufsunfähigkeitsversicherung endet (falls gewählt). Der Versicherungsschutz endet, sobald der Mitarbeiter das 65. Lebensjahr erreicht. Sollte der Versicherungsschutz früher enden, ist das in der Unternehmensvereinbarung festgelegt.

## Wie werden die Leistungen der kurzfristigen und langfristigen Berufsunfähigkeitsversicherung berechnet?

Die Leistungszahlungen der kurzfristigen/langfristigen Berufsunfähigkeitsversicherung erfolgen monatlich und entsprechen einem Prozentsatz des Bruttojahresgehalts des versicherten Mitarbeiters am Tag des Unfalls oder der Krankheit bis zum Höchsterstattungsbetrag pro Monat.

Alternativ können die Leistungszahlungen auch einen festen monatlichen Betrag darstellen, wie in der Tariflichen Leistungszusage dargestellt. Wenn der versicherte Mitarbeiter eine weitere Einkommensquelle hat, kürzen wir die Leistung um diesen Betrag.

Sofern mit uns vereinbart, kann die Leistung der langfristigen Berufsunfähigkeitsversicherung für das Versicherungsjahr um die im Anhang zur Unternehmensvereinbarung festgelegten Angleichung an die Lebenshaltungskosten erhöht werden und unterliegt den Bestimmungen der Unternehmensvereinbarung.

Die erste und letzte Zahlung werden auf anteiliger Basis berechnet.

## Rückkehr an den Arbeitsplatz auf Teilzeitbasis

Wenn ein versicherter Mitarbeiter, der Leistungen bei einer kurzfristigen oder langfristigen Berufsunfähigkeit beantragt, von einem Arzt für arbeitsfähig erklärt wird (und wir mit der Entscheidung einverstanden sind), aber nicht sofort in einen Vollzeitjob zurückkehren kann, ist es möglich, in Teilzeit zu arbeiten und bis zu 3 Monate lang eine Teilleistung zu erhalten. Jeder Antrag auf Teilzahlung für einen Zeitraum von über 3 Monaten wird an unsere/n Medical Director weitergeleitet.

Dadurch können versicherte Mitarbeiter stufenweise wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren. Die Teilzahlung trägt bis zu einem gewissen Grad zum Ausgleich des Einkommensverlustes bei, bis die Versicherten gemäß ihrem Arbeitsvertrag wieder auf Vollzeitbasis an ihren Arbeitsplatz zurückkehren.

## Leistungen der kurz- und langfristigen Berufsunfähigkeitsversicherung können in Anspruch genommen werden, wenn:

- der versicherte Mitarbeiter während der gesamten Wartezeit, die in der Tariflichen Leistungszusage für die entsprechende Leistung angegeben ist, arbeitsunfähig (aber bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit aktiv berufstätig) war, und

- die Versicherungspolice in Kraft war und der Antragsteller zum Zeitpunkt, als der Anspruch auf die Leistung aufgrund einer Berufsunfähigkeit berechtigt war, versicherter Mitarbeiter war, und
- das erste Datum der Berufsunfähigkeit eingetreten ist, bevor der versicherte Mitarbeiter die Altersgrenze für den Versicherungsschutz erreichte, und
- der versicherte Mitarbeiter in regelmäßiger Behandlung war und die Ratschläge eines zugelassenen Arztes befolgt, und
- der versicherte Mitarbeiter keiner anderen Erwerbstätigkeit nachgeht.

Bitte beachten Sie, dass der Verlust der Berufslizenz kein im Rahmen dieser Leitungen entstandenes Risiko darstellt.

## Leistungszahlungen enden frühestens bei folgenden Ereignissen:

- der in der Tariflichen Leistungszusage angegebene maximale Leistungszeitraum ist erreicht
- der versicherte Mitarbeiter erreicht die in der Unternehmensvereinbarung festgelegte Altersgrenze
- wenn der versicherte Mitarbeiter verstirbt
- wenn der versicherte Mitarbeiter in seinem Beruf wieder mit Arbeiten beginnt (gemäß seinem Arbeitsvertrag) und es sich um eine kurzfristige Berufsunfähigkeit handelte
- der versicherter Mitarbeiter aufgrund natürlicher Genesung, eines operativen Eingriffs oder einer medizinischen Behandlung wieder einer Erwerbstätigkeit nachgehen kann

Leistungszahlungen können nicht länger als einen Monat zurückdatiert werden.

## Rückfall

Durch eine Rückkehr an den Arbeitsplatz wird die Zahlung der Leistungen vorübergehend ausgesetzt. Bei Eintritt eines Rückfalls wird die Zahlung ohne Wartezeit auf der gleichen Basis wie vorher wieder aufgenommen. Sie wird ohne Wartezeit fortgesetzt, jedoch nur für den noch nicht abgelaufenen Teil des in der Tariflichen Leistungszusage angegebenen maximalen Leistungszeitraums. Die Zahlung wird fortgesetzt, sofern die Rückkehr an den Arbeitsplatz mindestens 60 Tage dauert und die Ursache der neuen Berufsunfähigkeit ein Wiederauftreten des gleichen Umstands ist, auf den die frühere Arbeitsunterbrechung zurückzuführen war.

## Befreiung von der Beitragszahlung des Rentenbeitrags

Mit dieser Leistung wird der Rentenbeitrag des Arbeitgebers (oder die gewählte Leistung, falls diese niedriger ist) als Prozentsatz des Jahresgehalts des Mitarbeiters gezahlt, wenn der Mitarbeiter die Voraussetzungen für eine kurzfristige oder langfristige Berufsunfähigkeitsversicherung erfüllt. Die Zahlung an den Arbeitgeber erfolgt zusammen mit den monatlichen Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit.



Die Zahlung endet, sobald eines der folgenden Ereignisse eintritt:

- der versicherte Mitarbeiter erreicht die in der Unternehmensvereinbarung angegebene Altersgrenze
- der versicherte Mitarbeiter verstirbt
- der versicherte Mitarbeiter kehrt an den Arbeitsplatz zurück
- der versicherte Mitarbeiter scheidet aus dem Unternehmen aus
- der versicherte Mitarbeiter ist nicht mehr Mitglied der betrieblichen Altersversorgung
- die Leistung bei Arbeitsunfähigkeit endet

Die aktuelle Mitgliedschaft in der Rentenversicherung des Unternehmens muss bei Antragstellung nachgewiesen werden die Mitgliedschaft in der Rentenversicherung muss vor dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit des versicherten Mitarbeiters liegen.

Leistungsvoraussetzungen:

- Nach einer Wartezeit wird diese Leistung monatlich im Nachhinein gezahlt.
- Die jeweils gültige Wartezeit ist in der Tariflichen Leistungszusage angegeben.
- Dies gilt nicht für Mitarbeiterbeiträge oder zusätzliche freiwillige Beiträge.
- Für die medizinische Risikoprüfung wird dieser Versicherungsschutz zu den Grundleistungen hinzugerechnet, um die zu versichernde Gesamtleistung zu ermitteln.

# Medizinische Risikoprüfung

## Was ist eine medizinische Risikoprüfung?

Medizinische Risikoprüfung ist die Beurteilung des Versicherungsrisikos auf der Grundlage der Informationen, die Versicherte uns bei Antrag auf den Versicherungsschutz des Versicherten bereitstellen.

Zweck der medizinischen Risikoprüfung ist es, die Vorerkrankung(en) des Versicherten zu beurteilen:

1. um festzustellen, ob wir bereit sind, den vollständigen beantragten Leistungsbetrag zu sicherzustellen und
2. um über die Bedingungen unseres Angebots zu entscheiden.

## Wer unterliegt einer medizinischen Risikoprüfung?

Die Unternehmensversicherung versichert alle Leistungen für anspruchsberechtigte Versicherte (oder Versicherungssummen) bis zu einem vorher festgelegten Schwellenwert, der als automatische Annahmegrenze (AAG) bezeichnet wird.

Übersteigt der Leistungsumfang eines Versicherten im Rahmen des Versicherungsschutzes (z. B. Lebensversicherungen für Unternehmen und/oder Berufsunfähigkeitsversicherung) die entsprechende AAG des Unternehmens, muss sich der Versicherte einer medizinischen Risikoprüfung unterziehen. Verfügt die Unternehmensversicherung nicht über eine AAG, unterliegt die volle Versicherungssumme einer medizinischen Risikoprüfung.

Wenn eine freiwillige Versicherung ausgewählt wird, unterliegt auch diese Versicherungssumme der medizinischen Risikoprüfung, sofern in der Unternehmensvereinbarung nichts anderes festgelegt ist.

Erhöht sich die Versicherungssumme des Versicherten während der Laufzeit des Versicherungsvertrags, kann ebenfalls eine medizinische Risikoprüfung erforderlich sein.

Wenn eine medizinische Risikoprüfung notwendig ist, müssen die Versicherten alle Vorerkrankungen angeben. Die Nichtoffenlegung von Vorerkrankungen kann dazu führen, dass ein künftiger Erstattungsanspruch abgelehnt wird.

## Was passiert, wenn die medizinische Risikoprüfung nicht abgeschlossen wird?

- a) Wird das ausgefüllte Antragsformular nicht innerhalb von 30 Tagen nach Ausstellung des Antrags eingereicht, beschränkt sich die Leistung des Versicherten auf die entsprechende AAG der Gruppenversicherung des Unternehmens. Wenn für die Versicherung des Unternehmens keine AAG besteht und wir das ausgefüllte Antragsformular nicht innerhalb von 30 Tagen nach Ausstellung des Antrags erhalten, gehen wir davon aus, dass der Versicherte/das Unternehmen diesen Antrag auf Versicherungsschutz nicht mehr weiterverfolgen möchte.
- b) Legt der Versicherte die angeforderten Nachweise nach der Prüfung des Antragsformulars nicht innerhalb der vorgeschriebenen Frist vor, wird die Leistung auf die entsprechende AAG beschränkt. Besteht für die Versicherung des Unternehmens keine AAG und legt der Versicherte die geforderten Nachweise nach der Prüfung des Antragsformulars nicht innerhalb der vorgeschriebenen Frist vor, gehen wir davon aus, dass der Versicherte/das Unternehmen diesen Antrag auf Versicherungsschutz nicht mehr weiterverfolgen möchte.

**Sperre für eine zukünftige Risikoprüfung:** Wenn ein versicherter Mitarbeiter medizinisch geprüft und zu den Standardbedingungen versichert wurde, gewähren wir, die Leistungen für alle Versicherungsfälle in einem Kalenderjahr um 20 % zu erhöhen, ohne dass eine weitere medizinische Prüfung erforderlich ist. Während der Laufzeit des Versicherungsvertrags des Mitarbeiters ist der Höchstbetrag für eine zukünftige Risikoprüfung auf €250.000 für die Lebensversicherung oder vollständige Arbeitsunfähigkeitsversicherung, und auf €20.000 für die langfristige oder kurzfristige Berufsunfähigkeitsversicherung begrenzt, sofern in der Unternehmensvereinbarung nichts anderes festgelegt ist. Eine zukünftige Risikoprüfung gilt nicht für Versicherte, die zu Nicht-Standardbedingungen versichert wurden, oder die mit einem Zuschlag und/oder Ausschlüssen angenommen wurden. Sobald die Höchstgrenze erreicht ist oder der Versicherte keinen Anspruch hat, unterliegt jede Erhöhung der Versicherungssumme einer medizinischen Risikoprüfung. Eine zukünftige Risikoprüfung ist für freiwillige Anträge nicht möglich.

# Bearbeitung von Leistungsansprüchen

In Bezug auf Leistungen aus der Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung ist Folgendes zu beachten:

- a) Sofern nichts anderes angegeben ist, liegt es in der Verantwortung des Unternehmens, uns **innerhalb von sechs Monaten** nach dem Ereignis, das einem Leistungsanspruch zugrunde liegt, zu informieren und alle Nachweise und Belegdokumente vorzulegen. Wenn uns das Unternehmen nicht innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des Ereignisses informiert, sind wir nicht zur Zahlung von Leistungen verpflichtet. Dies gilt unabhängig davon, ob das Unternehmen zum Zeitpunkt des Ereignisses Kenntnis von dem Ereignis hatte oder sich darüber bewusst war, ob der Unfall einen Anspruch innerhalb dieser sechs Monate begründen würde oder könnte.
- b) Sofern nichts anderes angegeben ist, hat Allianz Partners keine Rechte oder Pflichten in Bezug auf Versicherungsfälle, die nach dem Enddatum des Versicherungsschutzes eintreten.
- c) Es liegt in der Verantwortung des Unternehmens, Originaldokumente (z. B. Rechnungen) aufzubewahren, von welchen Kopien an uns versandt wurden, da wir uns das Recht vorbehalten, diese bis zu 12 Monate nach der Bearbeitung eines Erstattungsantrags zur Aufdeckung von Betrug anzufordern. Zusätzlich empfehlen wir dem Unternehmen, Kopien der gesamten Korrespondenz mit uns aufzubewahren. Wir übernehmen keine Haftung für Korrespondenz, die auf dem Postweg oder anderweitig außerhalb unseres Verantwortungsbereichs verloren geht.
- d) Erstattungsfähige Kosten werden in der Währung erstattet, die in der Unternehmensvereinbarung festgelegt ist.
- e) Das Unternehmen muss uns bei der Beschaffung aller Informationen unterstützen, die zur Regelung eines Leistungsanspruchs erforderlich sind. Wir sind berechtigt, zur Prüfung der Leistungspflicht in direkten Kontakt mit medizinischen Dienstleistern oder behandelnden Ärzten zu treten. Falls wir es für notwendig erachten, können wir auf unsere Kosten eine medizinische Untersuchung durch unseren medizinischen Berater verlangen. Alle Informationen werden streng vertraulich behandelt. Wir behalten uns vor, die Leistungen zu verweigern, falls das Unternehmen diese Obliegenheiten verletzt.
- f) Wir behalten uns das Recht vor, den Leistungsbetrag zu reduzieren, wenn das Bruttojahresgehalt des versicherten Mitarbeiters innerhalb von drei Monaten vor Einreichen eines Erstattungsantrags erhöht wird, und die Erhöhung:

- nicht im Rahmen der jährlichen Gehaltsüberprüfung erfolgt oder
- nicht als notwendige oder angemessene Gehaltserhöhung gerechtfertigt ist oder
- dazu geführt hat, dass die Versicherungssumme des versicherten Mitarbeiters die automatische Annahmegränze übersteigt und dieser Umstand nicht von uns beurteilt oder akzeptiert wurde

In diesen Fällen ist der Leistungsbetrag der Betrag, der vor der Gehaltserhöhung galt.

g) Das Unternehmen ist für die Zahlung aller Beiträge und Beträge, die berechtigten Begünstigten und versicherten Personen im Rahmen dieses Gruppentarifs zustehen, verantwortlich. Das Unternehmen ist auch verantwortlich für die Zahlung von Steuern im Zusammenhang mit diesen Leistungen. Wir sind nicht dafür verantwortlich, Steuern von solchen Zahlungen einzubehalten, noch sind wir dafür verantwortlich, Steuererklärungen einzureichen, die mit diesen Leistungen verbunden sind. Nach Eingang des Leistungsbetrags beim Unternehmen erlischt unsere Verpflichtung gegenüber dem Unternehmen und den versicherten Personen und/oder Begünstigten.

## Informationen zur Leistungserstattung

Um Leistungen in Anspruch nehmen zu können, muss das Unternehmen sicherstellen, dass folgende Unterlagen bei uns eingereicht werden:

	Lebens- versicherung	Vorzeitiger Todesfall	Unfalltod- versicherung	Unfallbedingte Invaliditäts- versicherung
Die Gehaltsabrechnung der versicherten Mitarbeiter der letzten 3 Monate vor dem Ereignis	☑	☑	☑	☑
Das Original oder eine beglaubigte* Kopie eines gültigen Ausweises der versicherten Person (z. B. aktueller Pass, Führerschein oder Ausweis)	☑	☑	☑	☑
Ausgefülltes Leistungsantragsformular der Lebens- und Unfalltodversicherung	☑	☒	☑	☒
Beglaubigte* Kopie der Sterbeurkunde	☑	☒	☑	☒
Ausgefülltes Leistungsantragsformular für die Leistung im Falle eines vorzeitigen Todesfalls	☒	☑	☒	☒
Ausgefüllte ärztliche Bescheinigung einer unheilbaren Krankheit	☒	☑	☒	☒
Polizei- oder Unfallbericht (im Falle eines Unfalls)	☑	☑	☑	☑
Ausgefülltes Leistungsantragsformular für die Leistung der unfallbedingten Invaliditätsversicherung	☒	☒	☒	☑

Ausgefüllte ärztliche Bescheinigung für die unfallbedingte Invalidität	✗	✗	✗	✓
Sonstige Dokumente, die zur Erwägung des Leistungsanspruchs möglicherweise notwendig sind	✓	✓	✓	✓

	Kurzfristige Berufsunfähigkeitsversicherung	Langfristige Berufsunfähigkeitsversicherung	Dauerhafte Arbeitsunfähigkeitsversicherung
Die Gehaltsabrechnung der versicherten Person der letzten 3 Monate, seit der versicherte Mitarbeiter nicht mehr zur Arbeit erschien	✓	✓	✓
Das Original oder eine beglaubigte* Kopie eines gültigen Ausweises des versicherten Mitarbeiters (z. B. aktueller Pass, Führerschein oder Ausweis)	✓	✓	✓
Ausgefülltes Leistungsantragsformular für die Leistung der Berufsunfähigkeitsversicherung	✓	✓	✓
Ausgefüllte Arbeitgeberbescheinigung der Berufsunfähigkeit	✓	✓	✓
Kurze Beschreibung der Berufstätigkeit des versicherten Mitarbeiters	✓	✓	✓
Ausgefüllte ärztliche Berufsunfähigkeitsbescheinigung	✓	✓	✓
Polizei- oder Unfallbericht (im Falle eines Unfalls)	✓	✓	✓
Sonstige Dokumente, die zur Erwägung des Leistungsanspruchs möglicherweise notwendig sind	✓	✓	✓

\* Beglaubigte Dokumente werden nur akzeptiert, wenn die Beglaubigung von einer der folgenden Institutionen durchgeführt wird: Polizeibeamte, Gerichtsbedienstete, Notare, Rechtsanwälte, Mitarbeiter bei Botschaft und Konsulat, Eidesbeamte.

Die Person, die die Beglaubigung vornimmt, sollte das Dokument mit ihrem offiziellen Stempel unterzeichnen, datieren und stempeln. Neben der Beglaubigung müssen die von uns verlangten Dokumente auch legalisiert oder beurkundet werden. Auf Anfrage müssen uns die Beglaubigung, Legalisierung oder Beurkundung der Dokumente zur Verfügung gestellt werden.

## Wann werden Leistungen der Lebens- und Unfalltodversicherung sowie der unfallbedingten Invaliditätsversicherung gezahlt?

Im Todesfall oder bei Eintreten des Unfalltods oder der unfallbedingten Invalidität des versicherten Mitarbeiters muss uns das Unternehmen schriftlich innerhalb von sechs Monaten informieren. Das Unternehmen muss uns alle erforderlichen Dokumente, die in der Tabelle oben angegeben wurden, zur Verfügung stellen.

Leistungen werden gezahlt, sobald wir den Anspruch als gültig anerkennen. Berechtigte Zahlungen in Bezug auf versicherte Leistungen der Lebens- und Unfalltodversicherung werden direkt an das Unternehmen gezahlt.

## Wann wird die Leistung im Falle eines vorzeitigen Todesfalls gezahlt?

Wenn bei einem versicherten Mitarbeiter eine unheilbare Krankheit diagnostiziert wird, muss das Unternehmen uns so schnell wie möglich schriftlich informieren. Das Unternehmen muss uns alle erforderlichen Dokumente, die in der Tabelle oben angegeben wurden, zur Verfügung stellen.

Leistungen werden gezahlt, wenn wir den Anspruch als gültig akzeptieren. Die Leistung im Falle eines vorzeitigen Todesfalls darf den in der Tariflichen Leistungszusage angegebenen maximalen Erstattungsbetrag nicht übersteigen. Bei widersprüchlichen medizinischen Befunden oder Meinungen entscheidet unser/e Medical Director, ob es sich um eine unheilbare Krankheit handelt.

Wenn der versicherte Mitarbeiter länger als 12 Monate lebt, können wir seinen Leistungsanspruch erneut prüfen und gezahlte Beträge zurückfordern, wenn wir der Meinung sind, dass er nicht mehr anspruchsberechtigt ist.

## Wann wird die Leistung der kurzfristigen Berufsunfähigkeitsversicherung gezahlt?

Das Unternehmen muss uns sofort schriftlich benachrichtigen, wenn ein versicherter Mitarbeiter aus den folgenden Gründen krankheitsbedingt ausfällt, was immer kürzer ist, d. h.:

- Der Zeitraum ist länger als die Wartezeit, die in der Tariflichen Leistungszusage genannt wird.
- Mehr als 30 Tage.

Das Unternehmen muss uns ein ausgefülltes Leistungsantragsformular für die Leistung der Berufsunfähigkeitsversicherung und die Arbeitgeberbescheinigung für die Berufsunfähigkeitsversicherung mit allen auf Seite 21 genannten Dokumenten zusenden. Wir zahlen die Leistungen, sobald wir den Anspruch als gültig anerkennen.

## Wann wird die Leistung der langfristigen Berufsunfähigkeitsversicherung gezahlt?

Das Unternehmen muss uns sofort schriftlich benachrichtigen, wenn sich der Zustand eines versicherten Mitarbeiters von einer kurzfristigen Berufsunfähigkeit zu einer langfristigen Berufsunfähigkeit ändert. Das Unternehmen muss uns ein ausgefülltes Leistungsantragsformular für die Leistung der Berufsunfähigkeitsversicherung mit allen oben genannten Dokumenten zusenden.

Wir zahlen die Leistungen, sobald wir den Anspruch als gültig anerkennen.

## Wann wird die Leistung der dauerhafte Arbeitsunfähigkeitsversicherung gezahlt?

Das Unternehmen muss uns innerhalb von sechs Monaten schriftlich informieren, wenn ein versicherter Mitarbeiter dauerhaft arbeitsunfähig ist. Das Unternehmen muss uns ein ausgefülltes Leistungsantragsformular für die Leistung der Berufsunfähigkeitsversicherung mit allen Dokumenten zusenden, die in der oben genannten angegeben sind. Die Prüfung von Anträgen erfolgt in der Regel nach 12 Monaten, in einigen Fällen kann die Prüfung jedoch je nach den individuellen Umständen bis zu 24 Monate dauern.

Wir zahlen die Leistungen, sobald wir den Anspruch als gültig anerkennen.

## Beurteilung der Gültigkeit von Leistungsansprüchen

Zur Beurteilung der Berechtigung von Leistungsansprüchen muss sich der versicherte Mitarbeiter auf Anfrage und auf unsere Kosten einer medizinischen Untersuchung durch einen von uns bestimmten medizinischen Sachverständigen unterziehen.

Sobald wir den Anspruch als gültig anerkennen, zahlen wir die aus diesem Versicherungsvertrag geschuldeten Leistungen in der Währung aus, die in der Unternehmensvereinbarung angegeben ist.

Die Zahlung von Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung unterliegt der Begutachtung des ernannten medizinischen Sachverständigen und unserer Genehmigung. Wenn das Unternehmen oder der versicherte Mitarbeiter die Begutachtung des von uns ernannten medizinischen Sachverständigen bestreitet, kann das Unternehmen oder der versicherte Mitarbeiter auf eigene Kosten ein Gutachten eines anderen medizinischen Sachverständigen seiner Wahl vorlegen, sofern aus diesem Gutachten der strittige Sachverhalt eindeutig hervorgeht.

In diesem Fall können wir den versicherten Mitarbeiter auffordern, sich auf unsere Kosten einer abschließenden medizinischen Untersuchung durch einen weiteren medizinischen Sachverständigen zu unterziehen. Das Gutachten dieses medizinischen Sachverständigen, das auf der Grundlage früherer ärztlicher Berichte erstellt wird, ist endgültig.

Wir können alle versicherten Mitarbeiter, die Leistungen im Rahmen dieses Versicherungsvertrags erhalten, bitten, bei Bedarf ärztliche Untersuchungen vorzunehmen. Wenn sich versicherte Mitarbeiter nicht innerhalb von einem Monat nach dem Datum der Aufforderung dieser medizinischen Untersuchung unterziehen, können wir die Zahlung der Leistung bis zum Eingang des medizinischen Befunds hinauszögern oder einstellen. Die Zahlung der Leistung wird dann mit Rückzahlung, auf einen Monat beschränkt, gestartet oder wieder aufgenommen.



## Aussetzung des Anspruchs auf Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung

Aus den folgenden Gründen kann es zu einer Aussetzung des Anspruchs auf Leistungen kommen:

- Wenn der versicherte Mitarbeiter es ablehnt, an einem angemessenen Behandlungsprogramm oder rehabilitativem Programm teilzunehmen oder
- Wenn der versicherte Mitarbeiter sich weigert, angemessene Angebote zu veränderten Aufgabengebieten im Rahmen des Rehabilitationsprogramms des Unternehmens anzunehmen.
- Wenn der versicherte Mitarbeiter sich im Rahmen einer Umschulung für eine angemessene Berufstätigkeit zu qualifizieren, nachdem es offensichtlich wird, dass der Mitarbeiter nicht in der Lage sein wird, der gewohnten Berufstätigkeit während des in der Unternehmensvereinbarung festgelegten Leistungszeitraums wieder aufzunehmen
- Wenn der versicherte Mitarbeiter nach den uns vorliegenden Unterlagen (falls vorhanden) wieder in Lage ist seiner Arbeit nachzugehen.

# Beitragszahlung

Versicherungsbeiträge sind normalerweise im Voraus, in der Vertragswährung und gemäß den Bestimmungen und Bedingungen der Unternehmensvereinbarung zu zahlen. Bitte beachten Sie auch, dass das Unternehmen zur Zahlung der Versicherungssteuer oder von anderen in Bezug auf die Gruppenversicherung u.U. zu zahlenden staatlichen Abgaben verpflichtet ist. Allianz Partners verlangt, dass der Versicherungsbeitrag und Steuern in voller Höhe vom Unternehmen gezahlt werden.

Versicherungsbeitragssteuersätze oder andere anfallenden Gebühren und Abgaben können sich während der Laufzeit der Unternehmensvereinbarung ändern. Das Unternehmen muss dann für eventuell geänderte Gebühren aufkommen. Beiträge, auf die das Unternehmen oder Allianz Partners basierend auf Neuanmeldungen oder Versicherungsablauf einen Anspruch hat, sind anteilig an Allianz Partners zu zahlen bzw. dem Unternehmen anteilig zu erstatten.

Wird der Versicherungsbeitrag nicht innerhalb des vereinbarten Zeitraums gezahlt, kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden.

# Verwaltung des Tarifs

## Abtretung von Versicherungsverträgen

Diese Police (oder Teile davon) kann nicht als Sicherheit gegen eine Gruppen- oder individuelle Treuhandgesellschaft, ein Pfandrecht oder gegen Gebühren abgetreten werden oder gewährt werden. Das bedeutet, dass Sie keine Rechte aus dieser Gruppenversicherung auf ein Finanzinstitut übertragen können (das bedeutet z. B., dass versicherte Mitarbeiter die Lebensversicherung dieser Gruppenversicherung nicht nutzen können, um ein Hypothekendarlehen bei einer Bank zu erhalten).

## Anmeldung von anspruchsberechtigten Personen

Das Unternehmen sollte eine schriftliche Liste der anspruchsberechtigten Personen und anspruchsberechtigten Angehörigen (falls zutreffend) für die Anmeldung vor Beginn der Unternehmensvereinbarung gemäß deren Bestimmungen zur Verfügung stellen.

## Mitversichern von Familienangehörigen

Versicherte Mitarbeiter können die Mitversicherung von Angehörigen für Lebensversicherungsschutz beantragen (unterliegt einer medizinischen Risikoprüfung), sofern sie gemäß der Unternehmensvereinbarung dazu berechtigt sind.

## Änderungen

Über Ergänzungen, Änderungen oder Streichungen von Personen oder Angehörigen muss das Unternehmen uns innerhalb von vier Wochen, nachdem die betreffende Person ihren Anspruch erworben/verloren hat oder nachdem die betreffende Änderung eingetreten ist, schriftlich informieren. Danach behalten wir uns das Recht vor die betreffende anspruchsberechtigte Person zu versichern, den Vertrag der versicherten Person aufzuheben oder die gewünschte Änderung ab dem Datum der schriftlichen Mitteilung vorzunehmen.

Wenn uns das Unternehmen innerhalb eines Zeitraums vier Wochen aus irgendeinem Grund nicht über Änderungen oder Streichungen informiert, bleibt das Unternehmen zur Zahlung des Versicherungsbeitrags verpflichtet, bis diese schriftliche Mitteilung erfolgt.

Änderungen und Streichungen können nicht rückdatiert werden, nachdem Leistungsanträge bereits bearbeitet wurden. Darüber hinaus ist es auch nicht möglich, das Datum des Inkrafttretens für anspruchsberechtigte Personen zur Aufnahme von Ansprüchen oder anspruchsberechtigten Versicherungsfällen, die bereits stattgefunden haben, rückzudatieren.

## Änderung des Aufenthaltslandes

Das Unternehmen muss uns unbedingt informieren, wenn eine versicherte Person ihren Wohnsitz von einem Land in ein anderes verlegt, da sich dies auf den Versicherungsbeitrag auswirken kann, selbst wenn die versicherte Person innerhalb ihres jetzigen geografischen Geltungsbereichs der Versicherung umzieht.

Versicherungsschutz in manchen Ländern unterliegt lokalen Gesetzgebungen für Versicherungen, insbesondere für Personen, die dort Ihren Wohnsitz haben. Es obliegt dem Versicherten, das Unternehmen zu informieren und sich zu vergewissern, dass seine Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung den gesetzlichen Anforderungen entspricht. Wir würden daher empfehlen, sich von einer unabhängigen Partei rechtlich beraten zu lassen, da wir dem Versicherten möglicherweise keinen Versicherungsschutz mehr gewähren können.

## Änderung der Kontaktdaten

Das Unternehmen muss uns schriftlich sobald wie möglich über die Änderung der Wohn- oder Geschäftsadresse oder der E-Mail-Adresse informieren.

## Korrespondenz

Schriftliche Korrespondenz ist per E-Mail oder per Post (frankiert) an uns zu senden. In der Regel senden wir Originaldokumente nur zurück, wenn wir ausdrücklich darum gebeten werden.

## Verlängerung der Versicherung

Vor der Gruppenvertragsverlängerung legen wir dem Unternehmen eine Versichertenliste vor. Daraufhin prüft das Unternehmen die Liste, markiert alle Ergänzungen, Änderungen oder Streichungen und bestätigt, dass die Liste die Gruppenversicherten genau widerspiegelt. Wenn uns das Unternehmen vor dem Verlängerungsdatum nicht über Änderungen der Gruppenversicherten informiert, behalten wir uns das Recht vor, die Gruppenversicherung mit den zuletzt verfügbaren Versichertendaten zu verlängern.

Wenn Sie das vereinfachte Verwaltungsmodell nutzen, finden Sie alle Einzelheiten zum Verlängerungsprozess in Ihrer Unternehmensvereinbarung.

## Beendigung der Versicherung

Das Unternehmen kann uns schriftlich die Beendigung der Versicherung eines Versicherten mitteilen. In folgenden Fällen endet der Versicherungsschutz automatisch:

- am Ende des Versicherungsjahrs, wenn die Unternehmensvereinbarung gekündigt wird.
- wenn das Unternehmen die Versicherung eines Versicherten kündigt oder nicht verlängert. Wenn das Unternehmen die Beiträge nicht bezahlt oder andere nach der Unternehmensvereinbarung mit uns fällige Zahlungen nicht leistet
- wenn ein versicherter Mitarbeiter gemäß den in der Unternehmensvereinbarung festgelegten Bedingungen keinen Anspruch mehr auf Versicherungsschutz hat
- wenn ein Versicherter die in der Unternehmensvereinbarung festgelegte Altersgrenze erreicht
- im Todesfall einer versicherten Person

Wir können die Mitgliedschaft einer versicherten Person beenden, wenn glaubhafte Beweise dafür vorliegen, dass die betreffende Person uns irreführt hat oder versucht hat, uns irrezuführen, d. h. uns falsche Informationen gegeben, uns einschlägige Informationen vorenthalten oder mit Dritten zusammengearbeitet hat, damit diese uns falsche Informationen geben, entweder absichtlich oder fahrlässig. Das kann einen Einfluss auf folgende Entscheidungen haben:

- ob die betreffende Person in die Gruppenversicherung aufgenommen wird
- welche Versicherungsbeiträge vom Unternehmen zu zahlen sind
- ob ein Versicherungsanspruch besteht.

# Weitere Bestimmungen für Gruppentarif/ Gruppenversicherung

**Geltendes Recht:** Die Gruppenversicherung unterliegt dem anwendbaren Recht und den Gerichten des Landes, die in der Unternehmensvereinbarung festgelegt sind, sofern nicht anderweitig aufgrund zwingender gesetzlicher Vorschriften erforderlich. Sämtliche Streitfälle, die nicht auf andere Weise beigelegt werden können, werden vor ein Gericht gebracht, wie in der Unternehmensvereinbarung beschrieben.

**Wirtschaftssanktionen:** Der (Rück-) Versicherer leistet keinen Schutz und ist nicht verpflichtet, Ansprüche oder Leistungen im Rahmen dieses Produkts zu zahlen, sofern die Bereitstellung eines solchen Schutzes, die Zahlung eines solchen Anspruchs oder die Bereitstellung einer solchen Leistung dem (Rück-) Versicherer jeglichen Sanktionen, Verboten oder Einschränkungen im Rahmen der Resolutionen der Vereinten Nationen oder der Handels- und Wirtschaftssanktionen, Gesetzen oder Verordnungen der Europäischen Union, des Vereinigten Königreichs oder der USA aussetzt.

**Beträge, die wir leisten:** Wir haften gegenüber dem Unternehmen mit den in der Tariflichen Leistungszusage und etwaigen Policennachträgen genannten Beträgen. Der Gesamterstattungsbetrag aus diesem Versicherungsvertrag, aus einer gesetzlichen Krankenversicherung und anderen Versicherungen wird auf keinen Fall den Betrag in der Tariflichen Leistungszusage übersteigen.

**Wenn Versicherungsschutz durch jemand anderen bereitgestellt wird:** Wir können einen Erstattungsantrag ablehnen, wenn versicherte Mitarbeiter Erstattungsansprüche bei den folgenden Parteien haben:

- einem öffentlichen System oder einer gesetzlichen Krankenversicherung
- einer anderen Krankenversicherung
- anderen Dritten

Sollte dies der Fall sein, müssen sie uns über das Unternehmen darüber informieren und uns alle notwendigen Informationen mitteilen.

Der Unternehmen und/oder ein versicherter Mitarbeiter oder einer seiner Begünstigten (sofern verschiedene Mitarbeiter) und Dritte dürfen ohne unser vorheriges schriftliches Einverständnis weder Ausgaben vereinbaren noch auf unser Recht auf Rückforderung von Auslagen verzichten. In diesem Fall sind wir dazu berechtigt, die von uns gezahlten Beiträge von dem versicherten Mitarbeiter oder dessen Begünstigten (falls diese unterschiedlich sind) zurückzufordern und den Vertrag zu kündigen.

Wir haben auch das Recht, jeden Betrag, den wir für eine Forderung gezahlt haben, von einem Dritten zurückzufordern, wenn die Kosten von diesem Dritten fällig wären oder geleistet wurden. Zu diesem Zweck können wir im Namen eines versicherten Mitarbeiters oder eines Begünstigten (falls diese unterschiedlich sind) auf unsere Kosten ein Gerichtsverfahren einleiten. Dies nennt man Rechtsnachfolge.

**Umstände außerhalb unserer Kontrolle (höhere Gewalt):** Wir versuchen immer unser Bestes für Sie zu tun. Wir haften jedoch nicht für Verzögerungen oder Fehler in unseren Verpflichtungen Ihnen gegenüber, die durch Dinge verursacht werden, die außerhalb unserer angemessenen Kontrolle liegen. Beispiele sind extreme Wetterbedingungen, Überflutungen, Erdbeben, Erdbeben, Stürme, Blitzschlag, Feuer, Bergsenkungen, Epidemien, terroristische Gewalttaten, Ausbruch militärischer Kampfhandlungen (egal, ob ein Krieg erklärt wurde oder nicht), Aufstände, Explosionen, Streiks oder sonstige Arbeitsunruhen, zivile Unruhen, Sabotage, Enteignung durch Regierungsstellen.

**Schlichtungsverfahren:** Allianz Partners und das Unternehmen haben vereinbart, das in der Unternehmensvereinbarung beschriebene Verfahren zur Beilegung von Streitigkeiten anzuwenden, wenn im Zusammenhang mit dem Gruppentarif Streitigkeiten auftreten, einschließlich Differenzen in Bezug auf Folgendes:

- Medizinisches Gutachten zu den Folgen eines Unfalls/einer Krankheit oder
- Ein Ereignis, das zu einem Erstattungsanspruch führen könnte oder
- Eine Erkrankung, die sich aus oder im Zusammenhang mit diesem Gruppentarif ergibt.

**Kündigung und Betrug:** In den folgenden Fällen zahlen wir keine Leistungen für Erstattungsansprüche und behalten uns das Recht vor, den Versicherungsschutz einer versicherten Person zu kündigen:

- Wenn der Erstattungsantrag falsch, betrügerisch oder absichtlich übertrieben ist.
- Wenn sich das Unternehmen, die versicherte Person oder einer ihrer Begünstigten (oder eine Person, die im Namen der versicherten Person handelt) betrügerischer Mittel bedient, um Leistungen aus diesem Gruppentarif in Anspruch zu nehmen.

Sämtliche Erstattungen, die vor Bekanntwerden der betrügerischen Handlung oder der Nichtoffenlegung erfolgten, sind mit sofortiger Wirkung an uns zurückzuzahlen.

**Schadensminderung:** Während eines Arbeits- bzw. Berufsunfähigkeitszeitraums muss ein versicherter Mitarbeiter angemessene Anstrengungen unternehmen, um:

- seine Genesung zu fördern, z. B. die Teilnahme an einem zumutbaren und üblichen Behandlungsprogramm oder Rehabilitationsmaßnahmen oder die Annahme eines vertretbaren Angebots von geänderten Aufgaben vonseiten des Unternehmens.
- sich im Rahmen einer Umschulung für eine angemessene Berufstätigkeit, nachdem offensichtlich wird, dass der Mitarbeiter nicht in der Lage sein wird, seine reguläre Berufstätigkeit während des in der Unternehmensvereinbarung festgelegten Leistungszeitraums wieder aufzunehmen.

- seine reguläre Berufstätigkeit während des Leistungszeitraums wieder aufzunehmen oder eine geeignete Beschäftigung zu erhalten.
- ein anderes Einkommen zu erhalten.

Die Definition für ein angemessenes und übliches Behandlungsprogramm lautet:

- wird von einem Arzt: durchgeführt und verordnet und
- ist von der Art und Häufigkeit, die in der Regel für den jeweiligen Gesundheitszustand notwendig sind,
- unserer Meinung nach erforderlich




# Datenschutz – Erfassung und Verwendung persönlicher Daten

Unser Datenschutzhinweis erklärt, wie wir Ihre Privatsphäre schützen und wie die persönlichen Daten Ihrer Mitarbeiter verwendet werden. Sie sollten diese Information lesen, bevor Sie Ihre persönlichen Daten an uns übermitteln. Unseren Datenschutzhinweis finden Sie unter:

 [www.allianzcare.com/de/datenschutz.html](http://www.allianzcare.com/de/datenschutz.html)

Alternativ können Sie uns auch anrufen und eine Kopie anfragen.


 +353 1 630 1302

Falls Sie Fragen dazu haben, wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden, schreiben Sie uns eine E-Mail:

 [AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com)

# Beschwerdeverfahren

Wenn die versicherte Person oder das Unternehmen Anregungen oder Beschwerden haben, rufen diese bitte immer zuerst die Helpline von Allianz Partners an. Wenn wir das Problem nicht am Telefon lösen können, schreiben Sie uns bitte eine E-Mail oder einen Brief:

 +353 1 630 1302

 [client.services@allianzworldwidecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidecare.com)

 Customer Advocacy Team,  
Allianz Partners,  
15 Joyce Way,  
Park West Business Campus,  
Nangor Road,  
Dublin 12, Irland

Wir werden Ihre Beschwerde nach unserem internen Beschwerdemanagement-Prozess handhaben. Weitere Einzelheiten finden Sie hier:

 [www.allianzcare.com/de/beschwerdeverfahren.html](http://www.allianzcare.com/de/beschwerdeverfahren.html)

Sie können sich außerdem an unsere Helpline wenden, die Ihnen gerne eine Kopie unseres Prozesses zukommen lässt.

# Definitionen

Die folgenden Definitionen beziehen sich auf sämtliche Leistungen, die in den Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherungstarifen für das Unternehmen enthalten sein können, sowie auf andere häufig verwendete Begriffe. Die versicherten Leistungen sind in der Tariflichen Leistungszusage aufgelistet. Wo immer die nachstehenden Begriffe und Ausdrücke in diesem Handbuch oder der Tariflichen Leistungszusage verwendet werden, haben sie die im Folgenden definierte Bedeutung:

## A

**Aktiv berufstätig** bedeutet, dass der versicherte Mitarbeiter:

- arbeitet und
- allen Pflichten seiner eigenen Berufstätigkeit nachgeht und
- nicht entgegen medizinischen Rat arbeitet.

**Altersgrenze** ist das in der Unternehmensvereinbarung angegebene Höchstalter. Nach Erreichen dieser endet der Versicherungsschutz.

**Angehörig(r)** ist bzw. sind der Ehe- oder Lebenspartner und Kinder eines versicherten Mitarbeiters, die bis zu dem Tag vor ihrem 18. Geburtstag finanziell vom versicherten Mitarbeiter abhängig sind, oder bis zum Tag vor ihrem 24. Geburtstag, wenn sie sich in einer Vollzeitausbildung befinden und auf dem Gruppentarif als (Mit-) Versicherte aufgeführt sind.

Eine **angemessene Beschäftigung** ist eine Beschäftigung, die für den versicherten Mitarbeiter aufgrund seiner Ausbildung, Fähigkeiten und Erfahrung geeignet ist.

**Angleichung der Lebenshaltungskosten** ist die vereinbarte (im Anhang zur Unternehmensvereinbarung festgelegte) prozentuale Erhöhung der bei Ansprüchen im Zusammenhang mit langfristiger Berufsunfähigkeit zu zahlenden Leistungen für das Versicherungsjahr, vorbehaltlich der in der Tariflichen Leistungszusage angegebenen maximalen Erstattungsbeträge und den Bestimmungen und Bedingungen der Unternehmensvereinbarung.

**Anspruchsberechtigte Personen** sind Mitarbeiter des Unternehmens (gemäß Definition in der Unternehmensvereinbarung), die:

- a) noch nicht die in der Unternehmensvereinbarung festgelegte Altersgrenze erreicht haben
- b) fest angestellt sind. Mitarbeiter mit einem befristeten Arbeitsvertrag (länger als 6 Monate) können auch über eine Lebens-/Unfalltodversicherung, unfallbedingte Invaliditätsversicherung und dauerhafte Arbeitsunfähigkeitsversicherung versichert werden. Zusätzliche Ausschlüsse zum Versicherungsschutz werden in der Unternehmensvereinbarung dargelegt.
- c) aktiv berufstätig und beim Unternehmen beschäftigt sind und
- d) nicht entgegen medizinischen Rat arbeitet.

Anspruchsberechtigte Mitarbeiter, die bei Inkrafttreten der Unternehmensvereinbarung oder des Versicherungsschutzes krankheitsbedingt nachweislich arbeits- oder berufs-unfähig sind, sind nach Ablauf von einem Monat Beschäftigung anspruchsberechtigt (gemäß der Unternehmensvereinbarung).

**Arzt** ist eine Person, die als praktizierender Arzt gemäß dem Recht des Landes zugelassen ist, in dem die Behandlung erfolgt und in dem er gemäß seiner Zulassung praktiziert.

Die **automatische Annahmegränze (AAG)** ist ein vordefinierter Grenzwert für die maximal mögliche Versicherungssumme pro anspruchsberechtigter Person, ohne dass eine medizinische Risikoprüfung notwendig ist. Die automatische Annahmegränze ist in der Unternehmensvereinbarung festgelegt und kann jedes Jahr geändert werden. Das Unternehmen wird schriftlich über etwaige Änderungen der automatischen Annahmegränze informiert.

# B

Das **Bruttojahresgehalt** ist das Jahresgehalt vor Lohnsteuerabzug. Es enthält vertraglich vereinbarte Bonuszahlungen und erworbene Provisionsansprüche. Andere Leistungen des versicherten Mitarbeiters wie Firmenfahrzeug, Wohnung, Überstundenvergütung oder Ermessensboni sind darin jedoch nicht enthalten. Bei Erhalt eines Wochensatzes wird dieser Satz mit 52 zur Berechnung des Bruttojahresgehalts multipliziert. Bei Erhalt eines Tagessatzes wird dieser Satz zuerst mit 5 zur Berechnung eines Wochensatzes und anschließend mit 52 zur Berechnung des Bruttojahresgehalts multipliziert.

# D

Das **Datum des Inkrafttretens** bezieht sich auf das in der Unternehmensvereinbarung angegebene Startdatum des Versicherungsjahrs.

Das **Datum des Inkrafttretens des Versicherungsschutzes** ist das Datum, an dem der Versicherungsschutz gemäß des Gruppentarifs für die versicherte Person beginnt.

# E

**Eigene Berufstätigkeit** ist die Vollzeitbeschäftigung des versicherten Mitarbeiters bei Eintritt des Todesfalls (bei der Lebensversicherung oder Unfalltodversicherung) oder Invaliditätsfalls (bei der unfallbedingten Invaliditätsversicherung) oder bei einem ärztlichen Attest (bei der kurzfristigen Berufsunfähigkeitsversicherungen).

Ein **Einzelereignis** beschreibt einen Unfall oder eine Naturkatastrophe mit einer Dauer von höchstens 72 Stunden. Wenn die Unruhen bei einer Naturkatastrophe mehr als 72 aufeinanderfolgende Stunden anhalten, sind mehrere Ereignisse mit einer Dauer von jeweils höchstens 72 Stunden zu berücksichtigen. Der Höchsterstattungsbetrag eines Einzelereignisses wird in der Tariflichen Leistungszusage genannt.

Anmerkungen:

- Bei einem Tornado, Hurrikan, Zyklon oder Sturm müssen sich die Leistungsansprüche auf ein Einzelereignis beziehen, wenn sie im Zusammenhang mit der gleichen atmosphärischen Störung stehen.
- Bei einem Erdbeben, einem Vulkanausbruch oder einer Flutwelle müssen sich die Leistungsansprüche auf ein Einzelereignis beziehen, wenn das Epizentrum eindeutig und ihm gemeinsam ist.

Das **Enddatum** bezieht sich auf das in der Unternehmensvereinbarung angegebene Enddatum des Versicherungsjahrs.

# F

**Freiwilliger Versicherungsschutz:** wenn die versicherte Person eine Zusatzversicherung beantragt, die über den Standardversicherungsschutz im Rahmen des Gruppentarifs hinausgeht.

# M

**Materielle und wesentliche Pflichten** sind Pflichten, die normalerweise für die Ausübung eines Berufes erforderlich sind und die nicht in angemessener Weise verändert oder weggelassen werden können.

# S

**Sonstiges Einkommen** schließt Folgendes ein:

- Berufsunfähigkeitsleistungen, die ein versicherter Mitarbeiter berechtigterweise von Behörden, einer anderen Versicherungsgesellschaft oder seinem Arbeitgeber erhält.
- Einkommen aus einer beruflichen Tätigkeit

# U

**Unfall** ist ein plötzliches, unerwartetes Ereignis, das eine Verletzung verursacht und aufgrund von außen auf die versicherte Person einwirkenden Ursachen auftritt. Ursache und Symptome einer unfallbedingten Verletzung müssen medizinisch und objektiv definierbar sein, eine Diagnose ermöglichen und eine Behandlung.

Eine **unheilbare Krankheiten** wird definiert als eine fortgeschrittene oder rasch fortschreitende, unheilbare Erkrankung, bei der nach Meinung eines behandelnden Arztes und unseres Medical Director die Lebenserwartung des versicherten Mitarbeiters nicht mehr als 12 Monate beträgt.

**Unternehmen** ist der Arbeitgeber, dessen Name in der Unternehmensvereinbarung genannt ist.

Die **Unternehmensvereinbarung** ist der Vertrag zwischen dem Unternehmen und uns, der die Grundlage für die Versicherung der anspruchsberechtigten Personen ist. Die Vereinbarung regelt, wer versicherbar ist, wann der Versicherungsschutz beginnt, wie er erneuert wird und wie die Beiträge bezahlt werden.

# V

**Versicherte Personen** sind versicherte Mitarbeiter und deren Angehörige, die uns vom Unternehmen genannt wurden und für die das Unternehmen den entsprechenden Versicherungsbeitrag gezahlt hat.

**Versicherter Mitarbeiter** ist eine uns vom Unternehmen namentlich mitgeteilte Person, die gemäß der Unternehmensvereinbarung unter den Versicherungsschutz fällt und für die das Unternehmen den entsprechenden Versicherungsbeitrag gezahlt hat.

Das **Versicherungsjahr** ist der Zeitraum vom Start- bis zum Enddatum (diese Daten inklusive), wie in der Unternehmensvereinbarung angegeben.

**Versicherungssumme** ist der Höchstbetrag, der gemäß der Unternehmensvereinbarung in einem Versicherungsfall gezahlt wird. Genaue Angaben zur Versicherungssumme sind in der Tariflichen Leistungszusage zu finden.

**Vorerkrankungen** sind Krankheiten oder Gesundheitszustände, für die im Laufe des Lebens der versicherten Person oder ein oder mehrere Symptome aufgetreten sind. Dies gilt unabhängig davon, ob die versicherte Person eine medizinische Behandlung oder einen ärztlichen Rat erhalten hat. Eine solche Vorerkrankung besteht, wenn wir davon ausgehen, dass die versicherte Person davon Kenntnis hatte.

Wir werden Erkrankungen, die zwischen dem Datum, an dem die versicherte Person das Antragsformular ausgefüllt haben, und den folgenden Daten auftreten, als Vorerkrankungen betrachten:

- Das Datum, an dem wir den risikogeprüften Versicherungsschein einreichen oder
- Das Datum, an dem wir die versicherte Leistung des Vertrags im Rahmen der Gruppenversicherung hinzufügen

Daher ist es notwendig, dass das Unternehmen und/oder die versicherte Person uns im oben genannten Zeitraum über jegliche Änderung des Gesundheitszustandes des Versicherten oder über jegliche wesentliche Fakten informieren (Fakten, die unsere Bewertung und Annahme dieses Antrags beeinflussen). Darüber hinaus muss die versicherte Person auf Anfrage weitere Informationen bereitstellen.

Alle Vorerkrankungen und/oder wesentliche Fakten werden einer vollständigen medizinischen Risikoprüfung unterzogen, um unser Angebot an Annahmebedingungen für den beantragten Versicherungsschutz zu ermitteln, das über die automatische Annahmegränze hinausgeht. Sie werden schriftlich über ein Angebot von nicht-Standardbedingungen informiert.

Hinweis: Die Nichtangabe von Vorerkrankungen und/oder wesentlichen Fakten kann dazu führen, dass künftige Ansprüche ungültig werden und die versicherten Leistungen nichtig sind.

# W

## **Wartezeit (für Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit)**

ist ein Zeitraum, der ab dem ersten Tag der unfall- oder krankheitsbedingten nachgewiesenen Berufs-/Arbeitsunfähigkeit beginnt und in dem die versicherte Person keinen Anspruch auf Leistungszahlungen hat. Die einer Wartezeit unterliegenden Leistungen sind in der Tariflichen Leistungszusage angegeben.

**Wir/uns/uns** bezeichnet Allianz Partners.

# Ausschlüsse

Leistungen werden nicht gezahlt, wenn die Erstattung auf einen der folgenden Umstände zurückzuführen ist:

## **ABSICHTLICH HERBEIGEFÜHRTE KRANKHEITEN UND SELBST VERURSACHTE VERLETZUNGEN**

Absichtlich herbeigeführte Krankheiten oder selbst verursachte Verletzungen, einschließlich eines Suizidversuchs, innerhalb eines Jahres ab Inkrafttreten der Versicherung. Dieser Ausschluss gilt nur für den freiwilligen Versicherungsschutz, bei dem sich der versicherte Mitarbeiter für eine Zusatzversicherung entscheidet, die über die im Rahmen des Gruppentarifs angebotene Versicherung hinausgeht.

## **CHEMISCHE VERUNREINIGUNG UND RADIOAKTIVITÄT**

Chemische oder biologische Verunreinigung, Radioaktivität oder Verunreinigung durch jegliches Nuklearmaterial, einschließlich der Verbrennung von Kernbrennstoffen.

## **DROGENMISSBRAUCH**

Alkohol, Lösungsmittel- oder Drogenmissbrauch. Drogenmissbrauch schließt hier außerdem den Missbrauch von verschriebenen, nicht verschriebenen, legalen oder illegalen Drogen mit ein.

## **FLÜGE IN EINEM FLUGZEUG**

Flüge in einem Luftfahrzeug, einschließlich Hubschraubern, sofern die versicherte Person kein Passagier ist und der Pilot keine rechtmäßige Lizenz hat oder Militärpilot ist und einen festen Flugplan eingereicht hat, sofern dies nach lokalen Vorschriften erforderlich ist.

## **PASSIVES KRIEGSRISIKO**

- Aufenthalt in einem Land, obwohl die britische Regierung ihren Bürgern (dies gilt unabhängig der Nationalität der Versicherten) empfohlen hat dieses zu verlassen und von einer Reise in dieses Land abrät, oder
- Reisen oder Aufenthalte, die länger als 28 Tage dauern, in einem Land oder Gebiet, bei dem die britische Regierung von allen nicht absolut notwendigen Reisen abrät.

Der Ausschluss „Passives Kriegsrisiko“ gilt unabhängig davon, ob ein Anspruch direkt oder indirekt als Folge eines Krieges (der erklärt wurde oder auch nicht erklärt wurde), Aufruhr, Unruhen, Terrorismus, kriminelle oder illegale Handlungen oder Maßnahmen gegen ausländische Feindseligkeiten entstanden ist.

#### **TEILNAHME AN EINEM KRIEG ODER ILLEGALEN AKTIVITÄTEN**

Aktive Beteiligung an Folgendem:

- **Krieg**
- **Aufruhr**
- **Zivile Unruhen**
- **Terrorismus**
- **Kriminelle Aktivitäten**
- **Rechtswidrige Handlungen**
- **Aktivitäten gegen ausländische Feindseligkeiten**

Hinweis: Möglicherweise gelten zusätzliche Ausschlüsse, wenn eine medizinische Risikoprüfung erforderlich ist.

# Referenztabelle der Leistungen im unfallbedingten Invaliditätsfall

Teilleistung	% der zu zahlenden Versicherungs- summe
--------------	--

## 1. Kopf

1,1	Irreversibler Verlust der Sehfähigkeit auf einem Auge	40%
1,2	Irreversibler Verlust der Hörfähigkeit auf einem Ohr	30%
1,3	Teilentfernung von Unterkieferknochen oder der Hälfte der Oberkieferknochen	40%
1,4	Verlust an Dicke der Knochenmasse im Schädel	
1.4.1	Fläche von 3cm <sup>2</sup> bis 5cm <sup>2</sup>	20%
1.4.2	Fläche von mehr als 5cm <sup>2</sup>	40%

## 2. Obere Gliedmaßen

		Links	Rechts
2,1	Verlust eines Arms oder einer Hand	50%	60%
2,2	Verlust eines Daumens	15%	20%
2,3	Teilverlust eines Daumens	5%	10%
2,4	Dauerhafter Verlust eines Knochens im Arm	40%	50%
2,5	Erheblicher Verlust der zwei Knochen des Unterarms	30%	40%
2,6	Lähmung		
2.6.1	Lähmung einer oberen Gliedmaße	55%	65%
2.6.2	Lähmung des Radialnervs (Speichennervs) im Unterarm	25%	30%
2.6.3	Lähmung des Achselnervs	15%	20%
2.6.4	Lähmung des Ellenervs	25%	30%
2.6.5	Lähmung des Radialnervs in der Hand	15%	20%
2.6.6	Lähmung des Mittelarmnervs	35%	45%
2.6.7	Lähmung des Radialnervs am Handgelenk	35%	40%



2,7 Gelenkversteifung			
2.7.1	Handgelenk in einer günstigen Position (gerade und Pronation)	15%	20%
2.7.2	Handgelenk in einer ungünstigen Position (Flexion, forcierte Extension oder Supination)	25%	30%
2.7.3	Ellbogen in einer günstigen Position (15 Grad um den rechten Winkel)	20%	25%
2.7.4	Ellbogen in einer ungünstigen Position	35%	40%
2.7.5	Schulter	30%	40%
2.7.6	Daumen	15%	20%
2,8 Amputation			
2.8.1	Verlust eines Zeigefingers	10%	15%
2.8.2	Verlust von zwei Gliedern des Zeigefingers	8%	10%
2.8.3	Verlust des unguial phalanx (Endglied) des Zeigefingers	3%	5%
2.8.4	Verlust eines anderen Fingers, nicht des Daumens, Zeige- oder Mittelfingers	3%	7%
2.8.5	Verlust eines Daumens und Zeigefingers	25%	35%
2.8.6	Verlust von vier Fingern, ausschließlich eines Daumens	35%	40%
2.8.7	Verlust von vier Fingern, einschließlich eines Daumens	40%	45%
2.8.8	Verlust von drei Fingern, ausschließlich eines Daumens und Zeigefingers	15%	20%
2.8.9	Verlust von zwei Fingern, ausschließlich eines Daumens und Zeigefingers	8%	12%
2.8.10	Verlust eines Daumens und Fingers, ausschließlich Zeigefinger	20%	25%
2.8.11	Verlust eines Mittelfingers	8%	10%

### 3. Untere Gliedmaßen

3,1	Verlust eines Fußes	45%
3,2	Teilverlust eines Fußes	35%
3,3	Verlust von Oberschenkelknochen oder beiden Beinknochen	60%
3,4	Beschädigung eines Kniegelenks mit starker Separation der Fragmente und erheblichen Bewegungsproblemen	40%
3,5	Beschädigung eines Kniegelenks mit Bewegungseinschränkung	20%

3,6 Verkürzung des Unterschenkels	
3.6.1 Über 3 cm	20%
3.6.2 Über 5cm	30%
3,7 Lähmung	
3.7.1 Unterschenkel	60%
3.7.2 Verlust der Funktion des Wadenbeinners (äußerer Ast des Ischiasnerv in der Kniekehle)	30%
3.7.3 Verlust der Funktion des Schienbeinners (innerer Ast des Ischiasnerv in der Kniekehle)	20%
3.7.4 Vollständige Lähmung beider Nerven in der Kniekehle	40%
3.7.5 Verlust aller Zehen	25%
3,8 Gelenkversteifung	
3.8.1 Hüfte	40%
3.8.2 Knie	20%
3.8.3 Großer Zeh	10%
<b>Volle Leistung</b>	<b>% der zu zahlenden Versicherungs- summe</b>

#### 4. Obere und untere Gliedmaßen

4,1 Verlust beider Hände oder beider Füße oder der Sehfähigkeit beider Augen	100%
4,2 Verlust beider Arme oder beider Beine	100%
4,3 Verlust beider Füße	100%
4,4 Verlust eines Arms und eines Beins	100%
4,5 Verlust eines Arms und eines Fußes	100%
4,6 Verlust einer Hand und eines Beins	100%
4,7 Verlust einer Hand und eines Fußes	100%
4,8 Amputation des Unterkiefers	100%
4,9 Irreversibler Verlust der Sprachfähigkeit durch Trauma	100%
4,10 Irreversibler Verlust der Hörfähigkeit auf beiden Ohren	100%

**Hinweis:** Wenn die Person laut Angabe des Versicherten im Leistungsantrag ein Linkshänder ist, gelten die für die rechten Extremitäten angegebenen Prozentsätze für links und umgekehrt. Bitte beachten Sie, dass die Leistung des Gesamtbetrags auf 100 % der in der Tariflichen Leistungszusage angegebenen Versicherungssumme beschränkt ist.

# Sprechen Sie mit uns, wir helfen Ihnen gerne weiter!

Bei Fragen können Sie sich jederzeit mit uns in Verbindung setzen.

## Helpline rund um die Uhr für allgemeine Fragen und Hilfe im Notfall

 Deutsch:	+ 353 1 630 1302
Englisch:	+ 353 1 630 1301
Französisch:	+ 353 1 630 1303
Spanisch:	+ 353 1 630 1304
Italienisch:	+ 353 1 630 1305
Portugiesisch:	+ 353 1 645 4040


Gebührenfreie Rufnummern: [www.allianzcare.com/de/pages/toll-free-numbers.html](http://www.allianzcare.com/de/pages/toll-free-numbers.html)

*Wenn Sie von Ihrem Mobiltelefon aus die gebührenfreien Nummern nicht wählen können, wählen Sie bitte eine der oben aufgeführten Helpline-Nummern.*






*Wir weisen Sie darauf hin, dass Helpline-Anrufe aufgezeichnet und zu Schulungs-, Qualitätssicherungs- und Regulierungszwecken überwacht werden. Bitte beachten Sie, dass nur der Versicherungsnehmer (oder eine autorisierte Person) oder der Gruppenversicherungsverantwortliche Änderungen am Versicherungsvertrag vornehmen kann. Anrufer werden Sicherheitsfragen gestellt, um deren Identität zu bestätigen.*

 E-Mail: [client.services@allianzworldwidecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidecare.com)

 Fax: + 353 1 630 1306

 Allianz Partners, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland.

 [www.allianzcare.com](http://www.allianzcare.com)

 [www.facebook.com/AllianzCare/](http://www.facebook.com/AllianzCare/)  
 [www.linkedin.com/company/allianz-care](http://www.linkedin.com/company/allianz-care)  
 [www.youtube.com/c/allianzcare](http://www.youtube.com/c/allianzcare)  
 [www.instagram.com/allianzcare/](http://www.instagram.com/allianzcare/)  
 [twitter.com/AllianzCare](http://twitter.com/AllianzCare)