

Die wichtigsten Fragen und Antworten zur neuen Gruppenunfallversicherung für Tarifmitarbeiter (GUV)

(Stand 26.11.2012)

1. Was ist durch die GUV versichert?

Versicherungsschutz wird geboten bei Unfällen und deckt die finanziellen Folgen von Unfällen ab, die Mitarbeitern während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen und die den Tod oder eine dauerhafte körperliche oder geistige Beeinträchtigung (Invalidität) zur Folge haben.

Der Mitarbeiter kann Leistungen aus der Unfallversicherung unmittelbar beim Versicherer geltend machen. Der Versicherer leistet direkt an den Mitarbeiter (Direktanspruch).

2. Was versteht man unter „Unfall“?

Ein Unfall liegt vor, wenn der Mitarbeiter durch ein Unfallereignis („ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis“) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch außergewöhnliche Kraftanstrengung (Belastung) Gliedmaßen oder Wirbelsäule verletzt oder geschädigt werden.

3. Wann bin ich bei der GUV gegen einen Unfall versichert?

In Ergänzung zur gesetzlichen Unfallversicherung (z.B. der Berufsgenossenschaft) bietet die private Unfallversicherung rund um die Uhr und weltweit Versicherungsschutz, also z.B. auch in der Freizeit bzw. an Wochenenden und während Ihres Urlaubs im Ausland.

4. Wann tritt die Versicherung ein?

Im Todesfall und bei Invalidität. Sie übernimmt außerdem einen Teil der Heilkosten, siehe unten.

5. Wie hoch sind die vereinbarten Versicherungssummen?

150.000,00 Euro bei Tod, 150.000,00 Euro bei Invalidität und 10.000,00 Euro für Heilkosten.

6. Wer ist Versicherer?

Die HDI Gerling Industrie Versicherung AG, Essen.

7. Benötige ich zusätzlich eine private Unfallversicherung?

Das ist Ihre persönliche Entscheidung. Wenn Sie z.B. höhere Versicherungssummen und/oder andere Bausteine (z.B. Unfallrente) wünschen, können Sie dies nur über eine zusätzliche private Unfallversicherung umsetzen.

8. Wenn ich die private Unfallversicherung behalten möchte, leisten dann beide?

Ja, sofern ein Leistungsanspruch besteht, treten beide Versicherungen grundsätzlich unabhängig voneinander ein. Inwieweit ein Leistungsanspruch bei Ihrer privaten Unfallversicherung gegeben ist, erfragen bitte bei Ihrer privaten Unfallversicherung.

9. Ersetzt die private Unfallversicherung meine private Berufsunfähigkeitsversicherung?

Nein, hierbei handelt es sich um zwei grundlegend verschiedene Versicherungen.

10. Was muss ich nach einem Unfall beachten?

Nach einem Unfall müssen Sie unverzüglich

- einen Arzt hinzuziehen und seine Anordnungen befolgen
- den Schaden innerhalb von 48 Stunden der **Abteilung Treasury-Insurance** (siehe unten) melden
- der Abteilung Treasury-Insurance eine Unfallschadensanzeige schicken per Mail an:
Insurance@lanxess.com
oder per Post an:
LXS-TR-INS, Geb. K 10, Leverkusen (siehe unten)

Im Todesfall beginnt die Meldefrist von 48 Stunden mit dem Zeitpunkt der Kenntnisnahme durch die Personalabteilung von LXS. Die Personalabteilung wird im Todesfall eine anschließende Meldung an die Abteilung Treasury vornehmen.

11. Was sind die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung und wann entsteht ein Anspruch auf eine Invaliditätsleistung?

Der Mitarbeiter ist durch den Unfall auf Dauer in seiner körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

Wichtig: Die Invalidität muss

- eingetreten,
- ärztlich festgestellt und
- gegenüber dem Versicherer gelten gemacht werden.

Die entsprechenden Fristen, die es unbedingt einzuhalten gilt, entnehmen Sie bitte der Antwort auf die nächste Frage.

Ein Anspruch auf eine Invaliditätsleistung aus der Unfallversicherung entsteht, wenn

- die Invalidität innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten ist und
- innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall beim Versicherer schriftlich geltend gemacht wird.

Werden diese Voraussetzungen nicht eingehalten, entsteht kein Anspruch auf eine Leistung!

12. Was sind die Grundlagen für die Berechnung der Invaliditätsleistung?

Die Höhe der Leistung ergibt sich aus der Versicherungssumme (siehe oben), dem von einem Arzt festgestellten Grad der unfallbedingten Invalidität sowie der sog. Gliedertaxe gemäß Unfallversicherung.

13. Was ist eine „Gliedertaxe“?

In der Gliedertaxe sind die Invaliditätsgrade der verschiedenen Körperteile aufgelistet. Je höher der festgestellte Invaliditätsgrad, desto höher ist die Versicherungsleistung.

Bei Verlust eines Körperteils wird der entsprechende Prozentsatz der vereinbarten Versicherungssumme ausgezahlt.

Beispiel:

Die Versicherungssumme liegt bei 150.000,00 Euro.

Der Mitarbeiter verliert als Folge eines Unfalls das Gehör auf einem Ohr. Laut Gliedertaxe liegt hier der Invaliditätsgrad bei 50 Prozent.

Die Unfallversicherung zahlt dem Mitarbeiter 75.000,00 Euro (50 % von 150.000,00 Euro).

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

14. Was ist eine Todesfalleistung?

Führt ein Unfall innerhalb eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet, zum Tod des Mitarbeiters, wird die vereinbarte Todesfallsumme zur finanziellen Absicherung an die Hinterbliebenen bzw. an die Bezugsberechtigten ausgezahlt.

15. Was sind Heilkosten und was sind die Voraussetzungen für die Leistung?

Heilkosten sind bis zur vereinbarten Höhe mitversichert, darunter fallen die nach dem Unfall notwendigen Kosten des Heilverfahrens, Kosten für künstliche Glieder (z.B. Prothesen), künstliche Zähne und weitere, nach dem ärztlichen Ermessen erforderliche Anschaffungen für die Behebung der Unfallfolgen.

Die Voraussetzungen für die Leistung sind:

- Der Mitarbeiter hat sich nach einem Unfall einer Heilbehandlung unterzogen.
- Die Kosten sind innerhalb der ersten zwei Jahre nach dem Unfall angefallen.
- Ein Dritter (z.B. die Krankenkasse) ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

16. Welche anderen Leistungsarten sind darüber hinaus mit abweichenden Versicherungssummen versichert?

- **Übergangsleistungen:** Dabei handelt es sich um kurzfristig fällige Auszahlungen, sofern nach drei bzw. sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet ohne Mitwirkung von Krankheiten die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit im beruflichen und/oder privaten Bereich zu 50 % bzw. 100 % eingeschränkt ist. Sie ist vom Mitarbeiter spätestens vier bzw. sieben Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes beim Versicherer geltend zu machen. Die Übergangsleistung wird auf eventuelle Invaliditätsleistungen angerechnet.
- **Sofortleistungen bei Schwerverletzungen:** Dabei handelt es sich um kurzfristig fällige Auszahlungen, sofern der Mitarbeiter nach einem Unfall eine im Versicherungsschein genannte besonders schwere Verletzung (z.B. Querschnittslähmung) erlitten hat. Die Verletzungsart und deren Schwere sind vom Mitarbeiter innerhalb von zwei Monaten nach dem Unfall durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht dem Versicherer nachzuweisen. Die Sofortleistung wird auf eventuelle Invaliditätsleistungen angerechnet.
- **Umbaukosten:** Dabei handelt es sich um kurzfristig fällige Auszahlungen, wenn nach einer Invalidität durch einen Umbau des Arbeitsplatzes die berufliche Tätigkeit wieder ganz oder teilweise aufgenommen werden kann. Voraussetzung für die Leistung ist, dass die Umbaukosten innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall angefallen sind und der Anspruch auf Umbaukosten ebenfalls innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall beim Versicherer geltend gemacht wird.
- **Bergungskosten:** Dabei handelt es sich z.B. um Kosten für die Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Voraussetzung für die Leistung ist, dass ein Dritter nicht zur Leistung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

- **Kosten für kosmetische Operationen**, wenn sich der Mitarbeiter nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen hat. Voraussetzung für die Leistung ist, dass die kosmetische Operation innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall erfolgt und ein Dritter nicht zur Leistung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

17. Welche Auswirkungen haben Krankheiten oder Gebrechen?

Der Unfallversicherer leistet nur für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung mitgewirkt, mindert sich

- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
- im Todesfall die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 45 %, unterbleibt jedoch die Minderung.

18. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Grundsätzlich erhält der Mitarbeiter keine Leistungen aus der Unfallversicherung bei

- Unfällen durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen.
- Unfällen, die dem Mitarbeiter dadurch zustoßen, dass er vorsätzlich eine Straftat ausgeführt oder versucht hat.
- Unfällen, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.
- Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

Grundsätzlich ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:

- Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen
- Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper
- Infektionen
- Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund
- krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden
- Bauch oder Unterleibsbrüche

19. Was passiert im Todesfall, wenn ich keinen Bezugsberechtigten benannt habe?

Dann sind im Todesfall automatisch die berechtigten Erben begünstigt (gesetzliche Erbfolge).

20. Kann ich mehrere Bezugsberechtigte benennen?

Die Anzahl ist nicht begrenzt. Sie können pro Bezugsberechtigten einen Prozentsatz oder Betrag der max. Versicherungssumme angeben. Machen Sie dies nicht, erfolgt eine gleichmäßige Verteilung auf die genannten Bezugsberechtigten.

21. An wen schicke ich das Formular zur Bezugsberechtigung?

per Post an:
Frau Ute Marby-Venner,
LANXESS HR-Services, Geb. W4, 51369 Leverkusen

22. Was passiert bei Pensionierung?

Der Versicherungsschutz läuft bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem der Mitarbeiter in den Ruhestand geht.

23. Was passiert bei Ausscheiden aus dem Unternehmen aus anderen Gründen?

Der Versicherungsschutz endet automatisch am letzten Tag der Firmenzugehörigkeit.

24. Was passiert bei Elternzeit?

Der Versicherungsschutz gilt uneingeschränkt fort, da das Dienstverhältnis nur unterbrochen, aber nicht aufgelöst wird.

25. Entsteht mit dem Abschluss der GUV steuerlich gesehen ein geldwerter Vorteil und muss ich diese Steuern übernehmen?

Ja, steuerlich entsteht durch den Abschluss der Versicherung durch LANXESS für den Mitarbeiter ein geldwerter Vorteil. Die dadurch anfallende Steuer wird jedoch vollständig von LANXESS übernommen, so dass Sie als Mitarbeiter keinen Cent selber bezahlen müssen.

26. Wer beantwortet Fragen zum Versicherungsschutz bei LXS?

LANXESS Versicherungsabteilung (TR-INS)
insurance@lanxess.com
Tel.: 0214-30-38230

Bei allgemeinen Fragen wenden Sie sich bitte an Ihre Personalbetreuung.

Diese Darstellung stellt nur eine zusammenfassende und unverbindliche Übersicht der Versicherungsbedingungen und deren Inhalte dar. Verbindlich gelten allein die jeweilige Police und die Bedingungen des Versicherers.