



*LEISTUNGSKATALOG FÜR  
UNFÄLLE*



### Tabelle der Leistungen

- 1.1 Rückerstattung der Gesundheitskosten nach einem Arbeits- und Freizeitunfall Versicherungssumme Euro **1.000**
- 2.1 Pauschale nach einem Arbeitsunfall mit stationärem Aufenthalt zwischen 16 und 29 Tagen Versicherungssumme Euro **1.500**
- 2.2 Pauschale nach einem Arbeitsunfall mit stationärem Aufenthalt über 30 Tage oder mehr Versicherungssumme **2.000**.
- 2.3 Pauschale für Dauerinvalidität infolge eines Arbeitsunfalls Versicherungssumme **5.000**
- 2.4 Rückerstattung von Pflegekosten bei Arbeitsunfall mit neuromotorischer Rehabilitation für >60 Tage und < 181 Tage Versicherungssumme Euro **5.000**
- 2.5 Rückerstattung von Pflegekosten bei Arbeitsunfall mit neuromotorischer Rehabilitation für > 180 Tage und < 361 Tage Versicherungssumme Euro **10.000**
- 2.6 Rückerstattung von Pflegekosten bei Arbeitsunfall mit neuromotorischer Rehabilitation für > 360 Tage Versicherungssumme Euro **20.000**
- 2.7 Pflegekosten bei Arbeitsunfall mit neuromotorischer Rehabilitation nach schwerem Schädeltrauma und/oder Rückenmarksverletzung Versicherungssumme Euro **60.500**

### Tabelle der Leistungen

- 2.8 Rückerstattung von Kost und Logis für die Begleitperson bei Rehabilitation außerhalb der Provinz des Wohnsitzes Tagesgeld in Höhe von **€ 50,00** für maximal **90 Tage**
- 2.9 Rückerstattung von Kost und Logis für die Begleitperson bei Rehabilitation außerhalb der Region des Wohnsitzes Tagesgeld in Höhe von **€ 75,00** für maximal **90 Tage**
- 2.10 Kostenrückerstattung für den Transport im Krankenwagen zur Rehabilitation außerhalb der Provinz des Wohnsitzes Versicherungssumme Euro **€ 600**
- 2.11 Kostenrückerstattung für den Transport im Krankenwagen zur Rehabilitation außerhalb der Region des Wohnsitzes Versicherungssumme Euro **1.200**
- 2.12 Kostenrückerstattung für zahnärztliche Versorgung nach Arbeitsunfall Versicherungssumme **2.000**
- 2.13 Todesfalleistung bei Arbeitsunfall mit Verdopplung der Summe bei behinderten Kindern oder Kindern < 14 Jahre Versicherungssumme **Euro 10.000**
- 2.14 Sterbegeld beim Todesfall infolge eines Arbeitsunfalls Versicherungssumme **€ 1.500**
- 2.15 Maximale Auszahlungssumme pro Versicherungsjahr zulasten des Unternehmens

### Tabelle der Leistungen

- 3.1 Kostenrückerstattung für Gesundheitskosten infolge einer **Berufskrankheit** , die eine Teilinvalidität mit einem Grad von gleich oder  $> 55\%$  zur Folge hat Versicherungssumme in Höhe von **Euro 1.000**
- 3.2 Sterbegeld für den Todesfall infolge einer **Berufskrankheit** Versicherungssumme **€ 1.500**

Rückerstattung der angefallenen Gesundheitskosten (bis zur **Summe von € 1.000**, Selbstbet. € 30) infolge eines Arbeits- und Freizeitunfalls für:

- Diagnosen;
- Ärztliche und fachärztliche Untersuchungen;
- Honorare des Chirurgen und jedes anderen Mitglieds des Operationsteams, Operationssaalgebühren und OP-Material;
- Prothesen und Therapiegeräte, die während der Operation eingesetzt wurden;
- Transport des Versicherten im Krankenwagen zum Rehabilitationszentrum oder in die Arztpraxis und zurück;
- Physiotherapien und umerziehende physiotherapeutische Behandlungen;
- Kauf oder Anmietung von Therapiegeräte oder Prothesen jeder Art (ausgeschlossen Zahnprothesen).

**SSN: Gesamtrückerstattung Ticket ohne  
Selbstbeteiligung**

Nach stationärem Krankenhausaufenthalt für einen Zeitraum von **16 bis 29 Tagen**, Rückerstattung **Euro 1.500**

*Die Tage können auch nach mehreren stationären Behandlungen im Zusammenhang mit demselben Unfall/Vorfall zusammengezählt werden.*

Wenn der Versicherte nach einem Arbeitsunfall in einem Krankenhaus für einen Zeitraum **von 30 Tagen oder mehr** stationär behandelt wird, erstattet die Gesellschaft eine Summe von **Euro 2.000** zurück.

*Die Tage können auch nach mehreren stationären Behandlungen, aber immer im Zusammenhang mit demselben Unfall/Vorfall gezählt werden.*

Bei einer Teilinvalidität infolge eines Arbeitsunfalls mit einem Grad von über **50%**, zahlt die Versicherungsgesellschaft eine Summe von **€ 5.000** aus.

*Wenn der Versicherte bereits Entschädigungszahlungen gemäß den vorherigen Punkten für den stationären Krankenhausaufenthalt erhalten hat, wird die Versicherungsgesellschaft in keinem Fall mehr als **Euro 5.000** insgesamt pro Schaden auszahlen.*



Für einen stationären Krankenhausaufenthalt infolge eines Arbeitsunfalls mit einer Prognose von **30** Tagen und mit der Notwendigkeit von Behandlungen für die *neuromotorische Rehabilitation*, wodurch sich der stationäre Aufenthalt auf über **60** Tage verlängert, aber unter **181** Tage bleibt, erstattet die Versicherungsgesellschaft die angefallenen Pflegekosten bis zu einer Höchstsumme von **€ 5.000**.

*Die Rehabilitation muss in jedem Fall an einem staatlich anerkannten und auf die neuromotorische Rehabilitation spezialisierten Rehabilitationszentrum im Sinne des Gesetzes **Nr. 833/78 Art. 42** in der geltenden Fassung durchgeführt werden ([siehe Punkt 4 der Anleitung für die Unfallanzeige](#)).*

Stationärer Krankenhausaufenthalt infolge eines Arbeitsunfalls mit einer Prognose von **30** Tagen und mit der Notwendigkeit von Behandlungen für die *neuromotorische Rehabilitation*, wodurch sich der stationäre Aufenthalt auf über **180** Tage verlängert, aber unter **360** Tage bleibt: Rückerstattung der angefallenen Pflegekosten bis zu einer Höchstsumme von **€ 10.000**.

*Die Rehabilitation muss in jedem Fall an einem staatlich anerkannten und auf die neuromotorische Rehabilitation spezialisierten Rehabilitationszentrum im Sinne des Gesetzes **Nr. 833/78 Art. 42** in der geltenden Fassung durchgeführt werden ([siehe Punkt 4 der Anleitung für die Unfallanzeige](#)).*

Stationärer Krankenhausaufenthalt infolge eines Arbeitsunfalls mit einer Prognose von **30** Tagen und mit der Notwendigkeit von Behandlungen für die *neuromotorische Rehabilitation*, wodurch sich die stationäre Behandlung auf über **360** Tage verlängert: Rückerstattung der angefallenen Pflegekosten bis zu einer Höchstsumme von **€ 20.000**.

*Die Rehabilitation muss in jedem Fall an einem staatlich anerkannten und auf die neuromotorische Rehabilitation spezialisierten Rehabilitationszentrum im Sinne des Gesetzes **Nr. 833/78 Art. 42** in der geltenden Fassung durchgeführt werden (siehe Punkt 4 der [Anleitung für die Unfallanzeige](#)).*

Wenn der Versicherte infolge eines Arbeitsunfalls in einem staatlich anerkannten und auf die neuromotorische Rehabilitation spezialisierten Rehabilitationszentrum (*im Sinne des Gesetzes Nr. 833/78 Art. 42 in der geltenden Fassung*) ([siehe Punkt 4 der Anleitung für die Unfallanzeige](#)) wegen einem *schweren Schädeltrauma mit Koma oder einer Rückenmarksverletzung* stationär behandelt wird, erstattet das Versicherungsunternehmen die angefallenen Pflegekosten bis zu einem Höchstbetrag von **€ 60.500**.

Der Person, die den Arbeitnehmer zu den Behandlungen für die neuromotorische Rehabilitation nach einem Arbeitsunfall begleitet, wird, wenn die Rehabilitationstherapie außerhalb der Provinz des Wohnsitzes des Versicherten, aber innerhalb der Region seines Wohnsitzes erfolgt, ein Tagesgeld in Höhe von **€ 50,00** für maximal **90 Tage** zurückerstattet. Die Tage müssen nicht aufeinanderfolgen. Die Entschädigung wird nach Vorlage des steuerlichen Belegs, der die Anwesenheit der Begleitperson im Rehabilitationszentrum bestätigt, anerkannt.

Die Leistung wird bis zu einer Summe von **€ 4.500** garantiert.

Der Person, die den Arbeitnehmer zu den Behandlungen für die neuromotorische Rehabilitation nach einem Arbeitsunfall begleitet, wird, wenn die Rehabilitationstherapie außerhalb der Region des Wohnsitzes des Versicherten erfolgt, ein Tagesgeld in Höhe von **€ 70,00** für maximal **90 Tage** zurückerstattet. Die Tage müssen nicht aufeinanderfolgen Die Entschädigung wird nach Vorlage des steuerlichen Belegs, der die Anwesenheit der Begleitperson im Rehabilitationszentrum bestätigt, anerkannt. Die Leistung wird bis zu einer Summe von **€ 6.750** garantiert.

Stationärer Aufenthalt infolge eines Arbeitsunfalls in einer Klinik für *neuromotorische Rehabilitation*: Krankenwagentransportpauschale von **€ 600**, wenn die Rehabilitation außerhalb der Provinz des Wohnsitzes, aber innerhalb der Region des Wohnsitzes des Versicherten erfolgt.

Um die Versicherungsleistung erhalten zu können, muss der Versicherte die steuerlichen und ärztlichen Unterlagen einreichen, die den Krankentransport nachweisen.

Stationärer Aufenthalt infolge eines Arbeitsunfalls in einer Klinik für *neuromotorische Rehabilitation*: Krankenwagentransportpauschale von **€ 1.200**, wenn die Rehabilitation außerhalb der Region des Wohnsitzes des Versicherten erfolgt.

Um die Versicherungsleistung erhalten zu können, muss der Versicherte die steuerlichen und ärztlichen Unterlagen einreichen, die den Krankentransport nachweisen.



Arbeitsunfall, durch den dem Versicherten Zahnschäden entstehen: Kostenrückerstattung für zahnärztliche Behandlungen bis zu einer Höchstsumme von **€ 2.000**. Die Kostenrückerstattung für Zahnprothesen - wenn sie anfallen - beschränkt sich ausschließlich auf die tatsächlich verlorenen Teile und wird nur innerhalb eines Jahres ab dem Unfalldatum geleistet.

Tod des Versicherten durch einen von der INAIL als *“Arbeitsunfall”* anerkannten Unfall: Auszahlung der Summe von **Euro 10.000** an die rechtmäßigen Nutznießer. Diese Summe verdoppelt sich, wenn der verstorbene Arbeitnehmer Kinder mit Behinderungen und/oder zum Zeitpunkt des Unfalls minderjährige Kinder unter 14 Jahren hinterlässt.

Bei Tod des Versicherten infolge eines Arbeitsunfalls zahlt die Versicherungsgesellschaft einen Betrag in Höhe von **€ 1.500** innerhalb von 90 Tagen ab der Vorlage der erforderlichen Unterlagen.

Die unter den Punkten **2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 2.9, 2.10, 2.11** und **2.12** beschriebenen Leistungen werden von der Versicherungsgesellschaft bis zu einer maximalen Gesamtsumme für die Gesamtheit der Versicherten und pro Versicherungsjahr in Höhe von **€ 140.000** ausgezahlt.

Wenn der Versicherte infolge einer oder mehrerer der in der Tabelle A „Berufskrankheiten“ (SLIDE S. 23), die von dem zuständigen Versicherungsträger (INAIL/INPS) als Berufskrankheit anerkannt werden und eine Dauerinvalidität vom Grad von **55%** oder mehr eine oder mehrere der hier aufgezählten Gesundheitsleistungen fordert, erstattet die Versicherungsgesellschaft die in den 180 Tagen vor und den 360 Tagen nach der Anerkennung dieser Krankheit anfallenden Kosten bis zum vorgesehenen Höchstbetrag für:

- Diagnosen;
- Arztbesuche und Facharztbesuche mit:
- Selbstbeteiligung von **€ 50,00** (wenn der Arbeitnehmer sich an eine Privatklinik wendet)
- Vollständige Erstattung des Tickets (wenn der Arbeitnehmer sich an eine öffentliche Gesundheitseinrichtung wendet)
- Physiotherapien und umerziehende physiotherapeutische Behandlungen;
- Kauf, Anmietung von Therapiegeräten oder Prothesen;

Die Kosten werden bis zu einer Versicherungssumme in Höhe von **Euro 1.000** zurückerstattet.

Bei Tod des Versicherten infolge einer oder mehrerer der in der Tabelle A „Berufskrankheiten“ (SLIDE S. 23), die von dem zuständigen Versicherungsträger (INAIL/INPS) als Berufskrankheit anerkannt werden, und vorausgesetzt, der Tod ist 180 Tage vor oder 360 Tage nach der amtlichen Anerkennung eingetreten, zahlt die Versicherungsgesellschaft einen Betrag von **€ 1.500** innerhalb von 90 Tagen nach Vorlage der entsprechenden Unterlagen.

## TABELLE „A“: BERUFSKRANKHEITEN

- a) Chronische obstruktive Lungenkrankheit und berufsbedingtes bronchiales Asthma;
- b) Lärmschwerhörigkeit;
- c) Kontaktdermatitis;
- d) Körperliche Schäden durch schweres Heben und Tragen, unnatürliche Körperhaltung oder sich wiederholender Bewegungen;
- e) Schäden durch vibrierende Geräte;
- F) Tumorerkrankungen Mesotheliom und Epitheliom;

### - Arbeitslosigkeit - Verlängerung der Versicherungszeiträume für spezifische Leistungen und Versichertenkategorien

Auch bei zeitweiliger Arbeitslosigkeit haben Arbeitnehmer Anspruch auf die von der Versicherung vorgesehen Leistungen nach den folgenden Regeln:

**3.4.1** - Für die Mitglieder, die für den Gesundheitsplan „BASE“ eingeschrieben sind, 60 Leistungstage ab dem letzten Arbeitstag, wenn die Arbeitgeber für den Arbeitnehmer mit der Eignung Bauarbeiter mindestens 120 Stunden wie vom Tarifvertrag CCNL als Mindesteinzahlung vorgesehen für beide vorhergehenden Monate eingezahlt haben. Die Angestellten haben Anspruch auf 60 Tage Leistungen ab dem letzten Arbeitstag, wenn die Arbeitgeber vor dem letzten Arbeitstag für den Arbeitnehmer im Angestelltenverhältnis den entsprechenden Beitrag für mindestens zwei aufeinanderfolgende Monate eingezahlt haben.

**3.4.2** - Die Mitglieder, die für den Gesundheitsplan „PLUS“ eingeschrieben sind, haben Anspruch auf **90** Leistungstage ab ihrem letzten Arbeitstag, wenn sie vor dem letzten Arbeitstag mindesten 120 Stunden in den beiden vorhergehenden Monaten gearbeitet haben.

Angestellte haben Anspruch auf 90 Tage Leistungen ab dem letzten Arbeitstag, wenn die Arbeitgeber vor dem letzten Arbeitstag für den Arbeitnehmer im Angestelltenverhältnis den entsprechenden Beitrag für mindestens zwei aufeinanderfolgende Monate eingezahlt haben.



### - Andere Versicherungen

- Wenn andere (private oder von Sanedil vorgesehene) Versicherungen für dieselben Risiken abgeschlossen worden sind, gelten die Unfallleistungen des Leistungskatalogs für Unfälle als Zusatzleistungen und werden über die anderen Versicherungsleistungen hinaus aktiviert.

### Wegeunfälle

- Alle Versicherungsleistungen gelten auch für Wegeunfälle der Versicherten auf ihrem ordnungsgemäßen, unmittelbaren Weg von der Wohnung bis zum Arbeitsplatz und zurück, die sich in jedem Fall während der für diese Strecke erforderlichen Zeit ereignen und damit unter die Arbeitsunfälle fallen. Der Versicherungsschutz für Wegeunfälle wird nur bei Anerkennung des Vorfalls von der INAIL geleistet.

### Mit Wirkung ab 24:00 Uhr 28.07.2021:

- **ANWENDUNG DER INAIL-TABELLE**

Für die Schadensregulierung, bei der Dauerinvalidität anerkannt worden ist, wird zur Bestimmung des Invaliditätsgrads die INAIL-Tabelle gemäß dem Präsidentendekret D.P.R. Nr. 1124 vom 30.06.1965 und den nachfolgenden Änderungen verwendet.

- **Altersbegrenzungen**

**Die Versicherung kann bis zum Erreichen des 70. Lebensjahr des Versicherten abgeschlossen oder verlängert werden und das Versicherungsverhältnis endet automatisch** mit dem nächsten jährlichen Ablaufdatum der Versicherungspolice bei Erreichen des 71. Lebensjahres des Versicherten.

**Mit Wirkung ab 24:00 Uhr 28.07.2021:**

- **Die Versicherung kann bis zum Erreichen des 80. Lebensjahr des Versicherten abgeschlossen oder verlängert werden und das Versicherungsverhältnis endet automatisch** mit dem nächsten jährlichen Ablaufdatum der Versicherungspolice bei Vollendung des 81. Lebensjahres des Versicherten.