



ARAG Unfall-Schutz (AUS 2024)

**Unfallversicherung (AUB 2024)
Unfall-Schutzbrief, Alltagshelfer[®],
Alltagshelfer[®] Plus (USB 2024)**

**Leistungsübersicht, Versicherteninformation
und Bedingungen**

Stand 02.2024

Für eine bessere Lesbarkeit verzichten wir auf eine geschlechterspezifische Differenzierung. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung. Die verkürzte Sprachform hat redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung. Ohne Satz- und Sonderzeichen wie das Gendersternchen lassen sich zudem Texte blinden und sehbehinderten Menschen durch Computersysteme flüssiger vorlesen.

ARAG Unfall-Schutz 2024 – Leistungsübersicht

Hier finden Sie die wichtigsten Bestimmungen und Leistungen Ihrer Versicherung auf einen Blick. Bitte beachten Sie: Maßgeblich ist die konkrete Formulierung zu den einzelnen Leistungen in den Bedingungen. Wir haben zu jeder Leistung die genaue Textstelle angegeben.

Zeichenerklärung: ✓ mitversichert ○ optional versicherbar — nicht versichert | ausgeschlossen

Teil A Allgemeine Vertragsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB 2024)

Abschnitt	Beschreibung	Basis	Komfort	Premium
A1	Wann beginnt und wann endet der Vertrag?			
A1-2.3	Vertragsbeendigung, Kündigung des Vertrags durch Sie • Kündigungsfrist erstmals zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer mit Wahlrecht	täglich	täglich	täglich
A1-2.3	Vertragsbeendigung, Kündigung des Vertrags durch uns • Kündigungsfrist zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer	3 Monate	3 Monate	3 Monate
A1-3	Kündigung des Vertrags nach einem Versicherungsfall • Ihre Kündigungsfrist nach der ersten Leistung mit Termin-Wahlrecht • Unsere Kündigungsfrist nach der ersten Leistung	täglich 1 Monat	täglich 1 Monat	täglich 1 Monat
A1-4	Kündigung des Vertrags bei dauerhafter Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes ins Ausland	zum Abmeldetermin	zum Abmeldetermin	zum Abmeldetermin
A1-5	Rückwirkende Aufhebung des Versicherungsschutzes nach Feststellung eines Pflegegrades	Beitragsrückerstattung (bis 3 Jahre)	Beitragsrückerstattung (bis 3 Jahre)	Beitragsrückerstattung (bis 3 Jahre)

Teil B Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Unfall-Schutz (AUB 2024)

Abschnitt	Beschreibung	Basis	Komfort	Premium
B1	Was ist versichert?			
B1-2	Geltungsbereich: weltweit 24 Stunden	✓	✓	✓
B1-3	Allgemeiner Unfallbegriff	✓	✓	✓
B1-4	Erweiterter Unfallbegriff Ausgeschlossene Unfälle und Gesundheitsschäden			
B1-4.1	Unfälle durch erhöhte Kraftanstrengung oder Eigenbewegung • Verrenkungen eines Gelenks an Gliedmaßen oder Wirbelsäule • Zerrung oder Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern oder Kapseln – inklusive Menisken	✓ ✓ ✓ —	✓ ✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓ ✓
B1-4.2	Unfälle durch Vergiftungen • Gasförmige Stoffe und Stäube – bis maximal 7 Tage dauerhaft ausgesetzt • Nahrungsmittel • Pflanzen • Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch Verschlucken	✓ ✓ ✓ bis 14 Jahre	✓ ✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓ ✓
B1-4.3	Unfälle unter Wasser • Ersticken, Ertrinken • Tauchtypische Gesundheitsschäden	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓
B1-4.4	Gesundheitsschäden durch Höhenkrankheit	—	—	✓
B1-4.5	Gesundheitsschäden durch Umwelteinflüsse • Erfrierungen, auch von einzelnen Körperteilen • Sonnenstich	✓ —	✓ ✓	✓ ✓

Abschnitt	Beschreibung	Basis	Komfort	Premium
B1-4.6	Gesundheitsschäden durch unfreiwilligen Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmittel oder Atemluft	✓	✓	✓
B1-4.7	Gesundheitsschäden bei der Rettung oder Verteidigung von Personen, Tieren oder Sachen	✓	✓	✓
B1-4.8	Gesundheitsschäden durch allergische Reaktionen aufgrund einer Allergie auf Nahrungsmittel oder auf Tierstiche und -bisse	✓	✓	✓
B1-4.9	Unfälle als Folge von Bewusstseinsstörungen Ausgeschlossen sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen z.B. aufgrund des Konsums von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen Versicherungsschutz besteht bei Unfällen als Folge von Bewusstseinsstörung durch	—	—	—
	• Alkohol	✓	✓	✓
	– Jedoch nicht beim Lenken eines Kfz mit einer Blut-Alkoholkonzentration	ab 1,1 ‰	ab 1,1 ‰	ab 1,1 ‰
	• unbeabsichtigte Einnahme von Betäubungsmittel wie z.B. K.-o.-Tropfen	✓	✓	✓
	• einen unmittelbaren Schlaganfall oder Herzinfarkt	✓	✓	✓
	• Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten	✓	✓	✓
	• einen epileptischen Anfall oder sonstigen Krampfanfall	—	✓	✓
	• ein diabetisches oder hypoglykämisches Koma („Zuckerschok“)	—	✓	✓
	• sonstige Herz- und Kreislaufstörungen wie z.B. Ohnmachtsanfälle, Schwindel (Synkope), hitzebedingte Reaktionen	—	—	✓
B1-4.10	Unfälle in Verbindung mit Straftaten Ausgeschlossen sind Unfälle in Verbindung mit einer ausgeführten oder versuchten Straftat	—	—	—
B1-4.11	Unfälle in Verbindung mit Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen	—	—	—
	• Ausgeschlossen sind Unfälle durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse	—	—	—
	• Auf Reisen besteht Versicherungsschutz bei einem überraschenden Kriegsereignis bis	14 Tage	14 Tage	14 Tage
B1-4.12	Unfälle in Verbindung mit Luftfahrzeugen und Luftsportgeräten Ausgeschlossen sind Unfälle mit Luftfahrzeugen und Luftsportgeräten Versicherungsschutz besteht jedoch	—	—	—
	• als Passagier oder Flugschüler eines Luftfahrzeugs bzw. Luftsportgeräts	✓	✓	✓
	• bei Ausübung einer beruflichen Tätigkeit mit einem Luftfahrzeug (außer Piloten)	—	✓	✓
B1-4.13	Unfälle als Teilnehmer an Rennen mit Motorfahrzeugen Ausgeschlossen sind Unfälle bei Rennen, die auf Höchstgeschwindigkeit angelegt sind Versicherungsschutz besteht	—	—	—
	• bei einer Fahrt auf einer öffentlichen Kartbahn in Europa mit geliehenen oder gemieteten Karts	✓	✓	✓
	• bei Zuverlässigkeitsfahrten, die nicht auf Höchstgeschwindigkeit angelegt sind, wie z.B. Oldtimer-, Stern- und Orientierungsfahrten	—	—	—
	• bei Fahrsicherheitstrainings ohne Renncharakter	—	—	—
B1-4.14	Unfälle durch Kernenergie Ausgeschlossen bleiben Unfälle, die durch Kernenergie verursacht werden	—	—	—
B1-4.15	Gesundheitsschäden an Bandscheiben, Blutungen an inneren Organen oder Hirnblutungen Kein Versicherungsschutz besteht für Gesundheitsschäden an Bandscheiben, Blutungen an inneren Organen oder Hirnblutungen. Ausnahme: Versicherungsschutz besteht jedoch bei überwiegend unfallbedingten Gesundheitsschäden	—	—	—
		✓	✓	✓
B1-4.16	Gesundheitsschäden durch Strahlen Kein Versicherungsschutz besteht für Gesundheitsschäden durch Strahlen Ausnahme: Versicherungsschutz besteht für Gesundheitsschäden, durch Röntgen-, Laser-, Maser- bzw. natürliche oder künstliche ultraviolette Strahlen	—	—	—
		✓	✓	✓

Abschnitt	Beschreibung	Basis	Komfort	Premium
B1-4.17	Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper Kein Versicherungsschutz besteht durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper	—	—	—
	Ausnahme: Versicherungsschutz besteht bei unfallbedingten Heilmaßnahmen oder Eingriffen	✓	✓	✓
B1-4.18	Gesundheitsschäden durch Infektionen Kein Versicherungsschutz besteht bei Gesundheitsschäden durch Infektionen	—	—	—
	Ausnahme: Versicherungsschutz besteht bei			
	• Wundstarrkrampf (Tetanus) und Tollwut	✓	✓	✓
	• sonstigen nicht geringfügigen unfallbedingten Verletzungen	✓	✓	✓
	• namentlich genannten Infektionen durch Tierbisse und -stiche	✓	✓	✓
	• sonstige namentlich genannten Infektionen	—	—	✓
	• medizinisch empfohlenen Schutzimpfungen z.B. gegen Covid-19	✓	✓	✓
B1-4.19	Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen Kein Versicherungsschutz besteht bei krankhaften Störungen infolge psychischer Reaktionen	—	—	—
	Ausnahme: Versichert sind die unfallbedingten Folgen psychischer und nervöser Störungen aufgrund			
	• organischen Verletzungen (z. B. unfallbedingte Hirnverletzungen)	✓	✓	✓
	• posttraumatische Belastungsstörungen	—	—	5 % der Versicherungssumme
B1-4.20	Bauch – oder Unterleibsbrüche Kein Versicherungsschutz besteht bei Bauch- oder Unterleibsbrüchen	—	—	—
	Ausnahme: Versichert sind Bauch- oder Unterleibsbrüche durch			
	• eine unfallbedingt gewaltsam von außen kommender Einwirkung	✓	✓	✓
	• eine erhöhte Kraftanstrengung	—	✓	✓
B2	Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?			
B2-1	Invaliditätsleistung	o	o	o
B2-1.1	Voraussetzungen für die Leistung	✓	✓	✓
	Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität			
	• Meldung über den Eintritt einer möglichen Invalidität an uns	15 Monate	18 Monate	24 Monate
	• Feststellung der Invalidität durch einen Arzt	24 Monate	24 Monate	36 Monate
	Geltendmachung einer Invaliditätsleistung	24 Monate	24 Monate	36 Monate
	Anspruch Invaliditätsleistung auch bei Unfalltod bereits ab	12 Monate	9 Monate	6 Monate
B2-1.2	Art und Höhe der Leistung bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit von			
	Gliedertaxen	Standard	Extra	Best
	Arm	70 %	80 %	85 %
	Arm oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %	75 %	80 %
	Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %	70 %	75 %
	Hand	55 %	65 %	70 %
	Daumen	20 %	30 %	35 %
	Zeigefinger	10 %	20 %	25 %
	Anderer Finger	5 %	10 %	15 %
	• mehrere Finger an einer Hand, maximal bis zum Wert einer Hand	—	65 %	70 %
	Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %	80 %	85 %
	Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %	75 %	80 %
	Bein bis unterhalb des Knies	50 %	75 %	80 %
	Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %	75 %	80 %
Fuß	40 %	50 %	55 %	

Abschnitt	Beschreibung	Basis	Komfort	Premium
	Große Zehe	5 %	15 %	20 %
	Andere Zehe	2 %	5 %	10 %
	• mehrere Zehen an einem Fuß, maximal bis zum Wert eines Fußes	—	—	55%
	Auge	50 %	60 %	65 %
	• beider Augen bei einem Unfallereignis (B2-1.2.2.5)	—	erhöhter Invaliditätsgrad	erhöhter Invaliditätsgrad
	• falls ein Auge bereits vor dem Unfallereignis vollständig verloren war	—	100 %	100 %
	Gehör auf einem Ohr	30 %	40 %	45 %
	• Gehör auf beiden Ohren bei einem Unfallereignis	—	erhöhter Invaliditätsgrad	erhöhter Invaliditätsgrad
	• falls das Gehör auf einem Ohr bereits vor dem Unfallereignis vollständig verloren war	—	80 %	90 %
	Geruchssinn	10 %	15 %	25 %
	Geschmackssinn	5 %	15 %	20 %
	Sprachvermögen (vollständiger Verlust der Stimme)	100 %	100 %	100 %
	Niere	25 %	25 %	30%
	• beider Nieren bei einem Unfallereignis	100 %	100 %	100 %
	• falls eine Niere bereits vor dem Unfallereignis vollständig verloren war	100 %	100 %	100 %
	Magen	20 %	20 %	25 %
	Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm	25 %	25 %	30 %
	Milz	10 %	10 %	15 %
	• Milz bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahrs	20 %	20 %	20 %
	Gallenblase	10 %	10 %	15 %
	ein Lungenflügel	50 %	50 %	55 %
	Wahlrecht zur individuellen Bemessung der Organe	✓	✓	✓
B2-1.3	Anspruch auf Invaliditätsleistung ab 20 Prozent Invaliditätsgrad	o	o	o
B2-1.4	Progressive Invaliditätsleistungen			
	Progression 225 %	o	o	o
	Progression 225 % Plus – bis zum 67. Lebensjahr – Leistung z.B.			
	• bei Invaliditätsgrad 50 %	75 % der Versicherungssumme	75 % der Versicherungssumme	75 % der Versicherungssumme
	• ab Invaliditätsgrad 75 %	225 % der Versicherungssumme	225 % der Versicherungssumme	225 % der Versicherungssumme
	Progression 225 % – ab dem 67. Lebensjahr – Leistung z.B.			
	• bei Invaliditätsgrad 50 %	75 % der Versicherungssumme	75 % der Versicherungssumme	75 % der Versicherungssumme
	• bei Invaliditätsgrad 75 %	150 % der Versicherungssumme	150 % der Versicherungssumme	150 % der Versicherungssumme
	• ab Invaliditätsgrad 100 %	225 % der Versicherungssumme	225 % der Versicherungssumme	225 % der Versicherungssumme
	Progression 350 %	o	o	o
	Progression 350 % Plus – bis zum 67. Lebensjahr – Leistung z.B.			
	• bei Invaliditätsgrad 50 %	100 % der Versicherungssumme	100 % der Versicherungssumme	100 % der Versicherungssumme
	• ab Invaliditätsgrad 75 %	350 % der Versicherungssumme	350 % der Versicherungssumme	350 % der Versicherungssumme
	Progression 350 % – ab dem 67. Lebensjahr – Leistung z.B.			
	• bei Invaliditätsgrad 50 %	100 % der Versicherungssumme	100 % der Versicherungssumme	100 % der Versicherungssumme
	• bei Invaliditätsgrad 75 %	225 % der Versicherungssumme	225 % der Versicherungssumme	225 % der Versicherungssumme
	• ab Invaliditätsgrad 100 %	350 % der Versicherungssumme	350 % der Versicherungssumme	350 % der Versicherungssumme

Abschnitt	Beschreibung	Basis	Komfort	Premium
	Progression 500 %	o	o	o
	Progression 500 % Plus – bis zum 67. Lebensjahr – Leistung z.B.			
	• bei Invaliditätsgrad 50 %	150 % der Versicherungssumme	150 % der Versicherungssumme	150 % der Versicherungssumme
	• ab Invaliditätsgrad 75 %	500 % der Versicherungssumme	500 % der Versicherungssumme	500 % der Versicherungssumme
	Progression 500 % – ab dem 67. Lebensjahr – Leistung z.B.			
	• bei Invaliditätsgrad 50 %	150 % der Versicherungssumme	150 % der Versicherungssumme	150 % der Versicherungssumme
	• bei Invaliditätsgrad 75 %	325 % der Versicherungssumme	325 % der Versicherungssumme	325 % der Versicherungssumme
	• ab Invaliditätsgrad 100 %	500 % der Versicherungssumme	500 % der Versicherungssumme	500 % der Versicherungssumme
B2-1.5	Anspruch auf Invaliditätsleistung bei unfallbedingtem Tod bereits nach	12 Monaten	9 Monaten	6 Monaten
B2-2	Unfallrente Hinterbliebenen-Versorgung			
B2-2.1	Unfallrente	o	o	o
	• Einmalzahlung bei Tod während des Rentenbezugs	—	✓ 6 Monatsrenten	✓ 12 Monatsrenten
B2-2.2	Hinterbliebenen-Versorgung Weiterzahlung der Unfallrente bei Tod des Rentenbeziehers – maximal bis zum 67. Lebensjahr des verstorbenen Rentenbeziehers	o	o	o
B2-2.5	Anspruch auf Unfallrente bzw. Hinterbliebenen-Versorgung bei unfallbedingtem Tod bereits nach	12 Monaten	9 Monaten	6 Monaten
B2-3	Erweiterte Übergangsleistung			
B2-3.1	Übergangsleistung bei einer ununterbrochenen unfallbedingten Beeinträchtigung von	o	o	o
	• 3 Monaten zu 100 % oder			
	• 6 Monaten zu 50 %			
B2-4	Kapitalsofortleistung bei schweren Unfallverletzungen oder schweren Krebs- oder Organerkrankungen			
B2-4.1	Kapitalsofortleistung bei schweren Unfallverletzungen	o	o	o
	Versicherte schwere Unfallverletzungen			
	• Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks	✓	✓	✓
	• Amputation einer ganzen Hand oder eines Fußes im unteren Sprunggelenk	✓	✓	✓
	• Schädel-Hirn-Trauma 2. Grades mit Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung	✓	✓	✓
	• Verbrennungen 2. Grades oder höher der Körperoberfläche von mindestens	20 %	20 %	20 %
	• Verlust oder dauerhafte Sehkraftminderung auf einem Auge von mindestens 95 %	✓	✓	✓
	• Hüftgelenksnahe Oberschenkelhalsfraktur	✓	✓	✓
	• Gewebeerstörende Verletzungen an mindestens zwei der folgenden Organe	✓	✓	✓
	– Herz			
	– Lungen			
	– Leber			
	– Milz			
	– Nieren			
	• Fraktur von mindestens zwei der folgenden Knochen an unterschiedlichen Gliedmaßen	✓	✓	✓
	– Oberarmknochen			
	– Unterarmknochen (Elle und/oder Speiche)			
	– Oberschenkelknochen			
	– Unterschenkelknochen (Schien- und/oder Wadenbein)			
	– Kniescheibe			
	– Wirbelkörper			
	– Beckenring			
	• Kombination aus mindestens einer der oben genannten gewebeerstörenden Verletzungen eines Organs und der Fraktur eines Knochens	✓	✓	✓

Abschnitt	Beschreibung	Basis	Komfort	Premium
	Sonstige Frakturen, Bänder- und Sehnenrisse			
	• sonstige Frakturen	5 % der Versicherungssumme	5 % der Versicherungssumme	5 % der Versicherungssumme
	• Bänder- oder Sehnenrisse	1 % der Versicherungssumme	1 % der Versicherungssumme	1 % der Versicherungssumme
B2-4.2	Kapitalsofortleistung bei schweren Krebs- oder Organerkrankungen – in Verbindung mit B2-4.1	—	o	o
	Wartezeit	—	6 Monate	6 Monate
	Kapitalsofortleistung bei Krebserkrankung	—	✓	✓
	• Krebserkrankung			
	• Lymphknotenkrebs			
	• Leukämie			
	Kapitalsofortleistung bei schweren Organerkrankungen	—	✓	✓
	• Erkrankungen des Gehirns und des zentralen Nervensystems, z.B. Schlaganfall			
	• Psychische Erkrankungen			
	– Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung			
	– Verlust der zeitlichen oder räumlichen Orientierung			
	– Verlust der Orientierung zur eigenen Person			
	• Herzerkrankungen z.B. Herzinfarkt			
	• Nierenerkrankungen			
	• Lungenerkrankungen			
	• Lebererkrankungen			
B2-5	Krankenhaustagegeld Arbeitsunfähigkeitsgeld			
B2-5.1	Krankenhaustagegeld	o	o	o
	• vollstationäre Heilbehandlung bis	1.095 Tage	1.825 Tage	1.825 Tage
	• Verdopplung bei einer vollstationären Heilbehandlung im Ausland für die ersten	28 Tage	28 Tage	28 Tage
	• Leistung bei einer ambulanten Operation	3 Tage	5 Tage	7 Tage
	• Leistung bei der Versorgung einfacher Knochenbrüche	—	1 Tag	2 Tage
	Das Krankenhaustaggeld zahlen wir auch bei	✓	✓	✓
	• einem Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung nach Abschluss einer Heilbehandlung			
	• einer Notfalleinweisung in ein Sanatorium, eine Rehabilitationseinrichtung etc.			
B2-5.2	Arbeitsunfähigkeitsgeld nach Abschluss der vollstationären Heilbehandlung bzw. nach dem Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung für insgesamt 35 Tage	o	o	o
B2-6	Todesfall-Leistung			
B2-6.1	Leistungen bei unfallbedingtem Tod bis 12 Monate nach Unfallereignis	o	o	o
	• Anspruch bereits nach Tod-Erklärung (Verschollenheitsgesetz)	✓	✓	✓
	• Leistung bei unfallbedingtem Tod im zweiten Jahr, soweit kein Invaliditätsanspruch besteht	✓	✓	✓
B2-6.3	• Meldefrist im Todesfall	8 Wochen	keine Frist	keine Frist
	• Verzicht auf unser Recht einer Obduktion Exhumierung	✓	✓	✓
B2-7	UnfallPlus – Personen vom 18. bis 67. Lebensjahr			
B2-7.1	Voraussetzungen für die Leistung	—	o	o
	Versicherte schwere Unfallverletzungen			
	• Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks			
	• Amputation einer ganzen Hand oder eines Fußes im unteren Sprunggelenk			
	• Schädel-Hirn-Trauma 2. Grades mit Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung			
	• Verbrennungen 2. Grades oder höher von mehr als 30 % der Körperoberfläche			
	• Verlust oder dauerhafte Sehkraftminderung auf einem Auge von mindestens 95 %			
	• Gewebeerstörende Verletzungen an mindestens zwei der folgenden Organe			
	– Herz			
	– Lungen			
	– Leber			
	– Milz			
	– Nieren			

Abschnitt	Beschreibung	Basis	Komfort	Premium
	<ul style="list-style-type: none"> • Fraktur von mindestens zwei der folgenden Knochen an unterschiedlichen Gliedmaßen <ul style="list-style-type: none"> – Oberarmknochen – Unterarmknochen (Elle und/oder Speiche) – Oberschenkelknochen – Unterschenkelknochen (Schien- und/oder Wadenbein) – Kniescheibe – Wirbelkörper – Beckenring • Kombination aus mindestens einer der oben genannten gewebezerstörenden Verletzungen eines Organs und der Fraktur eines Knochens. 			
	Ansprüche gegenüber Dritten (Vorrangige Leistungspflicht Dritter)	—	✓	✓
B2-7.2	Art und Höhe der Leistung	—		
	<ul style="list-style-type: none"> • maximale Versicherungssumme – vorbehaltlich anderer unten genannter Sublimits • maximale Leistungsdauer ab Unfallereignis 	—	1.000.000 €	1.000.000 €
	Monatlicher Verdienstausschlag	—	10 Jahre, maximal bis zum 67. Lebensjahr	10 Jahre, maximal bis zum 67. Lebensjahr
	Kosten für eine Haushaltshilfe, Mehraufwendungen und/oder behindertengerechte Umbauten	—	bis monatlich 6.000 €	bis monatlich 6.000 €
	Schmerzensgeld	—	bis maximal 200.000 €	bis maximal 200.000 €
B2-8	FitPlus			
B2-8.1	Voraussetzungen für die Leistung	o	o	o
B2-8.2	Entschädigung der unfallbedingt zerstörten oder beschädigten Sportgeräte	✓ bis 5.000 € zum Zeitwert	✓ bis 5.000 € zum Zeitwert	✓ bis 5.000 € zum Zeitwert
B2-8.3	Kosten für Nachsorgebehandlungen für Physiotherapie, Personal Trainer-Stunden, etc.	bis 1.000 €	bis 1.000 €	bis 1.000 €
B2-8.4	Ersatz der Anmeldekosten für Wettkämpfe oder Skipassgebühren	bis 500 €	bis 500 €	bis 500 €
B2-9	Versicherte Kosten			
B2-9.1	Entschädigungsgrenzen für alle Leistungen, außer B2-9.4 – vorbehaltlich anderer Sublimits	30.000 €	60.000 €	90.000 €
B2-9.2	Kosten für kosmetische oder plastische Operationen infolge eines Unfalls			
	<ul style="list-style-type: none"> • Arzthonorare, Operationskosten inkl. Hilfs- und Heilmittel, Unterbringung, Verpflegung • Zahnbehandlungs- und -ersatz, Kosten bei Verlust natürliche Schneide- und Backenzähne • Ersatz künstlicher Zähne z. B. Brücken, Kronen, Gebisse oder Implantate 	✓	✓	✓
B2-9.3	Kosten für eine kosmetische oder plastische Operation nach einer Krebserkrankung	—	5.000 €	10.000 €
B2-9.4	Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze sowie Rücktransport zum Wohnsitz	30.000 €	500.000 €	1.000.000 €
	<ul style="list-style-type: none"> • Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze durch Rettungsdienste <ul style="list-style-type: none"> – Kosten für den Transport zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik – Kosten für den Transport zu einer Druckkammer ohne mit Behandlungskosten – Kosten für den Transport (inkl. Flugrückholung) der verletzten Person – Kosten für die Überführung (In- oder Ausland), wahlweise Bestattung im Ausland • Mehraufwendungen für die Rückreise und/oder Aufenthaltsverlängerung <ul style="list-style-type: none"> – Rückreise zum Wohnsitz nach Abschluss der vollstationären Heilbehandlung 	✓	✓	✓
		✓	✓ mit	✓ mit
		✓	✓	✓
		✓	✓	✓
		✓	✓	✓
		✓	✓	✓

Abschnitt	Beschreibung	Basis	Komfort	Premium
	<ul style="list-style-type: none"> – Rückreise mitreisender Personen aus dem Ausland zu deren ständigem Wohnsitz inklusive Kosten für die Reisebegleitung für Personen unter 14 Jahre • Mehrkosten für Aufenthaltsverlängerung für mitreisende Personen bis 7 Tage • Rücktransport von Sachen und Tieren zum ständigen Wohnsitz/ Betreuungsstätte 	—	—	✓
B2-9.5	Behinderungsbedingte Mehraufwendungen nach einem Unfall: <ul style="list-style-type: none"> • Umrüstung des eigenen Pkw • Umbauten im selbst bewohnten Haus oder der Wohnung • Kosten für den Umzug in behindertengerechtes Haus, Wohnung, Senioren- oder Pflegeheim • Reparatur oder Anschaffung von Gliedmaßen-Prothesen und medizinischen Hilfsmitteln • Anschaffung eines Assistenzhundes z. B. Blindhund • Schulungs- und Prüfgebühren für berufliche Umschulungsmaßnahmen 	—	✓	✓
B2-9.6	Kur- und Reha-Beihilfen nach Abschluss der Heilbehandlung	—	1.500 €	5.000 €
B2-9.7	Telefonische psychologische Soforthilfe nach einem Unfall, bei Tod einer nahestehenden Person oder als Opfer einer Straftat	—	✓	✓
B2-9.8	Erstattung der Zuzahlung zur GKV nach einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt <ul style="list-style-type: none"> • für die Dauer des Krankenhausaufenthalts • für alle unfallbedingt notwendigen Zuzahlungen bis zu drei Jahre 	—	✓	✓
B2-9.9	Ungenannte Kosten infolge eines Unfalls	—	—	1.000 €
B2-9.10	Entschädigung für unfallbedingt beschädigte oder zerstörte Sachen (Aufzählung)	—	—	3.000 € zum Neuwert
B2-10	Rehabilitations-Management			
B2-10.1	Persönlicher Reha-Manager	—	bis 20.000 €	bis 30.000 €
B2-10.2	Kosten für eine psychologische Betreuung und Nachsorgebehandlungen	—	bis 3.000 €	bis 5.000 €
B2-11	KinderPlus – Personen bis zum 18. Lebensjahr			
B2-11.1	Unfälle in Verbindung mit Straftaten <ul style="list-style-type: none"> • bei Fahren ohne Führerschein oder • durch selbst gebautes Feuerwerk 	—	✓	✓
B2-11.2	Zusätzliche Versorgungsleistung bei Unfalltod <ul style="list-style-type: none"> • eines versicherten Elternteils oder von einer versicherten sorgeberechtigten Person: Zusätzliche Auszahlung der versicherten Todesfall-Leistung der Kinder • beider versicherten Elternteile oder beider versicherten sorgeberechtigten Personen bei einem Unfallereignis: Verdopplung der jeweilig versicherten Todesfall-Leistung maximal bis 300.000 € je verstorbener Person 	—	✓	✓
B2-11.3	Kosten für die Betreuung und Versorgung von Kindern bis zum 14. Lebensjahr <ul style="list-style-type: none"> • Unfallbedingter Ausfall der betreuenden versicherten Person bis 100 €/Tag • Kosten für ein Rooming in bis 100 €/Tag • Kosten für den Krankenbesuch – Bahn/Flug/Taxi 75 € und 3 Übernachtungen à 75 € 	—	maximal 2.000 €	maximal 3.000 €
B2-11.4	Beitragsfreistellung der Versicherung im Todesfall einer versicherten Person <ul style="list-style-type: none"> • bis zum Ablauf des Versicherungsjahres nach Vollendung des 	18. Lebensjahr	18. Lebensjahr	25. Lebensjahr
B2-11.5	Beitragsfreistellung der Versicherung nach einem unfallbedingten Pflegefall oder nach einem Unfall <ul style="list-style-type: none"> • bis zum Ablauf des Versicherungsjahres nach Vollendung des • bei erstmaliger Feststellung <ul style="list-style-type: none"> – eines unfallbedingten Pflegegrads 2 oder – eines Invaliditätsgrads von 50 % nach diesem Unfallvertrag 	18. Lebensjahr	18. Lebensjahr	25. Lebensjahr

Abschnitt	Beschreibung	Basis	Komfort	Premium
B2-12	PartnerPlus – Personen vom 18. bis 67. Lebensjahr			
B2-12.1	Beitragsfreistellung der Versicherung im Todesfall einer versicherten Person • bis zum Ablauf des 2. Versicherungsjahres nach dem Leistungsfall	—	✓	✓
B2-12.2	Beitragsfreistellung der Versicherung bei einem, unfallbedingten Pflegefall oder nach einem Unfall einer versicherten Person • bis zum Ablauf des 2. Versicherungsjahres nach dem Leistungsfall • bei erstmaliger Feststellung – eines unfallbedingten Pflegegrads 2 oder – eines Invaliditätsgrads von 50 % nach diesem Unfallvertrag	— —	✓ ✓	✓ ✓
B2-13	Vorsorgeleistung für neu hinzukommende Personen			
B2-13.1	Anspruchsberechtigt sind neu hinzukommende • eheliche, eingetragene oder in häuslicher Gemeinschaft lebende Partner • leibliche, adoptierte Kinder oder Pflegekinder, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓
B2-13.2	Versicherte Leistungsarten und Höhe der Vorsorgeversicherung	Invaliditätsleistung 50.000 € Todesfall-Leistung 10.000 €	Invaliditätsleistung 50.000 € Todesfall-Leistung 10.000 €	Invaliditätsleistung 50.000 € Todesfall-Leistung 10.000 €
B2-13.3	Anspruchsgrundlage	Leistungsvariante Basis	Leistungsvariante Basis	Leistungsvariante Ba- sis
B2-13.4	Dauer der Vorsorgeversicherung	bis Ablauf 2. Versi- cherungsjahr	bis Ablauf 2. Versi- cherungsjahr	bis Ablauf 2. Versi- cherungsjahr
B2-14	Beitragsfreie Nachhaltigkeitsleistungen			
	Mehrleistung bei Unfällen • mit Kopf- und Gesichtsverletzungen in Verbindung mit Tragen eines Helms • in Verbindung mit der Nutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels • im Rahmen eines Einsatzes als Nothelfer • bei Ausübung einer ehrenamtlichen Tätigkeit	10% der Versicherungssumme Invalidität maximal 50.000 € je Unfallereignis	10% der Versicherungssumme Invalidität maximal 50.000 € je Unfallereignis	10% der Versicherungssumme Invalidität maximal 50.000 € je Unfallereignis
B3	Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zu- sammentreffen?			
B3-1	Krankheiten und Gebrechen			
B3-2	Mitwirkung Anrechnung von mitwirkenden Krankheiten oder Gebrechen zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das 67. Lebensjahr vollendet wurde	ab 25 % ab 25 %	ab 50 % ab 50 %	ab 75 % ab 50 %
B4	Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?			
B4-1	Hinzuziehen eines Arztes	✓	✓	✓
B4-2	Wahrheitsgemäße und vollständige Angaben	✓	✓	✓
B4-3	Untersuchungspflicht durch die von uns beauftragten Ärzte	✓	✓	✓
B4-4	Auskünfte zur Prüfung unserer Leistungspflicht	✓	✓	✓
B5	Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?			
B6	Wann sind die Leistungen fällig?			
B6-4	Neubemessung des Invaliditätsgrads • bei Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres bis 3 Jahre nach dem Unfall • bei Personen vor Vollendung des 18. Lebensjahres bis zur Vollen- dung des 23. Lebensjahres	✓	✓	✓
B7	Beitragsfreistellung bei Arbeitslosigkeit			
B7-3	Dauer der beitragsfreien Weiterführung bei Arbeitslosigkeit	—	✓ 6 Monate	✓ 12 Monate
B8	Jährliche Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (Summendynamik)			
B9	Garantieleistungen			
B9-1	Künftige Leistungsverbesserungen (Update-Garantie)	—	—	✓
B9-2	Leistungsgarantie gegenüber den GDV-Musterbedingungen	—	—	✓

Abschnitt	Beschreibung	Basis	Komfort	Premium
Hilftabellen für die progressiven Invaliditätsleistungen				
	Höhe der Invaliditätsleistung – Progression 225 Prozent Plus	✓	✓	✓
	Höhe der Invaliditätsleistung – Progression 350 Prozent Plus	✓	✓	✓
	Höhe der Invaliditätsleistung – Progression 500 Prozent Plus	✓	✓	✓
Versicherungsausweis für Rechtsschutzleistungen ARAG Unfall-Schutz				
	Versichert sind vom Leistungsfall unabhängig			
	• ARAG Online Rechts-Service (AORS)	✓	✓	✓
	• ARAG JuraTel®	✓	✓	✓
	• Beratungs-Rechtsschutz für eine Vorsorgevollmacht, Patienten-, Sorgerechtsverfügung	250 € pro Jahr	250 € pro Jahr	250 € pro Jahr
	Bei einem Unfall oder sich abzeichnendem Leistungsfall			
	• Opfer-Rechtsschutz (Europa: unbegrenzt Welt: 100.000 €)	✓	✓	✓
	• Schadenersatz-Rechtsschutz (Europa: unbegrenzt Welt: 100.000 €)	✓	✓	✓
	• Patienten-Rechtsschutz nach Behandlungsfehlern (Europa: unbegrenzt Welt: 100.000 €)	✓	✓	✓
	• Beratungs-Rechtsschutz im Familien-, Lebenspartnerschafts- und Erbrecht	1.000 €	1.000 €	1.000 €
	• Beratungs-Rechtsschutz zur Testamentserstellung je Vertragsdauer	500 €	500 €	500 €
	• Sozial-Rechtsschutz (Europa: unbegrenzt Welt: 100.000 €)	✓	✓	✓

Unfall-Schutzbrief – Alltagshelfer® – Alltagshelfer® Plus (USB 2024) – Leistungsübersicht

Hier finden Sie die wichtigsten Leistungen Ihrer Versicherung auf einen Blick. Bitte beachten Sie: Maßgeblich ist die konkrete Formulierung zu den einzelnen Leistungen in den Bedingungen. Wir haben zu jeder Leistung die genaue Textstelle angegeben.

Zeichenerklärung: ✓ mitversichert ○ optional versicherbar — nicht versichert | ausgeschlossen

Teil C Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Unfall-Schutzbrief, Alltagshelfer® und Alltagshelfer® Plus (USB 2024)

Abschnitt	Beschreibung	Unfall-Schutzbrief	Alltagshelfer®	Alltagshelfer® Plus
C1	Versicherte Ereignisse			
C1-1	Hilfeleistungen nach einem Unfall	✓	✓	✓
	• Leistungsdauer ab Datum des Unfallereignisses bis	9 Monate	9 Monate	9 Monate
C1-2	Hilfeleistungen bei ambulanten Operationen vollstationären Krankenhausbehandlungen	—	✓	✓
	• Versicherte bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres: Leistungsdauer ab Datum der ambulanten Operation des vollstationären Krankenhausaufenthalts bis ... nach der Entlassung	—	1 Monat	1 Monat
	• Versicherte ab Vollendung des 67. Lebensjahres: Leistungsdauer ab Datum der ambulanten Operation des vollstationären Krankenhausaufenthalts bis ... nach der Entlassung	—	10 Tage	10 Tage
C1-3	Leistung bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit von mindestens 8 Kalendertagen	—	—	✓
	• Versicherte bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres: Leistungsdauer ab Datum der Arbeitsunfähigkeit, bis zu ... pro Fall, maximal dreimal je Versicherungsjahr	—	—	20 Tage
	• Versicherte ab Vollendung des 67. Lebensjahres: Leistungsdauer ab Datum der Krankheit, bis zu einmal je Versicherungsjahr	—	—	10 Tage
C1-4	Geburt eines Kindes von einer im Haushalt lebenden Person – Leistungsumfang: täglicher Menüservice, Einkäufe und Besorgungen, Wäscheservice, Wohnungsreinigung, Kinder- und Haustierbetreuung, psychologische telefonische Erstberatung	—	14 Tage	14 Tage
C1-4.2	Todesfall in der Familie – Leistungsumfang: täglicher Menüservice, Einkäufe und Besorgungen, Wäscheservice, Wohnungsreinigung, Kinder- und Haustierbetreuung, psychologische telefonische Erstberatung	—	14 Tage	14 Tage
C1-4.3	Leistung bei gewerkschaftlich organisierten Streiks bei den öffentlichen Verkehrsmitteln, öffentlichen Kindertagesstätten, Pflegeheimen oder Krankenhäusern; Aufwandsentschädigung mit Nachweis (z.B. Taxirechnung) je Versicherungsjahr	—	—	50 €/Tag maximal 5 Tage

Abschnitt	Leistungsvoraussetzung	Unfall	Ambul. OP Krankenh.	Arbeits- unfähigkeit	Geburt Todesfall
C3	Welche Leistungen sind versichert?				
C3-1	Täglicher Menüservice	✓	✓	✓	✓
C3-2	Einkaufsdienst 1-mal wöchentlich	✓	✓	✓	✓
C3-3	Erledigung der Wäsche 1-mal wöchentlich	✓	✓	✓	✓
C3-4	Reinigung der Wohnung 1-mal wöchentlich	✓	✓	✓	✓
C3-5	Installation einer Hausnotrufanlage	✓	✓	✓	—
C3-6	Tag- und Nachtwache nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation bis 48 Stunden	✓	✓	—	—
C3-7	Begleitung zu Arzt- und Behördengängen bis 7-mal pro Woche	✓	✓	✓	—

Abschnitt	Leistungsvoraussetzung	Unfall	Ambul. OP Krankenh.	Arbeits- unfähigkeit	Geburt Todesfall
C3-8	Fahrdienste zur Krankengymnastik und zu Therapien bis 7-mal pro Woche	✓	✓	✓	—
C3-9	Sonstige notwendige Hilfsleistungen nach einem Unfallereignis	bis 1.000 €	—	—	—
C3-10	Tägliche persönliche Grundpflege (Körperpflege, an- und auskleiden, lagern, betten, Nahrungsmittelzubereitung, -aufnahme, Notdurft)	✓	✓	✓	—
C3-11	Pflegeberatung – Info zur gesetzlichen Pflegeversicherung, Beratung, Auswahl, Anschaffung von Hilfsmitteln	✓	✓	✓	—
C3-12	Pfleges Schulung für Angehörige (einmalig)	✓	✓	✓	—
C3-13	Hilfeleistung und Pflege für den pflegebedürftigen Partner/Verwandten 1. Grades	✓	✓	✓	—
C3-14	Aufwandsentschädigung bei einem gewerkschaftlich organisierten Streik von mindestens einen Tag bis 50 € (nur bei Alltagshelfer® Plus)				
C4	Weitere versicherte Kosten				
C4-1	Entschädigungsgrenze	30.000 €	30.000 €	30.000 €	30.000 €
C4-2	Soforthilfe weltweit nach einem Unfall	bis 1.000 €	—	—	—
C4-3	Kinderbetreuung bis zu 14 Tage bis 100 €/Tag	✓	✓	✓	✓
C4-4	Fahrdienst für Kinder bis zu 14 Tage bis 100 €/Tag	✓	✓	✓	—
C4-5	Nachhilfestunden bis zu 14 Tage bis 100 €/Tag	✓	✓	✓	—
C4-6	Kosten für Krankenbesuch versicherter Kinder bis zum 14. Lebensjahr	✓	✓	✓	—
C4-7	Rooming-in-Kosten bis zu 14 Tage bis zum 14. Lebensjahr	✓	✓	✓	—
C4-8	Haustierunterbringung/Haustierbetreuung bis zu 14 Tage bis 100 €/Tag	✓	✓	✓	✓
C4-9	Winter-/Streudienste, soweit Verkehrssicherungspflicht besteht, bis 100 €/Woche	✓	✓	✓	—
C4-10	Gartenpflege bis 100 €/Woche	✓	✓	✓	—
C4-11	Kleine hausmeisterliche Tätigkeiten bis 500 €	✓	✓	✓	—
C4-12	Briefkastenleerung 1-mal wöchentlich bis 100 €	✓	✓	✓	—
C4-13	Psychologische telefonische Hilfe	✓	✓	✓	✓
C4-14	Beratung für behindertengerechtes Wohnen, Umzug und Fahrzeugumbau	✓	✓	✓	—
C4-15	Reisepreiserstattung für die versicherte Person/Mitreisende bis 50 % der Reisekosten, maximal 1.000 €	✓	—	—	—
C4-16	Transportkosten zum Krankenhaus, Spezialklinik oder Dekompressionskammer	✓	—	—	—
C4-17	Krankenrücktransport inkl. Übernachtungskosten	✓	—	—	—
C4-18	Mehraufwand für Rückkehr der verletzten Person zum Wohnsitz nach Heilbehandlung	✓	—	—	—
C4-19	Mehraufwand für die Rückreise mitreisender Personen zum Wohnsitz	✓	—	—	—
C4-20	Mehraufwand für außerplanmäßige Rückreise von Gepäck und Haustieren	✓	—	—	—
C4-21	Such-, Rettungs- und Bergungskosten	✓	—	—	—
C4-22	Überführungs- (In- und Ausland) und Bestattungskosten (Ausland)	✓	—	—	—
C4-23	Kosten für Arzneimittel- und Brillenversand	✓	—	—	—
C4-24	Ersatz der Kosten für Schadenmeldung aus dem Ausland bis 25 €	✓	—	—	—
C5	Reha-Management bis insgesamt maximal 30.000 €				
	<p>Leistungsumfang Leistungsdauer bis zu 3 Jahre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persönliche Reha-Betreuung, -Begleitung, -Beratung, -Unterstützung im medizinischen, beruflichen und privaten Bereich • Kontinuierliche Überwachung des gesamten Heilungsprozesses, Koordination der Versorgungsmaßnahmen, Bedürftigkeitsprüfung für gegebenenfalls mitversicherte Hilfs- und Pflegeleistungen • Informationen über Behindertensport, Selbsthilfegruppen, behindertengerechtes Bauen/Umbauen, Verbände und Institutionen, soziale Einrichtungen, Möglichkeiten einer betreuten Rückkehr ins eigene Heim etc. 	✓	✓	✓	—

Abschnitt Leistungsvoraussetzung

		Unfall	Ambul. OP Krankenh.	Arbeits- unfähigkeit	Geburt Todesfall
C6-1	Nennung von Dienstleistern (keine Beauftragung und Kostenübernahme) <ul style="list-style-type: none"> • Fachanwälte aus dem ARAG SE Anwaltsnetzwerk • Versorgungsleistungen für die verletzte oder erkrankte Person, zum Beispiel Menüservice, Pflegekräfte, Fahrdienste • Versorgung des Haushalts, zum Beispiel Einkaufs-, Wäsche- und Reinigungsdienste für die Wohnung • Hausmeisterdienste • Beratung über Pflege • Betreuungsdienste von im Haushalt lebenden Personen • Berater über technische Hilfsmittel • Hilfe auf Reisen • Technische Hilfsmittel im Haushalt 	✓	✓	✓	✓
C6-2	Information über die Möglichkeiten einer ärztlichen Versorgung	✓	✓	✓	✓
C6-3	Information über einen niedergelassenen Arzt/Vermittlung eines niedergelassenen Arztes	✓	✓	✓	✓
C6-4	Kontaktherstellung zwischen Hausarzt und dem behandelnden Arzt	✓	✓	✓	✓
C6-5	Benachrichtigung von Angehörigen, Arbeitgeber, sonstigen Personen	✓	✓	✓	✓
C6-6	Beratung behindertengerechtes Wohnen, Umzug, Umbau des Fahrzeugs	✓	✓	✓	✓
Versicherungsausweis für Rechtsschutzleistungen ARAG Unfall-Schutz					
Versichert sind vom Leistungsfall unabhängig					
	• ARAG Online Rechts-Service (AORS)	✓	✓	✓	✓
	• ARAG JuraTel®	✓	✓	✓	✓
	• Beratungs-Rechtsschutz für eine Vorsorgevollmacht, Patienten-, Sorgerechtsverfügung	250 € pro Jahr	250 € pro Jahr	250 € pro Jahr	250 € pro Jahr
Bei einem Unfall oder sich abzeichnendem Leistungsfall					
	• Opfer-Rechtsschutz (Europa: unbegrenzt Welt: 100.000 €)	✓	✓	✓	✓
	• Schadenersatz-Rechtsschutz (Europa: unbegrenzt Welt: 100.000 €)	✓	✓	✓	✓
	• Patienten-Rechtsschutz nach Behandlungsfehlern (Europa: unbegrenzt Welt: 100.000 €)	✓	✓	✓	✓
	• Beratungs-Rechtsschutz im Familien-, Lebenspartnerschafts- und Erbrecht	1.000 €	1.000 €	1.000 €	1.000 €
	• Beratungs-Rechtsschutz zur Testamentserstellung je Vertragsdauer	500 €	500 €	500 €	500 €
	• Sozial-Rechtsschutz (Europa: unbegrenzt Welt: 100.000 €)	✓	✓	✓	✓

Inhaltsverzeichnis

ARAG Unfall-Schutz 2024 – Leistungsübersicht	3
Unfall-Schutzbrief – Alltagshelfer® – Alltagshelfer® Plus (USB 2024) – Leistungsübersicht	13
Inhaltsverzeichnis	16
Versicherteninformation ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	17
Wichtige Hinweise	21
Teil A Allgemeine Vertragsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB 2024)	22
A1 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?	22
A2 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	23
A3 Was müssen Sie bei Erreichen eines bestimmten Lebensjahres und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?	24
A4 Wann dürfen wir den Tarifbeitrag und die Bedingungen anpassen?	25
A5 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	25
A6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	26
A7 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?	27
A8 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?	27
A9 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?	28
A10 Welches Recht findet Anwendung?	28
A11 Sanktionsklausel	29
Teil B Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Unfallschutz (AUB 2024)	30
B1 Was ist versichert?	30
B2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?	35
B3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?	57
B4 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	58
B5 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	58
B6 Wann sind die Leistungen fällig?	58
B7 Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit	59
B8 Jährliche Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (Summendynamik)	60
B9 Garantieleistungen	61
Hilfstabellen für die progressiven Invaliditätsleistungen	62
Teil C ARAG Unfall-Schutzbrief-Bedingungen (USB 2024) Unfall-Schutzbrief – Alltagshelfer® – Alltagshelfer® Plus	65
C1 Was ist versichert?	65
C2 In welchem Umfang erbringen wir die Leistungen?	66
C3 Welche Leistungen sind versichert?	67
C4 Weitere versicherte Kosten	69
C5 Reha-Manager	72
C6 Weitere Serviceleistungen	73
C7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	74
C8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	75
Versicherungsausweis für Rechtsschutzleistungen ARAG Unfall-Schutz	76
Was müssen Sie im Leistungsfall tun?	76
Ansprechpartner im Rechtsschutzfall und Beschwerdestellen	76
Anwendbares Recht, zuständiges Gericht, verwendete Sprache	77
Versicherungsumfang	77

Versicherteninformation ARAG Allgemeine Versicherungs-AG

nach § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung

1 Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers

Vertragspartner für Ihre Unfall-Schutz Versicherung ist die
ARAG Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft (nachfolgend ARAG)
ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Dr. h. c. Paul-Otto Faßbender
Vorstand: Christian Vogée (Sprecher),
Uwe Grünewald, Zouhair Haddou-Temsamani, Katrin Unterberg
Sitz und Registergericht: Düsseldorf, HRB 10418
USt-ID-Nr.: DE 811 125 216

Risikoträger für die Rechtsberatung und Rechtsschutzleistungen ist die
ARAG SE
ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Dr. h. c. Paul-Otto Faßbender
Vorstand: Dr. Renko Dirksen (Sprecher),
Dr. Matthias Maslaton, Wolfgang Mathmann,
Dr. Shiva Meyer, Hanno Petersen, Dr. Joerg Schwarze
Sitz und Registergericht: Düsseldorf, HRB 66846
USt-ID-Nr.: DE 119 355 995

2 Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Die Hauptgeschäftstätigkeit der ARAG Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft ist die Sach-, Haftpflicht-, Unfall- und Schutzbriefversicherung.

3 Vertragsbedingungen und wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Dem ARAG Unfall-Schutz liegen die ARAG Unfall-Schutz Versicherungsbedingungen (AUSB 2024), in der bei Antragstellung geltenden Fassung zugrunde. Der Text der vereinbarten Bedingungen ist beigefügt.

Die Leistung wird als einmalige Kapitalleistung oder als monatliche Rente gezahlt. Der Umfang des Versicherungsschutzes richtet sich nach den individuell ausgewählten Leistungsarten

Der ARAG Unfall-Schutz unterscheidet acht Leistungsarten, wobei Sie mindesten den Versicherungsschutz für die Invaliditätsleistung und/oder Unfallente mit uns vereinbaren müssen. Die übrigen Leistungsarten können sie individuell vereinbaren.

- Invaliditätsleistung
- Lebenslange Unfallrente – wahlweise mit Hinterbliebenen-Versorgung
- Erweiterte Übergangsleistung
- Kapitalsofortleistung bei schweren Unfallverletzungen – wahlweise mit einer Kapitalsofortleistung bei Krebs- oder Organerkrankungen
- Krankenhaustagegeld – wahlweise mit Arbeitsunfähigkeitstagegeld
- Todesfall-Leistung
- UnfallPlus
- FitPlus

Sie können darüber hinaus – auch als Einzelvertrag – den

- Unfall-Schutzbrief: Hilfeleistungen bei Unfällen
- Alltagshelfer®: Hilfeleistungen bei ambulanten Operationen und bei vollstationären Krankenhausaufenthalten
- Alltagshelfer® Plus: Hilfeleistung bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit mit uns vereinbaren.

4 Beiträge zur Versicherung

Die Beiträge zu Ihrer Versicherung finden Sie auf Ihrem Antrag.

5 Zusätzliche Kosten

Es entstehen keine zusätzlichen vertraglichen Kosten.

6 Beitragszahlung

Der Beitrag einschließlich der Zuschläge ist ein Jahresbeitrag und wird ab Versicherungsbeginn berechnet. Sie können den Beitrag jährlich zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zahlen, aber auch monatlich, vierteljährlich oder halbjährlich.

Der Erstbeitrag wird nach Abschluss des Vertrags zum vereinbarten Versicherungsbeginn fällig. Bei späterer Zahlung beginnt der Versicherungsschutz erst mit dem Tag der Zahlung. Ausnahme: Sie sind für die verspätete Zahlung nicht verantwortlich.

Folgebeiträge zahlen Sie im vereinbarten Zeitraum jeweils zum Monatsanfang.

Wenn Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt haben, müssen Sie dafür sorgen, dass wir die Beiträge von dem angegebenen Konto einziehen können.

Verträge mit Beitrag nach einem Assekuranztarif führen wir nach Wegfall der Voraussetzungen hierfür zum Normaltarif fort.

Während der Vertragslaufzeit unterliegen die Beiträge einer Beitragsanpassung aufgrund des gestiegenen Alters der versicherten Person (Erhöhung oder Verminderung).

7 Gültigkeitsdauer der zur Verfügung stehenden Informationen

An konkrete Informationen zu Produkten der ARAG Allgemeinen Versicherungs-AG, insbesondere hinsichtlich der genannten Beiträge, halten wir uns einen Monat lang gebunden.

8 Zustandekommen des Vertrags, Antragsbindungsfrist, Beginn des Versicherungsschutzes

Der Vertrag kommt durch den Antrag auf den Unfallschutz seitens eines Vertragspartners und die Annahme dieses Antrags durch den anderen Vertragspartner zustande. Der Antragsteller hält sich an seinen Antrag einen Monat gebunden. Eine Antragsannahme der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG erfolgt durch die Ausstellung eines Versicherungsscheins oder einer Annahmeerklärung.

Bei einer Anfrage durch den Versicherungsnehmer (Invitatio-Antrag) erfolgt das Angebot durch die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG und die Annahme des Angebots durch Annahmeerklärung des Versicherungsnehmers.

Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt, sofern der Erstbeitrag rechtzeitig gezahlt wird.

9 Abweichender Versicherungsschein

Bei Abweichungen des Versicherungsscheins von dem Inhalt Ihres Antrags oder den mit Ihnen getroffenen Vereinbarungen genehmigen Sie die Abweichungen.

Voraussetzungen:

Wir weisen Sie mit einem auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf jede Abweichung und deren Rechtsfolge hin.

Wir informieren Sie mit der Zusendung des Versicherungsscheins, dass die Abweichungen genehmigt sind. Dies gilt, soweit Sie den Vertrag nicht innerhalb eines Monats in Textform widerrufen haben.

Haben wir Sie nicht über die Abweichungen informiert, gilt der Vertrag mit Ihren Angaben zum Antrag.

Sie können den Vertrag wegen Irrtums anfechten. Einen Verzicht darauf können wir nicht mit Ihnen vereinbaren.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- die Widerrufsbelehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
- und die weiteren in § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung aufgeführten Informationen jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: ARAG Allgemeine Versicherungs-AG, ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf, Telefax +49 211 963 28 50, E-Mail service@ARAG.de

Widerrufsbelehrung

Die vollständige Widerrufsbelehrung einschließlich der Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen erhalten Sie zusammen mit Ihrem Antrag.

11 Laufzeit und Beendigung des Vertrags, vor allem durch Kündigung

Die vereinbarte Laufzeit des Vertrags folgt aus den konkreten Vertragsvereinbarungen (zum Beispiel dem Antrag).

Der Vertrag können Sie und wir erstmalig zum Ende der vereinbarten Vertragslaufzeit kündigen. Wird der Vertrag nicht gekündigt, verlängert sich das Vertragsverhältnis bei Verträgen von mindestens einjähriger Vertragsdauer mit dem Ablauf der vereinbarten Vertragszeit um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr stillschweigend.

Sie können den Vertrag jederzeit (täglich) kündigen, erstmalig zum Ende der vereinbarten Vertragslaufzeit. Der Vertrag endet dann frühestens einen Tag nach Zugang Ihrer Erklärung bei uns. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird, spätestens jedoch am Ende des laufenden Versicherungsjahres.

Wir können den Vertrag zum Ende des vereinbarten Versicherungsjahres kündigen. Unsere Kündigung muss Ihnen spätestens drei Monate vor Ablauf der jeweiligen Vertragszeit zugehen.

Sie und wir können den Vertrag vorzeitig kündigen, wenn wir eine Leistung aus diesem Vertrag, erbringen oder Sie Klage auf eine Leistung gegen uns erhoben haben.

12 Anwendbares Recht, zuständiges Gericht, Kommunikationsprache

Der Aufnahme von Beziehungen zum Versicherungsnehmer vor Abschluss einer Unfallversicherung liegt ebenso das Recht der Bundesrepublik Deutschland zugrunde wie einer abgeschlossenen Unfallversicherung.

Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gelten die inländischen Gerichtsstände nach §§ 13, 17, 21, 29 ZPO und § 215 VVG.

Die Versicherungsbedingungen und sämtliche vor oder nach Vertragsschluss ausgehändigten Informationen werden in deutscher Sprache verfasst. Auch während der Laufzeit der Unfallversicherung wird die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG die Kommunikation in deutscher Sprache führen.

13 Außergerichtliches Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Unser Interesse ist es, Sie mit unseren Leistungen zufriedenzustellen. Sollte das einmal nicht gelingen, nehmen Sie am besten direkt Kontakt zu uns auf, um die Angelegenheit zu klären.

Dazu können Sie auf der Homepage der ARAG SE (www.arag.de) im Impressum das Online-Beschwerdeformular ausfüllen.

Wir sind Mitglied im Verein „Versicherungsombudsmann e.V.“ Das ist eine unabhängige Einrichtung der deutschen Versicherungswirtschaft zur Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Verbrauchern und Versicherungsunternehmen. Sie können sich an diese Stelle wenden, wenn es sich um

- einen Anspruch aus dem Versicherungsvertrag oder
- dessen Anbahnung oder Vermittlung handelt:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Die Möglichkeit, gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, bleibt Ihnen weiterhin erhalten.

14 Beschwerdegesuch bei der zuständigen Aufsichtsbehörde

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, eine Beschwerde direkt an die zuständige Aufsichtsbehörde zu senden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bafin.de

Wichtige Hinweise

Allgemeine Vertragsvereinbarungen

Die aufgrund des Antrages abgeschlossenen Versicherungen

- Unfall-Schutz
 - Unfall-Schutzbrief, Alltagshelfer® und Alltagshelfer® Plus
- sind rechtlich selbstständige und voneinander unabhängige Verträge.

Den abgeschlossenen Versicherungen liegen die aktuellen

- Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2024) und/oder
 - die Unfall-Schutzbrief-, Alltagshelfer®- und Alltagshelfer®-Plus-Bedingungen (USB 2024).
- zugrunde.

Nicht versicherbare Personen

Nicht versicherbar sind pflegebedürftige Personen ab Pflegegrad 2 im Sinne von § 15 SGB XI in der Fassung vom 01.01.2020 und drogenabhängige Personen.

Erhebliche Krankheiten

Erhebliche Krankheiten bzw. Gebrechen sind in der

- **Unfallversicherung**
AIDS/HIV-Infektion, Alkoholismus, Alzheimer, Hämophilie (Bluterkrankheit), Apoplexie (Schlaganfall), Autismus, Blindheit (beide Augen), koronare Herzerkrankungen, Demenz, Down-Syndrom, Drogenabhängigkeit, Taubheit (beide Ohren), Geisteskrankheit, Leberzirrhose, Medikamenten-Abhängigkeit, Parkinson, Mukoviszidose, Multiple Sklerose, Polyneuropathie, Schizophrenie, Glasknochen
- **Für Unfall-Schutzbrief, Alltagshelfer® und Alltagshelfer® Plus gelten außerdem** Diabetes, Epilepsie, Psychosen

Alle mitversicherten Personen müssen die Auskunft über das Bestehen erheblicher Krankheiten erteilen.

Änderung der Berufstätigkeit

Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrages hängt auch von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Änderungen der beruflichen Tätigkeit sind deshalb unverzüglich anzuzeigen. Pflichtwehrdienst, Zivildienst oder militärische Reserveübungen fallen nicht darunter.

Die Einteilung in Berufs-/Gefahrengruppen erfolgt nach der ausgeübten Berufstätigkeit.

- Gefahrengruppe „A“:
Personen, die kaufmännisch, verwaltend, planend, gestaltend, lehrend im Innen- oder Außendienst der Wirtschaft bzw. Verwaltung tätig sind.
- Gefahrengruppe „B“:
Personen, die körperliche (auch sportliche) oder handwerkliche Berufsarbeit verrichten (einschl. mitarbeitender Meister)

Personen, die sich in der Ausbildung befinden, wie zum Beispiel Studenten, Auszubildende, Volontäre, Praktikanten, sind nach dem jeweiligen Ausbildungsberuf einzustufen.

Teil A Allgemeine Vertragsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB 2024)

Die Allgemeinen Vertragsbedingungen für die Unfallversicherung gelten für den

- ARAG Unfall-Schutz (AUB 2024) – Teil B;
- ARAG Unfall-Schutzbrief, ARAG Alltagshelfer® und ARAG Alltagshelfer® Plus (USB 2024) – Teil C

A1 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

A1-1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass Sie den ersten oder den einmaligen Beitrag unverzüglich, spätestens jedoch nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.

A1-2 Dauer und Ende des Vertrags

A1-2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

A1-2.2 Stillschweigende Verlängerung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht gekündigt wird. Kündigen können sowohl Sie als auch wir.

A1-2.3 Vertragsbeendigung

A1-2.3.1 Kündigung des Vertrags durch Sie

Sie können den Vertrag

- jederzeit (täglich) kündigen
- erstmalig zum Ablauf der mit Ihnen im Versicherungsschein vereinbarten Vertragsdauer.

Der Vertrag endet frühestens einen Tag nach Zugang Ihrer Erklärung bei uns. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird, spätestens jedoch zum Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres.

A1-2.3.2 Kündigung des Vertrags durch uns

Wir können den Vertrag zum vereinbarten Ablauftermin kündigen. Unsere Kündigung muss Ihnen spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugehen.

A1-3 Kündigung des Vertrags nach einem Versicherungsfall

Nach einem Versicherungsfall können Sie oder wir den Vertrag kündigen

- wenn wir erstmals eine Leistung erbracht haben oder
- wenn wir erstmals eine Invaliditätsleistung oder die Unfallrente gezahlt haben oder
- wenn Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

Ihre Kündigung muss uns spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits zugegangen sein. Wenn Sie kündigen, wird Ihre Kündigung wirksam, sobald sie uns zugeht. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird; spätestens jedoch zum Ablauf des Versicherungsjahres.

Ihr tägliches Kündigungsrecht nach A1-2.3.1 bleibt unberührt.

Unsere Kündigung muss Ihnen spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits zugegangen sein. Unsere Kündigung wird einen Monat, nachdem Sie sie erhalten haben, wirksam.

A1-4 Kündigung des Vertrags bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in Ausland

Verlegen Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb Deutschlands, endet das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer gesonderten Vereinbarung fortgesetzt wird.

Eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes liegt vor, wenn Sie

- sich mehr als zwölf Monate ununterbrochen in einem Staat außerhalb Deutschlands aufhalten oder
- Ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland aufgeben (Abmeldebescheinigung erforderlich).

Bitte beachten Sie Ihre Mitteilungspflicht bei Änderung ihrer Anschrift nach A9-2.

A1-5 Rückwirkende Aufhebung (Wahlrecht) des vereinbarten Versicherungsschutzes nach Feststellung eines Pflegegrades nach SGB XI

Wird bei der versicherten Person erstmalig ein Pflegegrad im Sinne der sozialen Pflegeversicherung §§ 14, 15 SGB XI in der Fassung vom 01.01.2020 festgestellt, so können Sie auf Antrag verlangen, dass wir den Versicherungsschutz ab der Feststellung des Pflegegrades für die versicherte Person aufheben.

In diesem Fall erstatten wir den Beitrag für die betroffene Person ab dem Zeitpunkt der Feststellung, maximal jedoch für die letzten drei Jahre zurück.

A1-6 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

Ausnahme:

Besteht die vereinbarte Vertragsdauer nicht aus ganzen Jahren, wird das erste Versicherungsjahr entsprechend verkürzt. Die folgenden Versicherungsjahre bis zum vereinbarten Vertragsablauf sind jeweils ganze Jahre.

Beispiel:

Bei einer Vertragsdauer von 15 Monaten beträgt das erste Versicherungsjahr drei Monate, das folgende Versicherungsjahr zwölf Monate.

A2 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

A2-1 Beitrag und Versicherungssteuer

A2-1.1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode

Die Beiträge können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlen. Danach bestimmt sich die Dauer der Versicherungsperiode. Sie beträgt

- bei Monatsbeiträgen einen Monat
- bei Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr
- bei Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und
- bei Jahresbeiträgen ein Jahr.

A2-1.2 Versicherungssteuer

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

A2-2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag

A2-2.1 Fälligkeit der Zahlung

Wenn Sie den Versicherungsschein von uns erhalten, müssen Sie den ersten Beitrag unverzüglich, spätestens jedoch nach Ablauf von 14 Tagen bezahlen.

A2-2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Wenn Sie den ersten Beitrag zu einem späteren Zeitpunkt bezahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem späteren Zeitpunkt. Darauf müssen wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam gemacht haben.

Wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben, beginnt der Versicherungsschutz zum vereinbarten Zeitpunkt.

A2-2.3 Rücktritt

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht bezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

A2-3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

A2-3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

A2-3.2 Verzug

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, geraten Sie in Verzug, auch wenn Sie keine Mahnung von uns erhalten haben.

Dies gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist.

A2-3.3 Zahlungsfrist

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.

Unsere Zahlungsaufforderung ist nur wirksam, wenn sie folgende Informationen enthält:

- Die ausstehenden Beträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
- die Rechtsfolgen, die nach A2-3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind, müssen angegeben sein.

A2-3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung

Wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag nicht bezahlt haben

- besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz.
- können wir den Vertrag kündigen, ohne eine Frist einzuhalten.

Wenn Sie nach unserer Kündigung innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag bezahlen, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Zahlung besteht kein Versicherungsschutz.

A2-4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

Wenn wir die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart haben, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie der Einziehung nicht widersprechen.

Die Zahlung gilt auch als rechtzeitig, wenn der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht eingezogen werden kann und Sie nach einer Aufforderung in Textform unverzüglich zahlen.

Wenn Sie es zu vertreten haben, dass der fällige Beitrag nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig eine andere Zahlungsweise zu verlangen.

Sie müssen allerdings erst dann zahlen, wenn wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben.

A2-5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags haben wir nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum des Versicherungsschutzes entspricht.

A3 Was müssen Sie bei Erreichen eines bestimmten Lebensjahres und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

A3-1 Änderung des Tarifbeitrags mit steigendem Alter der versicherten Person

Je nach erreichtem Alter der versicherten Person passen wir den Tarifbeitrag bei einigen Leistungsarten (B2) entsprechend der Altersgruppe an. Als erreichtes Alter gilt das zu Beginn des Versicherungsjahres vollendete Lebensalter der versicherten Person.

Dem Tarifbeitrag liegen folgende Altersgruppen (vollendete Lebensjahre) zugrunde:

- 1 bis 17
- 18 bis 24
- 25 bis 29
- 30 bis 34
- 35 bis 39
- 40 bis 44
- 45 bis 49
- 50 bis 54
- 55 bis 59
- 60 bis 66
- 67 bis 74
- 75 bis 79
- 80 bis 84
- ab 85

Die Anpassung des Tarifbeitrags wird zu Beginn des Versicherungsjahrs wirksam. Der Tarifbeitrag kann sich, je nach vereinbarter Leistungsart, erhöhen oder verringern.

Wenn sich der Tarifbeitrag erhöht, können Sie den Versicherungsvertrag zu dem Zeitpunkt kündigen, an dem die Erhöhung wirksam wird. Ihre Kündigung muss uns innerhalb eines Monats zugehen, nachdem Ihnen unsere Mitteilung über die Erhöhung des Tarifbeitrags zugegangen ist.

In der Mitteilung werden wir Sie auf Ihr außerordentliches Kündigungsrecht hinweisen.
Ihr tägliches Kündigungsrecht nach A1-2.3.1 bleibt unberührt.

A3-2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Die Höhe des Beitrags und die Versicherbarkeit hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab.

Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis.

A3-2.1 Mitteilung der Änderung

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Freiwilliger Wehrdienst, militärische Reserveübungen und befristete freiwillige soziale Dienste (zum Beispiel Bundesfreiwilligendienst) fallen nicht darunter.

A3-2.2 Auswirkungen der Änderung

Errechnen sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleichbleibendem Beitrag nach dem vereinbarten Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Auch die neu errechneten Versicherungssummen gelten für berufliche und außerberufliche Unfälle.

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

A3-2.3 Versehentliche Nichtanzeige eines Berufswechsels (Versehensklausel)

Unsere Leistungspflicht wird durch ein versehentliches Unterlassen einer Anzeige über die Änderung der Berufstätigkeit nicht beeinträchtigt, wenn

- Sie bzw. die versicherte Person nachweisen, dass es sich um ein Versehen handelte und
- die Anzeige über den Wechsel des Berufs unverzüglich nachgeholt wird.

Die Beitragsberechnung bzw. -berichtigung erfolgt nachträglich. Sie gilt ab dem Zeitpunkt der beruflichen Veränderung.

A4 Wann dürfen wir den Tarifbeitrag und die Bedingungen anpassen?

– entfällt –

A5 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

A5-1 Fremdversicherung

Die Ausübung der Rechte aus diesem Vertrag steht ausschließlich Ihnen als Versicherungsnehmer zu. Das gilt auch, wenn die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen ist, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung).

Wir zahlen Leistungen aus dem Versicherungsvertrag auch dann an Sie aus, wenn der Unfall nicht Ihnen, sondern einer anderen versicherten Person zugestoßen ist.

Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

A5-2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

A5-3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

A6-1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir

- nach Ihrer Vertragserklärung
- aber noch vor Vertragsannahme in Textform stellen.

Soll eine andere Person als Sie selbst versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

A6-2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann erhebliche Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz haben. Wir können in einem solchen Fall

- vom Vertrag zurücktreten
- den Vertrag kündigen
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

A6-2.1 Rücktritt

Wird die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, können wir vom Vertrag zurücktreten.

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine vorsätzliche
- noch eine grob fahrlässige

Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

Auch wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag möglicherweise zu anderen Bedingungen (zum Beispiel höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung bestehen:

Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

A6-2.2 Kündigung

Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (zum Beispiel höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis, der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

A6-2.3 Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (zum Beispiel höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen hin rückwirkend Vertragsbestandteil.

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (A2-1.1) Vertragsbestandteil.

Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn

- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 Prozent erhöhen oder
- wir die Gefahrsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.
Ihr tägliches Kündigungsrecht nach A1-2.3.1 bleibt unberührt.

A6-3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte bei Rücktritt, Kündigung oder Vertragsänderung

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen.

Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Monatsfrist noch nicht verstrichen ist.

Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen.

Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

A6-4 Anfechtung

Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist.

Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

A6-5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Absätze A6-1 bis A6-4 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

A7 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

A7-1 Gesetzliche Verjährung

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

A7-2 Aussetzung der Verjährung

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns geltend gemacht worden, ist die Verjährung gehemmt. Dies gilt von der Geltendmachung bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

A8 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

A8-1 Ihre Beschwerdemöglichkeiten

Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

A8-1.1 ARAG Beschwerde-Management

Unser Interesse ist es, Sie mit unseren Leistungen zufriedenzustellen. Sollte das einmal nicht gelingen, nehmen Sie am besten direkt Kontakt zu uns auf, um die Angelegenheit zu klären.

Dazu können Sie auf der Homepage der ARAG SE (www.arag.de) im Impressum das Online-Beschwerdeformular ausfüllen.

A8-1.2 Versicherungsombudsmann

Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich auch an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle.

Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Vertrag online (zum Beispiel über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

A8-1.3 Versicherungsaufsicht

Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

A8-2 Zuständige Gerichte

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten:

A8-2.1 Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns sind folgende Gerichte zuständig:

- das Gericht am Sitz unseres Unternehmens oder unserer Niederlassung, die für Ihren Vertrag zuständig ist.
- das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.

A8-2.2 Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie ist das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, das Gericht Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig.

A9 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?

A9-1 Mitteilung an uns

Anzeigen oder Erklärungen sind an folgende Stellen zu richten:

- an unsere Hauptverwaltung oder
- an die Geschäftsstelle, die für Sie zuständig ist. Welche Geschäftsstelle dies ist, ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein oder aus dessen Nachträgen.

A9-2 Änderung Ihrer Anschrift

Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.

Wenn Sie dies nicht tun und wir Ihnen gegenüber einer rechtlichen Erklärung abgeben wollen, gilt Folgendes:

Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung als zugegangen, wenn wir sie per Einschreiben an Ihre letzte uns bekannte Anschrift geschickt haben.

Das gilt auch, wenn Sie uns eine Änderung Ihres Namens nicht mitteilen.

A10 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

A11 Sanktionsklausel

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.
Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Teil B Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Unfallschutz (AUB 2024)

Neben den nachfolgenden Versicherungsbedingungen gelten die „Allgemeine Vertragsbedingungen für die Unfallversicherung“ (siehe Teil A).

B1 Was ist versichert?

B1-1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

B1-2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr.

B1-3 Allgemeiner Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

- ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis)
- unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

B1-4 Erweiterter Unfallbegriff | Ausgeschlossene Unfälle und Gesundheitsschäden

B1-4.1 Unfälle durch erhöhte Kraftanstrengung oder Eigenbewegung

Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung oder eine Eigenbewegung an Gliedmaßen oder an der Wirbelsäule

- ein Gelenk verrenkt
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln zerrt oder zerreißt.

Meniskus und Bandscheiben sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder noch Kapseln. Deshalb werden sie von dieser Regelung nicht erfasst.

Bei der Leistungsvariante Komfort oder Premium gilt als Unfall auch eine durch erhöhte Kraftanstrengung oder Eigenbewegung verursachte Verletzung an Menisken.

Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung, deren Muskeleinsatz über die normalen Handlungen des täglichen Lebens hinausgeht. Maßgeblich für die Beurteilung des Muskeleinsatzes sind die individuellen körperlichen Verhältnisse der versicherten Person.

Eine Eigenbewegung ist eine alltägliche, möglicherweise aber ungeschickt vollzogene, natürliche Körperbewegung, bei der es nicht auf einen über die normalen Handlungen des täglichen Lebens hinausgehenden Muskeleinsatz ankommt.

B1-4.2 Unfälle durch Vergiftungen

Als Unfall gelten Gesundheitsschäden, die die versicherte Person durch

- ausströmende gasförmige Stoffe oder Stäube,
- Nahrungsmittel,
- Pflanzen oder
- die Einnahme fester oder flüssiger Stoffe (Verschlucken) erlitten hat.

Vergiftung durch ausströmende gasförmige Stoffe oder Stäube gelten auch als Unfall, wenn die versicherte Person unbewusst oder unentrinnbar den Einwirkungen – auch mit Unterbrechungen – bis zu einem Zeitraum von sieben Tagen ausgesetzt war.

Vergiftungen durch die Einnahme fester oder flüssiger Stoffe sind bis zum Ablauf des Versicherungsjahres versichert, in dem die versicherte Person das 14. Lebensjahr vollendet hat. Bei der Leistungsvariante Komfort oder Premium gilt die Altersbeschränkung nicht.

B1-4.3 Unfälle unter Wasser

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person unter Wasser unfreiwillig

- erstickt, ertrinkt oder
- einen tauchtypischen Gesundheitsschaden, zum Beispiel die Caissonkrankheit oder eine Trommelfellverletzung, erleidet.

Die Kosten für den Transport bzw. für die Behandlung und Therapie in einer Dekompressionskammer (Druckkammer) erstatten wir im Rahmen der Such-, Rettungs- und Bergungskosten nach B2-9.4.3.

B1-4.4 Gesundheitsschaden durch Höhenkrankheit

Als Unfall gilt bei der Leistungsvariante Premium auch, wenn die versicherte Person durch eine akute Höhenkrankheit (AMS), wie zum Beispiel durch

- ein Höhenlungenödem (HAPE) oder
 - ein Höhenhirnödem (HACE)
- einen Gesundheitsschaden erlitten hat.

B1-4.5 Gesundheitsschaden durch Umwelteinflüsse

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person durch eine unfreiwillig erlittene Erfrierung, auch von einzelnen Körperteilen, einen Gesundheitsschaden erlitten hat.

Bei der Leistungsvariante Komfort oder Premium gilt als Unfall, wenn die versicherte Person durch einen Sonnenstich einen Gesundheitsschaden erlitten hat.

B1-4.6 Gesundheitsschäden durch unfreiwilligen Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmittel oder Atemluft

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person unfreiwillig durch den Entzug von

- Flüssigkeit (Verdursten)
- Nahrungsmitteln (Verhungern) oder
- Atemluft (Ersticken)

einen Gesundheitsschaden erlitten hat.

B1-4.7 Gesundheitsschäden bei der Rettung oder Verteidigung von Personen, Tieren und Sachen

Als Unfall gelten Gesundheitsschäden, welche die versicherte Person bei der rechtmäßigen Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von

- Personen
- Tieren oder
- Sachen

bewusst in Kauf nimmt.

B1-4.8 Gesundheitsschäden durch allergische Reaktionen aufgrund einer Allergie auf Nahrungsmittel oder auf Tierstiche und -bisse

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschäden, die bei der versicherten Person infolge einer allergischen Reaktion durch

- die unbeabsichtigte Einnahme von allergischen Nahrungsmitteln oder
 - Tierstiche und -bisse
- aufgetreten sind.

Bitte beachten Sie die Möglichkeit einer Leistungskürzung durch die Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen nach B3.

B1-4.9 Unfälle als Folge von Bewusstseinsstörung

Ausgeschlossen sind Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen, Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Situation nicht mehr gewachsen ist. Ursachen für die Bewusstseinsstörung können gesundheitliche Beeinträchtigungen, der Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen oder der Missbrauch von nicht ärztlich verordneten Medikamenten sein.

Versicherungsschutz besteht jedoch bei Unfällen als Folge von Bewusstseinsstörung durch

- den Konsum von Alkohol; beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholkonzentration nicht mehr als 1,1 Promille beträgt
- die unbeabsichtigte Einnahme von Betäubungsmitteln zum Beispiel K.-o.-Tropfen
- einen unmittelbaren Schlaganfall oder Herzinfarkt
- die Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten

Bei der Leistungsvariante Komfort oder Premium besteht darüber hinaus Versicherungsschutz durch Unfälle als Folge von Bewusstseinsstörung aufgrund

- eines epileptischen Anfalls oder eines sonstigen Krampfanfalls
- eines diabetischen oder eines hypoglykämischen Komas („Zuckerschock“).

Bei der Leistungsvariante Premium besteht weiterhin Versicherungsschutz durch Unfälle als Folge einer Bewusstseinsstörung durch sonstige Herz- und Kreislaufstörungen wie zum Beispiel

- Ohnmachtsanfälle
- Schwindel (Synkope) oder
- hitzebedingte Reaktionen

Unfälle als Folge von

- Einschlafen durch Übermüdung oder
- Schlaftrunkenheit

gelten nicht als Bewusstseinsstörung und sind daher mitversichert.

Versichert sind bei Unfällen als Folge

- eines Schlaganfalls
- eines Herzinfarkts
- eines epileptischen Anfalls oder
- eines anderen Krampfanfalls

lediglich die daraus resultierenden unfallbedingten Gesundheitsschäden. Nicht versichert sind die durch diese Ereignisse nicht unfallbedingt hervorgerufenen Gesundheitsschäden.

B1-4.10 Unfälle in Verbindung mit Straftaten

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

Auf die abweichende Regelung nach B2-11.1 bei Unfällen in Verbindung mit Fahren ohne Führerschein oder durch selbst gebaute Feuerwerkskörper für versicherten Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder wegen ihres geistigen oder körperlichen Zustands der Beaufsichtigung im Sinne des § 832 BGB bedürfen, weisen wir hin.

B1-4.11 Unfälle in Verbindung mit Kriegs- und Bürgerkriegsereignissen

Ausgeschlossen sind Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen ins Ausland von diesen Ereignissen überrascht wird.

Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Kriegs- oder Bürgerkriegs auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Ausgeschlossen bleiben Unfälle durch überraschende Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse

- bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht
- bei einer aktiven Teilnahme der versicherten Person am Krieg oder Bürgerkrieg
- für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen

B1-4.12 Unfälle in Verbindung mit Luftfahrzeugen und Luftsportgeräten

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle der versicherten Person als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt oder als sonstiges Besatzungsmitglied.

Versicherungsschutz besteht bei Unfällen

- als Passagier eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts
- als Flugschüler eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts bis zum Erwerb der nach deutschem Recht erforderlichen Erlaubnis

Bei der Leistungsvariante Komfort oder Premium besteht darüber hinaus Versicherungsschutz bei Unfällen in Ausübung einer beruflichen Tätigkeit als Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs. Ausgeschlossen bleiben Unfälle als Führer eines Luftfahrzeugs.

Kiteboards gelten nicht als Luftsportgerät. Unfälle beim Kitesurfing sind daher versichert.

B1-4.13 Unfälle als Teilnehmer an Rennen mit Motorfahrzeugen

Ausgeschlossen sind Unfälle der versicherten Person als Teilnehmer an Rennen mit Motorfahrzeugen, und zwar als Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

Rennen sind solche Wettfahrten oder dazugehörigen Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

Versicherungsschutz besteht jedoch bei Unfällen

- bei einer Fahrt auf einer öffentlichen Kartbahn in Europa mit geliehenen und gemieteten Karts, bei der die Veranstaltung einen reinen Freizeitcharakter hatte
- bei Motorsportveranstaltung bei denen es nicht auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt, wie zum Beispiel Oldtimer-, Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten
- bei Fahrsicherheitstrainings zur Verbesserung der Fahrzeugbeherrschung im Alltagsverkehrs. Ausgeschlossen bleiben Fahrsicherheitstrainings mit Renncharakter.

B1-4.14 Unfälle durch Kernenergie

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

B1-4.15 Gesundheitsschäden an Bandscheiben und durch Blutungen an inneren Organen oder Hirnblutungen

Kein Versicherungsschutz besteht für Gesundheitsschäden an Bandscheiben und durch Blutungen an inneren Organen oder Hirnblutungen.

Versichert sind Schäden an Bandscheiben, Blutungen an inneren Organen oder Hirnblutungen, soweit diese Gesundheitsschäden

- überwiegend (das heißt zu mehr als 50 Prozent) durch ein Unfallereignis nach B1-3 verursacht wurde und
- für dieses Unfallereignis Versicherungsschutz nach diesem Vertrag besteht.

B1-4.16 Gesundheitsschäden durch Strahlen

Kein Versicherungsschutz besteht für Gesundheitsschäden durch Strahlen.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Gesundheitsschäden durch Strahleneinwirkungen, die durch Röntgen-, Laser-, Maser- bzw. natürliche oder künstliche ultraviolette Strahlen entstanden sind.

Ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschädigungen

- als Folge eines regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten
- als Berufs- und Gewerkrankheiten

B1-4.17 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper

Kein Versicherungsschutz besteht für Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Gesundheitsschäden, wenn

- die Heilmaßnahmen oder Eingriffe infolge eines Unfalls erforderlich waren und
- für diesen Unfall nach diesem Vertrag Versicherungsschutz bestand.

Beispiel:

Die versicherte Person erleidet einen Unfall und lässt die Unfallverletzung ärztlich behandeln. Ein Behandlungsfehler führt dabei zu weiteren Schädigungen.

Das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut gilt nicht als Heilmaßnahme oder Eingriff und fällt deshalb unter den Versicherungsschutz.

B1-4.18 Gesundheitsschäden durch Infektionen

Kein Versicherungsschutz besteht bei Gesundheitsschäden durch Infektionen.

B1-4.18.1 Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sich die versicherte Person

- mit Tollwut oder Wundstarrkrampf infiziert hat oder
- mit anderen Krankheitserregern infiziert hat, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten; geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen
- durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper infiziert hat, für die Versicherungsschutz besteht
- mit Krankheitserregern infiziert hat, die durch Insektenstiche, -bisse oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden. Versichert sind:
 - Borreliose
 - Brucellose
 - Enzephalitis
 - Fleckfieber
 - Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)
 - Gelbfieber
 - Dreitagefieber
 - Malaria
 - Meningitis
 - Pest.

B1-4.18.2 Bei der Leistungsvariante Premium besteht Versicherungsschutz beim erstmaligen Ausbruch folgender Infektionskrankheiten:

- Cholera
- Echinokokkose (Fuchsbandwurm)
- Diphtherie
- Gürtelrose (Herpes Zoster)
- Keuchhusten (Pertussis)
- Spinale Kinderlähmung (Polio)
- Lepra
- Masern
- Mumps
- Pfeiffer-Drüsenfieber
- Pocken/Windpocken
- Röteln
- Scharlach
- Schlafkrankheit

- Tuberkulose
- Tularämie (Hasenpest) und
- Typhus/Paratyphus.

Voraussetzung für die Leistung ist, dass der Nachweis durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten, ärztlichen Bericht, unter Beifügung der Laborbefunde erbracht wird.

B1-4.18.3 Erleidet die versicherte Person nach einer medizinisch notwendigen oder empfohlenen Schutzimpfung eine Gesundheitsschädigung (Impfschaden), gilt diese ebenfalls als Unfall. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung.

Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist, dass es sich um einen Impfstoff handelt, der zum Zeitpunkt der Impfung von der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) oder der Nationalen Zulassungsbehörde in Deutschland (Paul-Ehrlich-Institut) für die jeweilige Personengruppe zugelassen ist. Die Beurteilung, ob eine im zeitlichen Zusammenhang mit einer Impfung eingetretene gesundheitliche Schädigung durch die Impfung verursacht wurde, ist Aufgabe des Versorgungsamtes im jeweiligen Bundesland.

Den entsprechenden Nachweis hat die versicherte Person beizubringen.

B1-4.18.4 Abweichend von B2-1.1.2 beginnen die dort genannten Fristen für die Feststellung und Geltendmachung einer Invalidität

- bei Infektionen nach B1-4.18.1 und B1-4.18.2 erst mit der Feststellung einer eingetretenen Invalidität durch einen Arzt
- bei Impfschäden nach B1-4.18.3 erst mit dem Termin der zuletzt durchgeführten Schutzimpfung

B1-4.18.5 Der Versicherungsschutz für die versicherten Infektionen nach B1-4.18.2 beginnt nach einer Wartezeit von drei Monaten ab dem im Versicherungsschein vereinbarten Versicherungsbeginn.

Die Wartezeit entfällt, wenn die versicherte Person bereits gegen eine in B1-4.18.2 genannte Infektionen durch einen Unfallvertrag (Vorvertrag) bei der ARAG versichert war und dieser Vorvertrag unmittelbar und nahtlos vorangegangen ist.

Für Impfschäden nach B1-4.18.3 besteht keine Wartezeit.

B1-4.19 Krankhafte Störung infolge psychischer Reaktionen

Kein Versicherungsschutz besteht bei krankhafter Störung infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Versichert sind die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen sind.

Bei der Leistungsvariante Premium besteht Versicherungsschutz auch bei einer posttraumatischen Belastung als Folge eines versicherten Unfalls. Die Versicherungsleistung beträgt fünf Prozent der vereinbarten Versicherungssumme für die Invaliditätsleistung nach B2-1.

Voraussetzung ist, dass die posttraumatische Belastungsstörung

- innerhalb von zwölf Monaten nach dem Unfall eingetreten ist und
- von Ihnen innerhalb von 18 Monaten bei uns geltend gemacht und durch einen Behandlungsnachweis festgestellt wurde

B1-4.20 Bauch- oder Unterleibsbrüche

Kein Versicherungsschutz besteht bei Bauch- oder Unterleibsbrüchen.

Versichert sind Bauch- oder Unterleibsbrüche durch eine gewaltsam von außen kommende Einwirkung, für die nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht.

Bei der Leistungsvariante Komfort oder Premium besteht Versicherungsschutz bei Bauch- und Unterleibsbrüchen auch, wenn diese durch eine erhöhte Kraftanstrengung nach B1-4.1 verursacht werden.

B1-5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen können wir keine oder nur eingeschränkte Leistungen erbringen. Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen nach B3

B2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

Im Folgenden beschreiben wir verschiedene Arten von Leistungen und deren Voraussetzungen. Es gelten immer nur die Leistungsarten und Versicherungssummen, die Sie mit uns vereinbart haben und die in Ihrem Versicherungsschein und dessen Nachträgen genannt sind.

B2-1 Invaliditätsleistung

B2-1.1 Voraussetzungen für die Leistung

B2-1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
 - dauerhaft
- beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

- sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und
- eine Änderung dieses Zustands nicht zu erwarten ist.

Beispiel:

Eine Beeinträchtigung ist nicht dauerhaft, wenn die versicherte Person einen Knochenbruch erleidet, der innerhalb eines Jahres folgenlos ausheilt.

B2-1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist

- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- von einem Arzt innerhalb von 24 Monaten schriftlich festgestellt worden.

Bei der Leistungsvariante Komfort:

Die Invalidität ist

- innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- von einem Arzt innerhalb von 24 Monaten schriftlich festgestellt worden.

Bei der Leistungsvariante Premium:

Die Invalidität ist

- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- von einem Arzt innerhalb von 36 Monaten schriftlich festgestellt worden.

Ist eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, besteht kein Anspruch auf die Invaliditätsleistung.

B2-1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen.

Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

Bei der Leistungsvariante Premium müssen Sie die Invalidität innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen.

Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen.

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben. Dann müssen Sie die Geltendmachung unverzüglich nachholen.

Beispiel:

Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

B2-1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb von zwölf Monaten nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung. In diesem Fall zahlen wir eine Todesfall-Leistung nach B2-6, soweit diese vereinbart ist.

Abweichend davon besteht ein Anspruch auf Invaliditätsleistung

- bei der Leistungsvariante Komfort bereits nach neun Monaten
- bei der Leistungsvariante Premium bereits nach sechs Monaten nach dem Unfall.

Wir leisten nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre (B2-1.2.3). Der Anspruch auf die Todesfall-Leistung nach B2-6 bleibt, soweit diese vereinbart ist, bestehen.

B2-1.2 Art und Höhe der Leistung

B2-1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.
Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

Beispiel:

Bei einer Versicherungssumme von 100.000 Euro und einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 20 % zahlen wir 20.000 Euro.

B2-1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrades, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

- nach der vereinbarten Gliedertaxe (B2-1.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (B2-1.2.2.2).

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität nach B6-4.

B2-1.2.2.1 Gliedertaxen

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder Sinnesorgane gilt ausschließlich der hier genannte Invaliditätsgrad

Körperteil- Gruppe		Körperteil/Sinnesorgan	Invaliditätsgrad nach Gliedertaxe Standard B2-1.2.2.1.1	Invaliditätsgrad nach Gliedertaxe Extra B2-1.2.2.1.2	Invaliditätsgrad nach Gliedertaxe Best B2-1.2.2.1.3
Arm	Arm		70 %	80 %	85 %
	Arm oberhalb des Ellenbogengelenks		65 %	75 %	80 %
	Arm unterhalb des Ellenbogengelenks		60 %	70 %	75 %
Hand	Hand		55 %	65 %	70 %
	Daumen		20 %	30 %	35 %
	Zeigefinger		10 %	20 %	25 %
	Anderer Finger		5 %	10 %	15 %
	• mehrere Finger an einer Hand maximal bis zum Wert einer Hand			65 %	70 %
Bein	Bein über der Mitte des Oberschenkels		70 %	80 %	85 %
	Bein bis zur Mitte des Oberschenkels		60 %	75 %	80 %
	Bein bis unterhalb des Knies		50 %	75 %	80 %
	Bein bis zur Mitte des Unterschenkels		45 %	75 %	80 %
Fuß	Fuß		40%	50 %	55 %
	Große Zehe		5 %	15 %	20 %
	Anderer Zehe		2 %	5 %	10 %
	• mehrere Zehen an einem Fuß maximal bis zum Wert eines Fußes				55 %
Sinne	Auge		50 %	60 %	65 %
	• beide Augen bei einem Unfallereignis (B2-1.2.2.5)			erhöhter Invaliditätsgrad	erhöhter Invaliditätsgrad
	• falls ein Auge bereits vor dem Unfallereignis vollständig verloren war			100 %	100 %
	Gehör auf einem Ohr		30 %	40 %	45 %
	• Gehör auf beiden Ohren bei einem Unfallereignis (B2-1.2.2.5)			erhöhter Invaliditätsgrad	erhöhter Invaliditätsgrad
	• falls das Gehör auf einem Ohr bereits vor dem Unfallereignis vollständig verloren war			80 %	90 %
	Geruchssinn		10 %	15 %	25 %
	Geschmackssinn		5 %	15 %	20 %
Sprachvermögen		100 %	100 %	100 %	

Körperteil- gruppe	Körperteil/Sinnesorgan	Invaliditätsgrad nach Gliedertaxe Standard B2-1.2.2.1.1	Invaliditätsgrad nach Gliedertaxe Extra B2-1.2.2.1.2	Invaliditätsgrad nach Gliedertaxe Best B2-1.2.2.1.3
Organe	Niere	25 %	25 %	30 %
	Beide Nieren bei einem Unfallereignis	100 %	100 %	100 %
	Falls eine Niere bereits vor dem Unfallereignis vollständig verloren war	100 %	100 %	100 %
	Magen	20 %	20 %	25 %
	Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm	25 %	25 %	30 %
	Milz	10 %	10 %	15 %
	Milz bei Kindern vor Vollendung des 15. Lebensjahrs	20 %	20 %	20 %
	Gallenblase	10 %	10 %	15 %
	Ein Lungenflügel	50 %	50 %	55 %

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil der genannten Invaliditätsgrade.

Beispiel:

Ist ein Bein vollständig funktionsunfähig, ergibt sich nach der Gliedertaxe Standard B2-1.2.2.1.1 ein Invaliditätsgrad von 70 Prozent. Ist das Bein um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 7 Prozent (= ein Zehntel von 70 Prozent).

B2-1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

Für andere Körperteile oder Sinnesorgane richtet sich der Invaliditätsgrad danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt dauerhaft beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

B2-1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach B2-1.2.2.1.1 und nach B2-1.2.2.2 bemessen. Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

Beispiel:

Ist ein Bein vollständig funktionsunfähig, ergibt sich nach der Gliedertaxe Standard (B2-1.2.2.1.1) ein Invaliditätsgrad von 70 Prozent.

War dieses Bein schon vor dem Unfall um 10 Prozent in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt sich eine Vorinvalidität von 7 Prozent (10 Prozent von 70 Prozent). Diese 7 Prozent werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 63 Prozent.

B2-1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

Durch einen Unfall können mehrere Körperteile oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein. Dann werden die Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.

Beispiel:

Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig (80 Prozent) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (40 Prozent). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade nach der Gliedertaxe Extra 120 Prozent ergibt, ist die Invalidität auf 100 Prozent begrenzt.

B2-1.2.2.5 Invaliditätsgrad bei unfallbedingter Beeinträchtigung beider Augen oder beider Ohren bei der Leistungsvariante Komfort oder Premium

Ist bei einem Unfallereignis die Funktionsfähigkeit beider Augen oder beider Ohren

- in gleichem Umfang beeinträchtigt, so erhöht sich der festgestellte Invaliditätsgrad um die Hälfte (Beispiel 1)
- in unterschiedlichem Umfang beeinträchtigt, so wird der festgestellte Invaliditätsgrad für das geringer geschädigte Auge bzw. Gehör verdoppelt (Beispiel 2)

Beispiel 1:

Unfallbedingt sind beide Augen in ihre Funktionsfähigkeit zu 40 Prozent beeinträchtigt. Für jedes beeinträchtigte Auge ergibt sich nach der Gliedertaxe Extra ein Invaliditätsgrad von jeweils 24 Prozent (40 Prozent von 60 Prozent). Für beide Augen erhöht sich der Invaliditätsgrad um 12 Prozent (die Hälfte von 24 Prozent) auf 36 Prozent (24 Prozent plus 12 Prozent). Insgesamt ergibt sich durch die Beeinträchtigung beider Augen ein Invaliditätsgrad von 72 Prozent statt 48 Prozent).

Beispiel 2:

Unfallbedingt ist ein Auge zu 40 Prozent, das andere Auge zu 30 Prozent in ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt. Für jedes beeinträchtigte Auge ergibt sich nach der Gliedertaxe Extra ein Invaliditätsgrad von 24 Prozent (40 Prozent von 60 Prozent) bzw. von 18 Prozent (30 Prozent von 60 Prozent). Durch die Verdopplung des Invaliditätsgrades für das

geringer beeinträchtigte Auge auf 36 Prozent (2 mal 18 Prozent) ergibt sich insgesamt ein Invaliditätsgrad von 60 Prozent statt 42 Prozent.

B2-1.2.2.6 Für die in der Gliedertaxe unter B2-1.2.2.1 genannten Invaliditätsgrade der Organe Niere, Magen, Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm, Milz, Gallenblase und Lungenflügel haben Sie das Wahlrecht, ob eine Bemessung des Invaliditätsgrades nach der vereinbarten Gliedertaxe oder nach B2-1.2.2.2 außerhalb der Gliedertaxe erfolgen soll. Berücksichtigt wird der dann jeweils höhere Invaliditätsgrad.

B2-1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person vor der Bemessung der Invalidität

Stirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, zahlen wir eine Invaliditätsleistung unter folgenden Voraussetzungen:

- Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb der unter B2-1.1.4 genannten Zeiträumen nach dem Unfall verstorben und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach B2-1.1 sind erfüllt.

Wir leisten nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

B2-1.3 Anspruch auf Invaliditätsleistung ab 20 Prozent Invaliditätsgrad

Führt ein Unfall nach den vereinbarten Bestimmungen dieses Vertrags zu einem Invaliditätsgrad von weniger als der im Versicherungsschein vereinbarten Mindestinvalidität (Integral-Franchise), so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

Ergibt sich ein Invaliditätsgrad von mindestens der im Versicherungsschein vereinbarten Mindestinvalidität, so besteht ein Anspruch auf Zahlung der Invaliditätsleistung in der vereinbarten Höhe nach den Bestimmungen dieses Vertrags.

B2-1.4 Progressive Invaliditätsleistungen

Soweit Sie mit uns eine progressive Invaliditätsleistung (Progression) vereinbart haben, steigt die Invaliditätsleistung entsprechend der Schwere des Unfalls progressiv ab einen Invaliditätsgrad von größer 25 Prozent.

Der Invaliditätsgrad wird nach B2-1.2.1, B2-1.2.2 und B3 ermittelt.

B2-1.4.1 Progression Plus bis 225 Prozent

Ergänzend zur Berechnung der Invaliditätsleistung nach B2-1.2.1 gilt:

- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 1 Prozent aus der Versicherungssumme
- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 1 Prozent aus der Versicherungssumme.

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihr 67. Lebensjahr vollendet hat, zahlen wir ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 75 Prozent bereits 225 Prozent der Versicherungssumme.

Wie sich die vereinbarte Progression auf die Höhe der Invaliditätsleistung auswirkt, können Sie aus den Tabellen auf Seite 58 entnehmen.

B2-1.4.2 Progression Plus bis 350 Prozent:

Ergänzend zur Berechnung der Invaliditätsleistung nach B2-1.2.1 gilt:

- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 Prozent aus der Versicherungssumme
- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 Prozent aus der Versicherungssumme.

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihr 67. Lebensjahr vollendet hat, zahlen wir ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 75 Prozent bereits 350 Prozent der Versicherungssumme.

Wie sich die vereinbarte Progression auf die Höhe der Invaliditätsleistung auswirkt, können Sie aus den Tabellen auf Seite 59 entnehmen.

B2-1.4.3 Progression Plus bis 500 Prozent

Ergänzend zur Berechnung der Invaliditätsleistung nach B2-1.2.1 gilt:

- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 4 Prozent aus der Versicherungssumme
- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 Prozent aus der Versicherungssumme.

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihr 67. Lebensjahr vollendet hat, zahlen wir ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 75 Prozent bereits 500 Prozent der Versicherungssumme.

Wie sich die vereinbarte Progression auf die Höhe der Invaliditätsleistung auswirkt, können Sie aus den Tabellen auf Seite 62 entnehmen.

B2-1.5 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb von zwölf Monaten nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf eine Invaliditätsleistung. In diesem Fall zahlen wir eine Todesfall-Leistung nach B2-6, soweit diese vereinbart ist.

Abweichend davon besteht ein Anspruch auf eine Invaliditätsleistung

- bei der Leistungsvariante Komfort bereits nach neun Monaten
- bei der Leistungsvariante Premium bereits nach sechs Monaten nach dem Unfall.

Wir leisten nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre (B2-1.2.3). Der Anspruch auf die Todesfall-Leistung nach B2-6 bleibt, soweit diese vereinbart ist, bestehen.

B2-2 Unfallrente | Hinterbliebenen-Versorgung

B2-2.1 Unfallrente

B2-2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 Prozent.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Vorschriften für

- Invalidität (B2-1.1.1)
- Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität (B2-1.1.2)
- Geltendmachung der Invalidität (B2-1.1.3) und
- Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung (B2-1.2.2) entsprechend.

B2-2.1.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

B2-2.1.3 Beginn und Dauer der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, und danach
- monatlich im Voraus.

Wir zahlen die Unfallrente bis zum Ende des Monats, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung der Invalidität nach B6-4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

B2-2.1.4 Einmalige Kapitalleistung bei Tod der versicherten Person während des Rentenbezugs

Bestand ein Anspruch auf eine Unfallrente und verstirbt die versicherte Person während des Rentenbezugs, zahlen wir zusätzlich

- bei der Leistungsvariante Komfort eine einmalige Kapitalleistung in Höhe von sechs Monatsrenten
- bei der Leistungsvariante Premium eine einmalige Kapitalleistung in Höhe von zwölf Monatsrenten

B2-2.2 Hinterbliebenen-Versorgung

Soweit vereinbart, endet die Unfallrente, abweichend von B2-2.1.3 nicht in dem Monat, in dem die versicherte Person verstirbt, sondern zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die verstorbene versicherte Person (Rentenbezieher) ihr 67. Lebensjahr vollendet hätte.

In diesem Fall zahlen wir die laufende Unfallrente als Hinterbliebenen-Versorgung an die anspruchsberechtigten Personen weiter.

Bis zur Anzeige des Ablebens zahlen wir mit befreiender Wirkung auf das uns zuletzt angegebene Konto. Danach erbringen wir Leistungen aus der Hinterbliebenen-Versorgung zugunsten der Erben der versicherten Person.

Der Versicherungsschutz für die Hinterbliebenen-Versorgung endet, ohne dass es einer besonderen Kündigung bedarf

- zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihr 67. Lebensjahr vollendet hat oder
- nach Beendigung der Mitversicherung der Unfallrente nach B2-2.1.3

Der Anspruch auf die einmalige Kapitalleistung bei Tod nach B2-2.1.4 bleibt unberührt.

B2-2.3 Prüfung zur Fortsetzung des Rentenbezugs

Wir sind berechtigt, die Voraussetzungen für den Rentenbezug nach B2-2.1 und B2-2.2 zu prüfen. Dazu können wir Lebensbescheinigungen von Ihnen anfordern.

Wenn Sie uns die Bescheinigungen nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit so lange, bis uns die Bescheinigung vorliegt.

B2-2.4 Beendigung des Versicherungsschutzes bei Eintritt des Renten-Leistungsfalls

Mit der erstmaligen Feststellung des Rentenanspruchs nach B2-2.1.1 endet die Vereinbarung für die Versicherung einer Unfallrente, ohne dass es eine besondere Kündigung bedarf. Jede versicherte Person kann maximal eine Unfallrente aus diesem Vertrag erhalten. Daher ist eine Weiterversicherung der Unfallrente nicht sinnvoll.

Ergibt die Neubemessung nach B6-4 einen unfallbedingten Invaliditätsgrad unter 50 Prozent, können Sie erneut Versicherungsschutz bei uns beantragen.

Der Beitrag ändert sich entsprechend. Der sonstige vereinbarte Versicherungsschutz für die versicherte Person ändert sich nicht.
Ihr Recht zur Kündigung nach einem Leistungsfall nach A1-3 bleibt unberührt.

B2-2.5 Keine Unfallrente bei Unfalltod

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb von zwölf Monaten nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf eine Unfallrente. In diesem Fall zahlen wir eine Todesfall-Leistung nach B2-6, soweit diese vereinbart ist.

Abweichend davon besteht ein Anspruch auf eine Unfallrente

- bei der Leistungsvariante Komfort bereits nach neun Monaten
- bei der Leistungsvariante Premium bereits nach sechs Monaten nach dem Unfall.

Wir leisten nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre (B2-1.2.3). Der Anspruch auf die Todesfall-Leistung nach B2-6 bleibt, soweit diese vereinbart ist, bestehen.

B2-3 Erweiterte Übergangsleistung

B2-3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen für

- sechs Monate zu mindestens 50 Prozent oder
- für drei Monate zu 100 Prozent

in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Beeinträchtigung dauert, vom Unfalltag angerechnet, ununterbrochen mehr als drei bzw. mehr als sechs Monate an. Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb des vierten oder siebten Monats nach dem Unfall bei uns durch ein fachärztliches Attest mit dem entsprechenden Beeinträchtigungsgrad geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mehr als drei oder sechs Monaten ausgehen. Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

Beispiel:

Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

B2-3.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Übergangsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

B2-4 Kapitalsofortleistung bei schweren Unfallverletzungen oder schweren Krebs- oder Organerkrankungen

B2-4.1 Kapitalsofortleistung bei schweren Unfallverletzungen

Führt der Unfall bei der versicherten Person zu einer der unter B2-4.1.1 und B2-4.1.2 genannten Verletzungen, zahlen wir die Kapitalsofortleistung in Höhe der vertraglich vereinbarten Versicherungssumme.

Kein Leistungsanspruch besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb von 48 Stunden verstirbt.

Sie müssen die Verletzung nach B2-4.1.1 und B2-4.1.2 innerhalb von drei Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie eine der genannten Verletzungen erlitten haben.

Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf die Kapitalsofortleistung ausgeschlossen. Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

Beispiel:

Sie haben durch den Unfall ein schweres Schädel-Hirn-Trauma erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

B2-4.1.1 Versicherte Unfallverletzungen

Einen Anspruch auf die Kapitalleistung haben Sie bei

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- Amputation einer ganzen Hand oder eines Fußes im unteren Sprunggelenk
- Schädel-Hirn-Trauma 2. Grades mit nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung
- Verbrennungen 2. Grades mindestens 20 Prozent der Körperoberfläche
- Verlust oder dauerhafte Sehkraftminderung auf einem Auge von mindestens 95 Prozent
- Hüftgelenksnaher Oberschenkelhalsfraktur (oberhalb des Rollhügels)

- gewebezerstörenden Verletzungen an mindestens zwei der folgenden Organe
 - Herz
 - Lungen
 - Leber
 - Milz
 - Nieren.
 Ein Leistungsanspruch besteht auch bei einer gewebezerstörenden Verletzung beider Lungenflügel oder beider Nieren.
- Fraktur von mindestens zwei der folgenden Knochen an unterschiedlichen Gliedmaßen
 - Oberarmknochen
 - Unterarmknochen (Elle und/oder Speiche)
 - Oberschenkelknochen
 - Unterschenkelknochen (Schien- und/oder Wadenbein)
 - Kniescheibe
 - Wirbelkörper
 - Beckenring.
 Der Bruch einer Elle und einer Speiche oder eines Schien- und eines Wadenbeins an derselben Gliedmaße bzw. der Bruch zweier Wirbelkörper an der Wirbelsäule gelten als eine Fraktur.
- Kombination aus mindestens einer der oben genannten gewebezerstörenden Verletzungen eines Organs und der Fraktur eines Knochens.

B2-4.1.2 Sonstige Frakturen, Bänder- und Sehnenrisse

Führt der Unfall bei der versicherten Person zu

- einer Fraktur eines Knochens zahlen wir fünf Prozent der vereinbarten Kapitalsofortleistung.
- einem Bänder- oder Sehnenriss zahlen wir ein Prozent der vereinbarten Kapitalsofortleistung.

B2-4.1.3 Die Kapitalsofortleistung nach B2-4.1.1. und B2-4.1.2 ist je Unfallereignis auf 100 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme begrenzt.

B2-4.2 Kapitalsofortleistung bei schweren Krebs- oder Organerkrankungen

B2-4.2.1 Wartezeit und Voraussetzung für den Leistungsanspruch

B2-4.2.1.1 Wartezeit

Die Wartezeit für die Kapitalsofortleistung bei schweren Krebs- oder Organerkrankungen beträgt sechs Monate und beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Vertragsbeginn.

Die Wartezeit entfällt, wenn die versicherte Person bei uns bereits gegen eine in B2-4.2.2 und B2-4.2.3 genannte Krebs- oder Organerkrankung durch einen Unfallvertrag (Vorvertrag) bei der ARAG versichert war und dieser Vorvertrag unmittelbar und nahtlos vorangegangen ist.

Liegt der Zeitpunkt des ersten Auftretens klinisch relevanter Symptome von Erkrankungen oder der Diagnosestellung von Erkrankungen innerhalb der angegebenen Wartezeit, sind die jeweilige Krankheit und deren Folgen dauerhaft nicht mitversichert. Dies gilt auch dann, wenn zunächst als unauffällig interpretierte Befunde nachträglich umgedeutet werden. Auch daraus folgende Erkrankungen und deren Folgen sind dauerhaft vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

B2-4.2.1.2 Voraussetzung für den Leistungsanspruch

Ein Leistungsanspruch auf die Kapitalsofortleistung nach B2-4.2.2 und B2-4.2.3 besteht, sobald die Leistungsvoraussetzung

- durch eine fachärztliche Diagnose erstmalig festgestellt wird und
- die versicherte Person ihr 67. Lebensjahr zum Ablauf des Versicherungsjahres noch nicht vollendet hat und
- die vereinbarten Wartezeiten erfüllt sind.

Die Leistungsauszahlung erfolgt auch, wenn die versicherte Person unmittelbar nach der ärztlichen Diagnose verstirbt und noch keine Leistungsauszahlung erfolgt ist.

Verstirbt die versicherte Person vor der ärztlichen Diagnose, leisten wir auch dann, wenn aufgrund der letzten ärztlichen Befunde damit zu rechnen gewesen wäre, dass die versicherten Erkrankungen zu einem Leistungsanspruch geführt hätten.

Die Vorschriften über die Anrechnung weiterer mitwirkenden Krankheiten und Gebrechen nach B3 bleiben unberücksichtigt.

B2-4.2.2 Kapitalsofortleistung bei schweren Krebserkrankungen

Als Leistungsfall gilt die erstmalige Diagnose einer im Folgenden nach B2-4.2.2.1 bis B2-4.2.2.3 beschriebenen Krebserkrankung (bösartige, maligne Tumoren). Ein bösartiger Tumor liegt vor, wenn es zu unkontrolliertem Wachstum, der Ausbreitung von Tumorzellen mit Einwanderung in umliegendes Gewebe und der Zerstörung von gesundem Gewebe kommt. Die Krebserkrankung ist uns innerhalb von drei Monaten nach der Diagnose durch einen Facharzt nachzuweisen.

Ausgeschlossen sind:

- alle Carcinoma-in-situ (CIS),
- Gebärmutterhalsdysplasien CIN-1, CIN-2, CIN-3 sowie
- alle Hautkrebserkrankungen der Stadien I und II entsprechend der Definition der aktuell gültigen „TNM Classification of Malignant Tumours“ der International Union Against Cancer (UICC).

B2-4.2.2.1 Krebserkrankungen ohne Lymphknotenkrebs und Blutkrebs (Leukämie)

Als Krebserkrankungen gelten solche Erkrankungen, die entsprechend der Definition der aktuell gültigen „TNM Classification of Malignant Tumours der Union for International Cancer Control (UICC) in vier Stadien (I bis IV) klassifiziert sind.

Tumore des Gehirns werden wie Krebserkrankungen berücksichtigt. Diese Tumore werden entsprechend der aktuell gültigen Klassifikation von Tumoren des zentralen Nervensystems (Classification of Tumours of the Central Nervous System) durch die WHO (World Health Organisation) nicht in Stadien, sondern in die „Grade“ I bis IV eingeteilt.

B2-4.2.2.2 Lymphknotenkrebs

Unter diesen Begriff fallen alle Tumorformen des Lymphsystems einschließlich Lymphome und Morbus Hodgkin. Die Krebserkrankungen der Lymphknoten werden je nach Ausprägung in vier Stadien eingeteilt.

B2-4.2.2.3 Blutkrebs (Leukämie)

Unter diesen Begriff fallen alle Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe einschließlich Leukämie. Die Krebserkrankungen des Blutes, einschließlich Leukämie, werden je nach Ausprägung in zwei Schweregrade aufgeteilt.

B2-4.2.3 Kapitalsfortleistung bei schweren Organerkrankungen

Als Leistungsfall gilt der erstmalige Eintritt einer im Folgenden nach B2-4.2.3.1 bis B2-4.2.3.6 definierten irreversiblen Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der dort beschriebenen Organe bzw. einer definierten Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten durch Unfall oder als Folge von Krankheiten.

Die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit ist uns ärztlich nachzuweisen.

B2-4.2.3.1 Erkrankungen des Gehirns und des zentralen Nervensystems

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Schädigung des Gehirns oder des Rückenmarks, die zu einer vollständigen Lähmung

- eines Beines und eines Armes oder
- mindestens einer Körperhälfte führt.

„Vollständig“ heißt, dass die Funktion der Extremitäten zu 90 oder mehr Prozent aufgehoben ist. Alle weiteren Beeinträchtigungen nach Schädigung des Gehirns oder des zentralen Nervensystems werden nach den Definitionen der Grundfähigkeiten beurteilt.

B2-4.2.3.2 Psychische Erkrankungen

Versichert sind alle psychischen Erkrankungen, die nach einer ärztlichen Prognose für mindestens zwölf Monate

- zu einer dauerhaften Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung oder
- zu einem dauerhaften vollständigen Verlust der zeitlichen und räumlichen Orientierung und der Orientierung zur eigenen Person geführt haben.

Versicherungsschutz besteht jedoch nicht bei einer dauerhaften Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung oder dem dauerhaften Verlust der Orientierung auf Grund einer Straftat, einer Suchterkrankung und deren Folgen oder eines Suizidversuches und dessen Folgen.

B2-4.2.3.3 Herzerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gelten alle Herzerkrankungen, wie zum Beispiel Herzinfarkt, Herzklappenerkrankungen, Entzündungen des Herzmuskels oder Herzrhythmusstörungen, die zu einer dauerhaften erheblichen Minderung der Pumpleistung des Herzens geführt haben.

Geleistet wird bei einer dauerhaften erheblichen Minderung der Pumpleistung entsprechend

- einer Herzinsuffizienz NYHA (New York Heart Association) III oder IV mit einer Erhöhung der BNP größer 35 pg/ml bzw. NT-pro-BNP größer 125 pg/ml und
- wenn zusätzlich eines der folgenden Kriterien dauerhaft erfüllt ist:
 - Ejektionsfraktion (EF) der linken Herzkammer (LVEF) kleiner 30 %, oder
 - schwere diastolische Funktionseinschränkung Stadium 3 oder 4, oder
 - hochgradige LVH (Vergrößerung linker Ventrikel) und/oder hochgradige LAE (Erweiterung linker Vorhof).

B2-4.2.3.4 Nierenerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gelten alle Nierenerkrankungen, die zum Beispiel auf Grund von Immunkrankheiten, chronischen Entzündungen, Verletzungen, Gefäßsklerose, Diabetes oder Bluthochdruck entstanden sind. Geleistet wird ausschließlich bei Nierenerkrankungen, die die Leistungsfähigkeit der Nieren auf Dauer und irreversibel so reduzieren, dass die Werte

- glomeruläre Filtrationsrate GFR (CKD-EPI) 40ml/min/1,73 qm Körperoberfläche nicht überschritten oder
- Albuminurie 300 mg/24h nicht unterschritten oder
- Kreatinin 4mg/dl (350µmol/l) nicht unterschritten werden.

B2-4.2.3.5 Lungenerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Lungenerkrankung, die die Leistungsfähigkeit der Lungen auf Dauer und irreversibel erheblich reduziert. Die Funktionsminderung wird ausschließlich anhand eingeführter Leitlinien zur Messung der Lungenfunktion (aktuell gültige AWMF Leitlinien zur Spirometrie bzw. Langzeitsauerstofftherapie der zuständigen Fachgesellschaften) bestimmt.

Erheblich ist eine Reduktion der Lungenleistung, wenn:

- das forciertes expiratorisches Volumen (FEV1) kleiner gleich 40 % oder
- die Vitalkapazität (VK) kleiner gleich 40 % oder
- die arterielle Sauerstoffsättigung (PaO₂) kleiner gleich 55 mmHg ist.

B2-4.2.3 6 Lebererkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Leberschädigung, die die Funktion der Leber erheblich reduziert. Die Funktion der Leber ist dann erheblich reduziert, wenn im Zusammenhang mit der Leberschädigung mindestens zwei der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Auftreten von Bauchwasser (Aszites), sonografisch (im Ultraschall) nachweisbar
- Auftreten von wiederkehrenden Krampfaderblutungen in der Speiseröhre
- Bilirubin-Wert (gesamt; im Serum) größer gleich 3,0 mg/dl (51µmol/l)
- Albumin-Wert (im Serum) kleiner 2,8 g/dl (28 g/l)
- Quick-Wert kleiner 40 % bzw. INR größer 2,3

B2-4.2.4 Beendigung des Versicherungsschutzes

Die Kapitalsoforthilfen nach B2-4.2. endet, ohne dass es einer besonderen Kündigung bedarf

- nach Zahlung der erstmaligen Leistung für die versicherte Person
- zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihr 67. Lebensjahr vollendet hat oder
- nach Beendigung der Mitversicherung der Kapitalleistung bei schweren Unfallverletzungen nach B2-4.1.

B2-5 Krankenhaustagegeld | Arbeitsunfähigkeitsgeld

B2-5.1 Krankenhaustagegeld

B2-5.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder
- unterzieht sich unfallbedingt zur Vermeidung eines Aufenthalts im Krankenhaus einer ambulanten chirurgischen Operation.

Eine ambulante Wundversorgung stellt keinen chirurgischen Eingriff dar.

Ein Anspruch besteht auch, wenn die medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung in einem Institut erfolgt, welches sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation (gemischte Institute) dient, soweit es sich um eine Notfalleinweisung handelt.

Als medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung gilt auch ein teilstationärer oder ambulanter Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung nach § 107 SGB V. Ausnahme: Kuren und Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlungen.

B2-5.1.2 Höhe und Dauer der Leistung

B2-5.1.2.1 Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung, mindestens für drei Kalendertage, längstens für 1.095 Tage gerechnet ab dem Tag des Unfalls
- für drei Kalendertage bei ambulanten chirurgischen Operationen.

B2-5.1.2.2 Bei der Leistungsvariante Komfort zahlen wir das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung, mindestens für fünf Kalendertage, längstens für 1.825 Tage gerechnet ab dem Tag des Unfalls
- für fünf Kalendertage bei ambulanten chirurgischen Operationen.

Unterzieht sich die versicherte Person aufgrund einer unfallbedingten Knochenfraktur einer medizinischen Versorgung, für die aus medizinischer Sicht keine ambulante chirurgische Operation notwendig ist, zahlen wir das vereinbarte Krankenhaustagegeld für einen Kalendertag. Soweit aufgrund dieses Unfallereignisses im Anschluss eine vollstationäre Heilbehandlung oder eine ambulante Operation notwendig ist, wird diese Leistung angerechnet.

B2-5.1.2.3 Bei der Leistungsvariante Premium zahlen wir das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung, mindestens für sieben Kalendertage, längstens für 1.825 Tage gerechnet ab dem Tag des Unfalls
- für sieben Kalendertage bei ambulanten chirurgischen Operationen.

Unterzieht sich die versicherte Person aufgrund einer unfallbedingten Knochenfraktur einer medizinischen Versorgung, für die aus medizinischer Sicht keine ambulante chirurgische Operation notwendig ist, zahlen wir das vereinbarte Krankenhaustagegeld für zwei Kalendertage. Soweit aufgrund dieses Unfallereignis im Anschluss eine vollstationäre Heilbehandlung oder eine ambulante Operation notwendig ist, wird diese Leistung angerechnet.

B2-5.1.3 Mehrleistungen bei einem Unfall im Ausland

Bei einem Unfall im Ausland und einer ebenfalls im Ausland durchgeführten medizinisch vollstationären Heilbehandlung oder einer ambulanten chirurgischen Operation zahlen wir das vereinbarte fällige Krankenhaustagegeld in doppelter Höhe.

Kein Anspruch auf die Mehrleistung im Ausland besteht bei der Versorgung von einfachen Knochenfrakturen nach B2-5.1.2.2 oder B2-5.1.2.3.

Die Mehrleistung gilt maximal für die ersten 28 Kalendertage nach dem Unfallereignis.

Beispiel:

Sie müssen sich unfallbedingt im Ausland einer ambulanten chirurgischen Operation unterziehen. Wir zahlen Ihnen für die Anzahl der Tagessätze (Mindestleistung) das Doppelte des vereinbarten Krankenhaustagegeldes.

B2-5.2 Arbeitsunfähigkeitsgeld

B2-5.2.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person hat aufgrund eines Unfallereignisses einen Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach B2-5.1.2 und ist nach einer vollstationären Heilbehandlung oder einer ambulanten chirurgischen Operation unfallbedingt weiterhin arbeitsunfähig. War die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig, kommt es auf die allgemeine Fähigkeit an, Arbeit (auch Hausarbeit) zu leisten.

Kein Anspruch auf Arbeitsunfähigkeitsgeld besteht bei der Versorgung von einfachen Knochenfrakturen nach B2-5.1.2.2 oder B2-5.1.2.3.

B2-5.2.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Arbeitsunfähigkeitsgeld für jeden Kalendertag der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit längstens für weitere 35 Kalendertage je Unfallereignis.

Die genannte Voraussetzung ist uns durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

B2-5.2.3 Beendigung des Versicherungsschutzes

Das Arbeitsunfähigkeitsgeld nach B2-5.2.1. endet, ohne dass es einer besonderen Kündigung bedarf

- zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihr 67. Lebensjahr vollendet hat oder
- nach Beendigung der Mitversicherung des Krankenhaustagegeldes nach B2-5.1.

B2-6 Todesfalleistung

B2-6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Ein Anspruch auf die vereinbarte Todesfall-Leistung besteht dann, wenn die versicherte Person nach dem Unfall

- im ersten Jahr unfallbedingt verstirbt. Das gilt auch, wenn eine Invalidität nach B2-1 eingetreten ist oder
- im zweiten Jahr unfallbedingt verstirbt und keine Invalidität im Sinne der B2-1 eingetreten ist.

Die Voraussetzung für die unfallbedingte Todesfall-Leistung gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach

- § 5 Schiffsunglück
- § 6 Luftfahrzeugunfälle oder
- § 7 sonstiger Lebensgefahr

des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt wird.

Ein Anspruch auf die Todesfall-Leistung besteht erst ab dem nach § 9 (2) oder (3) des Verschollenheitsgesetzes festgestellten Zeitpunkt des Todes.

B2-6.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfall-Leistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

B2-6.3 Meldefrist bei Unfalltod

Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 8 Wochen zu melden.

Bei der Leistungsvariante Komfort und Premium entfällt die Meldefrist. Bitte beachten Sie die gesetzliche Verjährungsfrist nach A7-1.

Wir verzichten auf unser Recht zur Durchführung einer Obduktion oder Exhumierung zur Prüfung unserer Leistungspflicht.

B2-7 UnfallPlus

Soweit Sie mit uns das Leistungspaket UnfallPlus vereinbart haben, ersetzen wir den unfallbedingten Personenschaden so, als ob ein Dritter schadenersatzpflichtig wäre.

Dabei leisten wir nach den deutschen gesetzlichen Schadenersatzbestimmungen des Privatrechts abschließend folgenden Leistungen

- Monatlicher Verdienstaufschlag nach B2-7.2.1
- Kosten für eine Haushaltshilfe, Mehraufwendungen und/oder behindertengerechte Umbauten nach B2-7.2.2
- Schmerzensgeld nach B2-7.2.3.

Bei der Festlegung der Ansprüche auf Schmerzensgeld stellen wir Sie so, als ob ein Dritter die versicherte Person fahrlässig verletzt hätte. Fahrlässigkeit im Sinne der gesetzlichen Definition (§ 276 Abs. 2 BGB) bedeutet, dass der Dritte die notwendige Sorgfalt außer Acht gelassen hat.

Bitte beachten Sie die maßgeblichen gesetzlichen Vorschriften, insbesondere ihre Schadenminderungspflicht und das gesetzliche Bereicherungsverbot

B2-7.1 Voraussetzungen für die Leistung

B2-7.1.1 Leistungsanspruch bei schweren Unfallverletzungen

Ein Leistungsanspruch besteht, wenn ein versicherter Unfall (B1) bei der versicherten Person zu einer der nachfolgenden genannten Verletzungen führt und nicht unfallbedingt innerhalb von 48 Stunden verstirbt:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- Amputation einer ganzen Hand oder eines Fußes im unteren Sprunggelenk
- Schädel-Hirn-Trauma 2. Grades mit nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung
- Verbrennungen 2. Grades von mindestens 30 Prozent der Körperoberfläche
- Verlust oder dauerhafte Sehkraftminderung auf einem Auge von mindestens 95 Prozent
- gewebezerstörende Verletzung an mindestens zwei der folgenden Organe:
 - Herz
 - Lungen
 - Leber
 - Milz
 - Nieren.

Ein Leistungsanspruch besteht auch bei einer gewebezerstörenden Verletzung beider Lungenflügel oder beider Nieren.

- Fraktur von mindestens zwei der folgenden Knochen an unterschiedlichen Gliedmaßen:
 - Oberarmknochen
 - Unterarmknochen (Elle und/oder Speiche)
 - Oberschenkelknochen
 - Unterschenkelknochen (Schien- und/oder Wadenbein)
 - Kniescheibe
 - Wirbelkörper
 - Beckenring.

Der Bruch einer Elle und einer Speiche oder eines Schien- und eines Wadenbeins an derselben Gliedmaße bzw. der Bruch zweier Wirbelkörper an der Wirbelsäule gelten als eine Fraktur.

- Kombination aus mindestens einer der oben genannten gewebezerstörende Verletzungen eines Organs und der Fraktur eines Knochens.

B2-7.1.2 Ansprüche gegenüber Dritten (Vorrangige Leistungspflicht Dritter)

Wir erbringen keine Leistungen, wenn Sie oder die versicherte Person gegenüber Dritten (zum Beispiel Schädiger, Haftpflichtversicherer, Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaft) aufgrund gesetzlicher Regelungen Anspruch auf Ersatz des Schadens oder Anspruch auf deckungsgleiche (kongruente) Leistungen haben.

Wir sind leistungspflichtig, wenn

- die Forderung durch ein rechtskräftiges Urteil oder einen vollstreckbaren Vergleich vor einem ordentlichen Gericht in der Bundesrepublik Deutschland oder einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in der Schweiz, Norwegen, Island oder Liechtenstein festgestellt worden ist. Anerkenntnis-, Versäumnisurteile und gerichtliche Vergleiche sowie vergleichbare Titel der vorgenannten Länder binden uns nur, soweit der Anspruch dem Grunde und der Höhe nach unserer Überzeugung auch ohne einen dieser Titel bestanden hätte.
- der schädigende Dritte zahlungs- oder leistungsunfähig ist. Dies ist der Fall, wenn Sie oder eine mitversicherte Person nachweisen, dass
 - eine Zwangsvollstreckung nicht zur vollen Befriedigung geführt hat
 - eine Zwangsvollstreckung aussichtslos erscheint, da der schadensersatzpflichtige Dritte in den letzten drei Jahren die eidesstattliche Versicherung über seine Vermögensverhältnisse abgegeben hat oder
 - ein gegen den schadensersatzpflichtigen Dritten durchgeführtes Insolvenzverfahren nicht zur vollen Befriedigung geführt hat oder ein solches Verfahren mangels Masse abgelehnt wurdeund
- die Ansprüche gegen den schadensersatzpflichtigen Dritten in Höhe der Versicherungsleistung an uns abgetreten werden und die vollstreckbare Ausfertigung des Urteils oder Vergleichs ausgehändigt wird. Sie haben an der Umschreibung des Titels auf uns mitzuwirken.

Vereinbarungen, die Sie mit einem Dritten gegenüber diesen Ansprüchen treffen (zum Beispiel ein Abfindungsvergleich), binden uns nur, wenn wir vorher zugestimmt haben.

B2-7.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen, vorbehaltlich der genannten Sublimits, insgesamt für alle Leistung bis zu einer Million Euro je Schadensfall.

Die Leistungen erbringen wir

- längstens für 10 Jahre ab dem Zeitpunkt des Unfalls und
- maximal bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihr 67. Lebensjahr vollendet hat.

Die Leistungen erbringen wir zusätzlich zu den mit uns vereinbarten Unfallleistungen aus diesem Vertrag (siehe Versicherungsschein).

B2-7.2.1 Verdienstaussfall

Wir zahlen Ihren monatlichen Verdienstaussfall rückwirkend ab Zeitpunkt des Unfallereignisse monatlich im Voraus. Der tatsächliche monatliche Verdienstaussfall ist uns nachzuweisen.

Den Verdienstaussfall zahlen bis zum Ende des Monats

- in dem kein gesetzlicher Anspruch mehr besteht oder
- in dem die versicherte Person verstirbt oder
- die unter B2-7.2 genannten Leistungsgrenzen (Höchstsumme, -dauer und Lebensalter der versicherten Person) erreicht sind

Zur Feststellung Ihres Verdienstaussfalls sind wir auf ihre Hilfe angewiesen. Als Nachweis eignen sich insbesondere

- bei abhängig Beschäftigten Gehaltsabrechnungen Ihres Arbeitgebers für die letzten zwölf Monaten vor dem Unfall sowie den zuletzt erhaltenen Einkommenssteuerbescheid.
- bei selbständig Gewerbetreibenden oder bei freiberuflicher Tätigkeit
- die Jahresabschlüsse oder die Einnahmen-Überschuss-Rechnung oder die monatliche Honorarerlöse, Einnahmen, Provisionen für einen Zeitraum von mindestens drei Jahren vor dem Unfall
- Umsatzsteuervoranmeldungen der letzten drei vollen Jahre vor dem Unfall
- Monatliche betriebswirtschaftliche Auswertungen der letzten drei vollen Jahre vor dem Unfallereignis
- Ausgangsrechnungen
- Nachweis über Personalkosten
- Gewerbean- bzw. abmeldung
- Gewerbesteuerbescheid-, steuererklärung
- die beiden letzten Einkommensteuerbescheide und die letzte Einkommensteuererklärung

Auf die Folgen einer Nichtbeachtung von Obliegenheiten (B5) weisen wir ausdrücklich hin.

Darüber hinaus sind wir berechtigt, bei Zahlung des Verdienstaussfalls eine Lebensbescheinigung von Ihnen anzufordern.

Wenn Sie uns die Bescheinigung nicht unverzüglich zusenden, ruht die monatliche Zahlung ab der nächsten Fälligkeit so lange, bis uns die Bescheinigung vorliegt.

Unsere Leistung für den Verdienstaussfall ist auf 6.000 Euro im Monat begrenzt.

B2-7.2.2 Kosten für eine Haushaltshilfe, Mehraufwendungen und/oder behindertengerechte Umbauten

B2-7.2.2.1 Kosten für eine Haushaltshilfe

Wir erstatten die ortsüblichen, tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Kosten für eine Haushaltshilfe entsprechend den gesetzlichen Ansprüchen im Sinne des § 38 SGB V wenn eine Notwendigkeit nachgewiesen wird.

B2-7.2.2.2 Kosten für behindertengerechte Mehraufwendungen

Wir erstatten die nachgewiesenen Kosten für

- den notwendigen Umbau einer von der versicherten Person bewohnten Wohnung oder eines Hauses
- einen notwendigen Umzug in ein behindertengerechtes Haus oder Wohnung bzw. in ein Senioren- oder Pflegeheim
- den notwendigen behindertengerechten Umbau eines von der versicherten Person privat genutzten Kraftfahrzeugs
- eine staatlich anerkannte berufliche Umschulungsmaßnahme (Schulungs- und Prüfungsgebühren)
- eine Fortbildungsmaßnahme wie das Erlernen der Blindenschrift oder Gebärdensprache
- die erstmalige Anschaffung von ärztlich verordneten medizinischen Hilfsmitteln
- die erstmalige Anschaffung und Ausbildung eines erforderlichen Assistenzhundes zum Beispiel eines Blindenhundes wenn eine Notwendigkeit festgestellt wird.

Als ärztliche verordnetes medizinische Hilfsmittel gelten

- Arm- und Beinprothesen
- Gehhilfen
- Krankenfahrstuhl
- Orthesen
- Einlagen oder maßgefertigte orthopädische Schuhe
- Schienenapparate
- Hörgeräte
- Kunstaugen
- Sehhilfen (Brillengestell und Gläser oder Kontaktlinsen).

B2-7.2.3 Unsere Leistung für eine Haushaltshilfe und/oder für die behindertengerechte Mehraufwendungen ist auf insgesamt 200.000 Euro begrenzt.

Wir sind berechtigt die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe oder der behindertengerechten Mehraufwendungen zu prüfen. Sie ist uns durch ein Mehrbedarfsgutachten nachzuweisen, soweit der Anspruch dem Grunde und der Höhe nach unserer Überzeugung auch ohne ein solches Gutachten bestanden hätte.

Die Kosten für die Erstellung des Gutachtens übernehmen wir nicht

B2-7.2.4 Schmerzensgeld

Wir zahlen ein Schmerzensgeld entsprechend den gesetzlichen Ansprüchen. Bei der Festlegung der Ansprüche auf Schmerzensgeld gehen wir davon aus, dass ein Dritter die versicherte Person fahrlässig verletzt hätte. Fahrlässigkeit

im Sinne der gesetzlichen Definition (§ 276 Abs. 2 BGB) bedeutet, dass der Dritte die notwendige Sorgfalt außer Acht gelassen hat.

Unsere Leistung für das Schmerzensgeld ist auf insgesamt 200.000 Euro begrenzt.

B2-7.3 Ansprüche von Dritten

Ansprüche, die von anderen Versicherern, Arbeitgebern, Dienstherrn und Sozialversicherungsträgern gegenüber uns geltend gemacht werden, sind ausgeschlossen.

B2-7.4 Beendigung des Leistungspakets UnfallPlus

Das Leistungspaket UnfallPlus endet, ohne dass es einer besonderen Kündigung bedarf, zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihr 67. Lebensjahr vollendet hat.

Ergänzende zu A1-2.3 (Vertragsbeendigung) können Sie und wir das Leistungspaket UnfallPlus kündigen. Die anderen Vereinbarungen des Unfallversicherungsvertrags bleiben hiervon unberührt.

B2-8 FitPlus

Soweit Sie mit uns das Leistungspaket FitPlus vereinbart haben, ersetzen wir den unfallbedingten Sachschaden an den unter B2-8.2.1.1 genannten Sachen

B2-8.1 Voraussetzung für die Leistungen

Die versicherte Person hatte

- ein versichertes Unfallereignis nach B1 erlitten und
- die Voraussetzung für die Kapitalsofortleistung für schwere Unfallverletzungen nach B2-4.1 müssen erfüllt sein.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter, zum Beispiel ein Haftpflichtversicherer, nicht zum Ersatz Ihres Schadens verpflichtet ist. Wenn der Dritte nicht oder nur teilweise den Schaden ersetzt, können Sie von uns die volle oder teilweise Erstattung verlangen, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

B2-8.2 Versicherte Sportgeräte

B2-8.2.1 Entschädigung der unfallbedingt zerstörten oder beschädigten Sportgeräte

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für die nachfolgend aufgeführten Sportgeräte, die unfallbedingt zerstört oder beschädigt wurden und die zum Eigentum der versicherten Personen gehören:

- Inline-Skates, Rollerski, Cross-Skates, Schlittschuhe, Skate- und Longboards, Waveboards
- Surf-, Kiteboards, Kite-Buggys und Kite-Segel, Standup-Paddling-Boards (SuP-Boards), Wakeboards, Wasserski
- Rafting-Boote, Tubing-Reifen, Kanus, Kajaks
- Neoprenanzug, Atemregler, Sauerstoffflaschen, Tauch-Computer, Tiefenmesser, Fini- und Manometer, Kompass
- Fahrräder (auch nicht versicherungspflichtige E-Bikes), Einräder, Fahrradnavigationsgeräte
- Langlauf-, Abfahrtskier, Snowboards
- Smartwatches, Fitnessarmbänder, Schritt- und Kalorienzähler, Puls- und Herzfrequenzmesser, GPS-Tracker. Ausnahme: Nicht versichert sind Mobiltelefone.
- Heimtrainingsgeräte wie zum Beispiel Ergometer, Laufbänder, Crosstrainer, TRX-Bänder
- Action-Kameras ohne Zubehörteile wie zum Beispiel Halterung, Unterwasser-Case, Teleskopstange
- Tennis-, Badminton-, Tischtennis-, Golf-, Baseball-, Softball-, Racquetball-, Cricket-, Polo-, Minigolf-, (Eis-)Hockey und Squash-Schläger.

Versichert sind alle mit dem Sportgerät fest verbundenen Teile.

Kein Versicherungsschutz besteht für die von der versicherte Person (auch unentgeltlich) geliehenen oder gemieteten Sportgeräte

B2-8.2.2 Entschädigungsberechnung

Wir ersetzen bei

- zerstörten Sachen: den Versicherungswert bei Eintritt des Versicherungsfalls
- beschädigten Sachen: die notwendigen Kosten für die Reparatur, höchstens jedoch den Versicherungswert bei Eintritt des Versicherungsfalls. Die Kosten müssen durch eine Rechnung nachgewiesen werden.

Ausnahme: Sie haben keinen Versicherungsschutz, wenn

- durch den Schaden die Gebrauchsfähigkeit der Sache nicht beeinträchtigt ist und
- Ihnen die Nutzung ohne Reparatur zumutbar ist (sogenannter Schönheitsschaden).

B2-8.2.3 Versicherungswert

Der Versicherungswert bildet die Grundlage für die Berechnung der Entschädigung. Versicherungswert ist der Zeitwert. Er berechnet sich aus dem Wiederbeschaffungswert von Sachen gleicher Art und Güte in neuwertigem Zustand (Neupreis) abzüglich einer Wertminderung besonders durch Alter und Abnutzungsgrad. Der vertraglich vereinbarte Zeitwert beträgt:

- im 1. Jahr 90 %,
- im 2. Jahr 70 %,
- im 3. Jahr 60 %,
- im 4. Jahr 40 %,
- ab dem 5. Jahr 20 % des Neupreises im Sinne von Satz 2.

B2-8.2.4 Entschädigungsgrenzen

Die Leistung ist für die aufgeführten Sportgeräte auf insgesamt 5.000 Euro je Leistungsfall begrenzt. Ersetzt werden nur Beträge ab 50 Euro.

B2-8.3 Kosten für Nachsorgebehandlungen

Sind die Voraussetzungen nach B2-8.1 erfüllt, erstatten wir die Kosten für

- bis zu zehn Einheiten à 30 Minuten bei einem ausgebildeten Physiotherapeuten
- bis zu zehn Einheiten à 60 Minuten durch einen lizenzierten Personal-Trainer oder individuelle Trainingsstunden durch einen Fachtrainer für den Wiedereinstieg in die zuvor ausgeführte Sportart
- bis zu drei Einheiten à 60 Minuten einer Ernährungsberatung nach der Berufsordnung für Ökotrophologen
- eine professionelle Bewegungs- und Laufanalyse sowie eine Laktat-Leistungsdiagnostik.

Die Kosten für die Nachsorgebehandlung sind insgesamt auf 1.000 Euro je Versicherungsereignis begrenzt.

B2-8.4 Ersatz der Anmeldungskosten für einen Wettkampf oder Skipassgebühren

Sind die Voraussetzungen nach B2-8.1 erfüllt, erstatten wir die Kosten für Anmeldegebühren oder für einen Skipass, wenn Sie

- nicht mehr an einen geplanten Sportwettkampf teilnehmen oder
- den bereits erworbenen Skipass

unfallbedingt nicht mehr nutzen können und ein Ersatz der Gebühren durch den Veranstalter nicht vorgesehen ist.

Die Kosten für die Gesamtleistungen sind auf 500 Euro je Versicherungsereignis begrenzt. Bei teilweiser zeitlicher Nutzung eines Wettkampfes oder eines Skipasses erstatten wir die Kosten zeitanteilig entsprechend des tageweisen Nutzungsausfalls.

B2-9 Versicherte Kosten

Nach einem Unfallereignis (B1) erstatten wir die nachfolgenden unfallbedingten Kosten. Die Kosten werden von Ihnen nachgewiesen und sind nach sachgerechter und vernünftiger Einschätzung gerechtfertigt.

B2-9.1 Entschädigungsgrenzen

Die nachfolgenden Leistungen nach B2-9.2, sowie B2-9.5 bis B2-9.10 sind insgesamt je Unfallereignis

- bei Leistungsvariante Basis auf 30.000 Euro
- bei Leistungsvariante Komfort auf 60.000 Euro
- bei Leistungsvariante Premium auf 90.000 Euro

begrenzt, soweit in den jeweiligen Bestimmungen nicht etwas anders vereinbart ist.

Davon abweichend gelten für die Such-, Rettungs- und Bergungskosten nach B2-9.4 zusätzliche Entschädigungsgrenzen.

B2-9.2 Kosten für kosmetische Operationen nach einem Unfall

B2-9.2.1 Voraussetzung für die Leistung

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

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

Abweichend davon gilt bei der Leistungsvariante Premium für Erwachsene eine Frist von 5 Jahren und bei Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres in der Leistungsvariante Komfort vor Vollendung des 23. Lebensjahres und in der Leistungsvariante Premium vor Vollendung des 25. Lebensjahres.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter, zum Beispiel eine Krankenkasse oder ein Haftpflichtversicherer, nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet. Wenn der Dritte nicht oder nur teilweise die Kosten ersetzt, können Sie von uns die volle oder teilweise Erstattung verlangen, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

B2-9.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten

nach der in Deutschland geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) insgesamt bis zur Höhe der Versicherungssumme nach B2-9.1, soweit nicht etwas anderes vereinbart wurde. Dies gilt auch für in Ausland erbrachte Leistungen.

Bei der Zahnbehandlung und dem Zahnersatz erstatten wir auch die Kosten bei einem unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von Schneide- und Eckzähnen.

Nicht übernommen werden die Kosten für die Zahnbehandlung und den Zahnersatz bei einem unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von Backenzähnen oder die Kosten für die Wiederherstellung bzw. den Ersatz von unfallbedingt beschädigtem oder zerstörtem Zahnersatz wie zum Beispiel Brücken, Kronen, Gebissen und Implantate.

Abweichend davon übernehmen wir bei der Leistungsvariante Komfort oder Premium auch die Kosten für die Zahnbehandlung und dem den Zahnersatz bei einem unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von Backenzähnen oder die Kosten für die Wiederherstellung bzw. den Ersatz von unfallbedingt beschädigtem oder zerstörtem Zahnersatz wie zum Beispiel Brücken, Kronen, Gebissen und Implantaten.

B2-9.3 Kosten für eine kosmetische oder plastische Operation nach einer Krebserkrankung

Bei der Leistungsvariante Komfort oder Premium übernehmen wir auch die Kosten für eine kosmetische oder plastische Operation und/oder eine kosmetische Behandlung durch einen Chirurgen nach einer Krebserkrankung.

B2-9.3.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person unterzieht sich wegen einer erstmals während der Vertragslaufzeit diagnostizierten Krebserkrankung einer kosmetischen oder plastischen Operation und/oder kosmetischen Behandlung.

Unsere Leistungspflicht endet zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihr 67. Lebensjahr vollendet hat.

Als Krebserkrankungen gelten solche Erkrankungen, die entsprechend der Definition der aktuell gültigen „TNM Classification of Malignant Tumours, der Union for International Cancer Control (UICC) in vier Stadien (I bis IV) klassifiziert sind.

Tumore des Gehirns werden wie Krebserkrankungen berücksichtigt. Diese Tumore werden entsprechend der aktuell gültigen Klassifikation von Tumoren des zentralen Nervensystems (Classification of Tumours of the Central Nervous System) durch die WHO nicht in Stadien, sondern in die „Grade“ 1 bis 4 eingeteilt.

Bei der krebsbedingten Brustoperation wird mindestens eine komplette Brustdrüse entfernt.

Ausgeschlossen sind:

- alle Carcinoma-in-situ (CIS),
- Gebärmutterhalsdysplasien CIN-1, CIN-2, CIN-3 sowie
- alle Hautkrebserkrankungen der Stadien I und II entsprechend der Definition der aktuell gültigen „TNM Classification of Malignant Tumours“ der Union for International Union Cancer Control (UICC).

Voraussetzung: Die erstmalig diagnostizierte Krebserkrankung wurde uns durch einen Facharzt nachgewiesen. Die Wartezeit für die erstmalige Diagnose einer Krebserkrankung beträgt sechs Monate und beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Vertragsbeginn.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter, zum Beispiel eine Krankenkasse, nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet. Wenn der Dritte nicht oder nur teilweise die Kosten ersetzt, können Sie von uns die volle oder teilweise Erstattung verlangen, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

B2-9.3.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus insgesamt
- bei der Leistungsvariante Komfort bis 5.000 Euro
- bei der Leistungsvariante Premium bis 10.000 Euro.

B2-9.4 Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze sowie Rücktransport zum ständigen Wohnsitz

B2-9.4.1 Entschädigungsgrenzen

Abweichend und ohne Anrechnung auf die in B2-9.1 genannten Entschädigungsgrenzen erstatten wir die Kosten insgesamt je Unfallereignis:

- bei der Leistungsvariante Basis bis 30.000 Euro
- bei der Leistungsvariante Komfort bis 500.000 Euro
- bei der Leistungsvariante Premium bis 1.000.000 Euro

wenn in den nachfolgenden Bestimmungen nicht etwas anders vereinbart ist.

B2-9.4.2 Kosten für den Such-, Rettungs- oder Bergungseinsatz von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten. Dabei steht einem Unfall gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

B2-9.4.3 Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person vom Unfallort zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zur Druckkammer.

Ergänzend dazu übernehmen wir bei der Leistungsvariante Komfort und Premium die Therapiekosten für eine notwendige Behandlung in einer Druckkammer.

B2-9.4.4 Kosten für die Verlegung (auch Flugrückholung aus dem Ausland) der verletzten Person in ein Krankenhaus oder eine Spezialklinik in der Nähe ihres ständigen Wohnsitzes.

Diese Kosten zahlen wir auch dann, wenn keine medizinische Notwendigkeit vorliegt, aber aufgrund des Verletzungsbilds mit einer nachweislich besseren ärztlichen Versorgung zu rechnen ist.

Voraussetzung ist, dass wir die Verlegung organisieren.

B2-9.4.5 Überführungs- und Bestattungskosten bei einem unfallbedingten Todesfall der versicherten Personen

Wir erstatten bei einem unfallbedingten Todesfall der versicherten Personen

- die Überführungskosten aus dem In- oder Ausland bis zum letzten ständigen Wohnsitz in Deutschland bzw. wahlweise
- die angemessenen Bestattungskosten im Ausland nach Abstimmung mit den Angehörigen.

Auf Wunsch der Angehörigen organisieren wir die Überführung zum letzten Wohnsitz oder die Bestattung im Ausland.

B2-9.4.6 Mehrkosten für die außerplanmäßige Rückkehr oder Aufenthaltsverlängerung der verletzten Person nach Beendigung einer vollstationären Heilbehandlung im In- und Ausland

Aufgrund einer vollstationären Heilbehandlung kann die versicherte Person ihre Rückreise oder ihren Aufenthalt nicht mehr planmäßig durchführen oder beenden, weil

- sie die Rückreise außerplanmäßig früher antreten möchten oder
- sich die Rückreise aufgrund der notwendigen medizinischen vollstationären Heilbehandlung der versicherten Person außerplanmäßig verzögert.

Wir erstatten die Mehrkosten für die Rückkehr zum ständigen Wohnsitz der versicherten Person nach Beendigung der vollstationären Heilbehandlung

- bis zur Höhe der Bahnkosten erster Klasse einschließlich Zuschlägen oder
- bis zur Höhe der Kosten eines Linienflugs in der Economy Class und
- die nachgewiesenen Kosten für Taxifahrten oder für Fahrten mit dem öffentlichen Personennahverkehr bis zu 100 Euro und
- notwendige Übernachtungskosten für höchstens drei Nächte bis zu 75 Euro pro Übernachtung.

Voraussetzung ist auch, dass Sie sich mit uns darüber abstimmen, ob und welche Leistungen wir erbringen. Wir unterhalten einen Notdienst, der rund um die Uhr besetzt ist. Sie haben die Aufwendungen so gering wie möglich zu halten und unsere Weisungen zu beachten.

Ergänzend dazu übernehmen wir bei der Leistungsvariante Premium im gleichen Umfang auch die Reisekosten (An- und Abreise) für eine Begleitperson für Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

B2-9.4.7 Mehrkosten für die zusätzliche Übernachtung bei Aufenthaltsverlängerung für mitreisender Personen

Bei der Leistungsvariante Premium erstatten wir für mitreisende Personen die Übernachtungskosten bei einer außerplanmäßigen Verlängerung des Aufenthaltes im Ausland.

Voraussetzung ist, dass die versicherte Person im Ausland einen Unfall erleidet und sich aus diesem Grund ebenfalls im Ausland, einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung nach B2-5.1. unterzieht.

Anspruch auf die Leistung haben

- alle mitreisenden versicherten Personen und
- Personen, die zusammen mit der verunfallten versicherten Person die Reise gemeinsam angetreten haben.

Wir erstatten die zusätzlichen Mehrkosten für Übernachtungen bis zu 75 Euro pro Person und Übernachtung mitreisender Personen bei einer außerplanmäßigen Verlängerung des Aufenthaltes

- für die Dauer der vollstationären Heilbehandlung der versicherten Person
- längstens jedoch für sieben Tage.

B2-9.4.8 Mehrkosten für den außerplanmäßigen Rücktransport von Gepäck und Haustieren

Bei der Leistungsvariante Komfort oder Premium erstatten wir die Mehraufwendungen für den außerplanmäßigen Rücktransport von Gepäckstücken und Haustieren zum ständigen Wohnsitz der versicherten Person.

B2-9.5 Behinderungsbedingte Mehraufwendungen nach einem Unfall

Bei der Leistungsvariante Komfort oder Premium erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für

- den notwendigen Umbau einer von der versicherten Person bewohnten Wohnung oder Hauses
- einen notwendigen Umzug in ein behindertengerechtes Haus oder Wohnung bzw. in ein Senioren- oder Pflegeheim
- den notwendigen behindertengerechten Umbau eines von der versicherten Person privat genutzten Kraftfahrzeugs
- eine staatlich anerkannte berufliche Umschulungsmaßnahme (Schulungs- und Prüfungsgebühren)
- eine Fortbildungsmaßnahme wie das Erlernen der Blindenschrift oder Gebärdensprache
- die erstmalige Anschaffung von ärztlich verordneten medizinischen Hilfsmitteln.

Ergänzend dazu erstatten wir bei der Leistungsvariante Premium auch die Kosten für die erstmalige Anschaffung eines Assistenzhundes (zum Beispiel Blindenhund).

Als ärztlich verordnetes medizinische Hilfsmittel gelten

- Arm- und Beinprothesen
- Gehhilfen
- Krankenfahrstuhl
- Orthesen
- Einlagen oder maßgefertigte orthopädische Schuhe
- Schienenapparate
- Hörgeräte
- Kunstauge
- Sehhilfen (Brillengestell und Gläser oder Kontaktlinsen).

Die Leistungen werden erbracht, wenn die Maßnahmen ausschließlich durch einen versicherten Unfall verursacht wurden und

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen um mindestens 50 Prozent beeinträchtigt ist und
 - ein Anspruch auf eine Kapitalsofortleistung bei schweren Unfallverletzungen (B2-4.1) besteht und
 - nach Feststellung des von uns beauftragten ARAG Reha-Managers des Rehabilitationsdienstes notwendig sind.
- Die notwendigen Maßnahmen sind durch einen objektiven, am Stand der medizinischen Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen.

Alle Mehraufwendungen müssen bis zum Ablauf von fünf Jahren nach dem Unfalltag entstanden und geltend gemacht worden sein.

Bei Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres müssen alle Mehraufwendungen vor Vollendung des 25. Lebensjahres entstanden und geltend gemacht worden sein.

B2-9.6 Kurbeihilfen nach Abschluss der vollstationären Heilbehandlung

Bei der Leistungsvariante Komfort oder Premium erstatten wir die Kosten für eine Kurbeihilfe

Voraussetzung ist, dass die versicherte Person wegen einer unfallbedingten Gesundheitsschädigung

- innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag angerechnet
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen
- eine medizinisch notwendige Kur durchführt.

Die medizinische Notwendigkeit ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Wir erstatten die Kosten für die Kurbeihilfe

- bei der Leistungsvariante Komfort bis 1.500 Euro
- bei der Leistungsvariante Premium bis 5.000 Euro.

B2-9.7 Telefonische psychologische Hilfe nach einem Unfall

Wir vermitteln bei der Leistungsvariante Komfort oder Premium nach einem Unfall auf Anfrage für die versicherte Person eine angemessene psychologische telefonische Hilfe und tragen dafür die Kosten.

Die psychologische Hilfe soll die versicherte Person und die ihr nahestehenden Personen bei der Verarbeitung des Unfalls unterstützen und über Möglichkeiten zur Verbesserung der psychischen Situation beraten.

Die Leistung ist auf bis zu vier Personen pro Unfallereignis begrenzt.

B2-9.8 Erstattung der Zuzahlung zur gesetzlichen Krankenkasse

Bei der Leistungsvariante Komfort oder Premium erstatten wir die von der gesetzlichen Krankenversicherung für eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung in Rechnung gestellte Zuzahlung nach § 61 SGB V.

Darüber hinaus erstatten wir bei der Leistungsvariante Premium alle Zuzahlungen, die der versicherten Person unfallbedingt von Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung für drei Jahre ab dem Tag des Unfalls in Rechnung gestellt wurden.

B2-9.9 Ungenannte Kosten infolge eines Unfalls

Bei der Leistungsvariante Premium erstatten wir die Kosten, die der versicherten Person unfallbedingt entstanden sind und die nicht durch versicherte Kosten nach B2-9.2 bis B2-9.8 versichert sind.

Voraussetzung ist, dass die versicherte Person die Notwendigkeit der Leistung nachweist.

Die Leistung ist auf 1.000 Euro je Unfallereignis begrenzt.

B2-9.10 Entschädigung für unfallbedingt beschädigte oder zerstörte Sachen

Bei der Leistungsvariante Premium erstatten wir Wiederbeschaffungs- oder Wiederherstellungskosten für beschädigte oder zerstörte Sachen.

B2-9.10.1 Voraussetzung für die Leistungen

Die versicherte Person

- musste sich unfallbedingt in einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung von mindestens zehn Tagen begeben oder
- hat eine Unfallverletzung im Sinne der Kapitalsoforthilfe bei schweren Unfallverletzungen nach B2-4.1.1 erlitten.

B2-9.10.2 Versicherte Sachen

Versichert sind ausschließlich die im Folgenden aufgeführten Sachen, die zum Zeitpunkt des Unfallereignisses von der versicherten Person mitgeführt wurden und zum Eigentum der versicherten Personen gehört (ausgeschlossen sind Sachen, die geliehen, gemietet oder geleast wurden).

- Brillen
- Uhren
- Smartphone
- Tablet
- Laptop
- Handtaschen
- Rucksäcke
- Kleidung.

Nicht versichert sind alle sonstigen Sachen, insbesondere Kontaktlinsen, Hörgeräte, Smartwatches und Sachen, die in einer Handtasche, Rucksack oder in der Kleidung mitgetragen wurden, soweit sie nicht zu den versicherten Sachen gehören.

Nicht versichert sind auch alle in FitPlus unter B2-8.2.1.1 aufgeführten Sportgeräte.

B2-9.10.3 Versicherungswert

Der Versicherungswert bildet die Grundlage für die Berechnung der Entschädigung. Versicherungswert ist der Wiederbeschaffungswert von Sachen gleicher Art und Güte in neuwertigem Zustand (Neupreis)

B2-9.10.4 Entschädigungsberechnung

Wir ersetzen bei

- zerstörten Sachen: den Versicherungswert bei Eintritt des Versicherungsfalls;
- beschädigten Sachen: die notwendigen Kosten für die Reparatur, höchstens jedoch den Versicherungswert bei Eintritt des Versicherungsfalls. Die Kosten müssen durch eine Rechnung nachgewiesen werden.

B2-9.10.5 Entschädigungsgrenzen

Die Leistung ist für die unter B2-9.10.2 aufgeführten Sachen auf insgesamt 3.000 Euro je Unfallereignis begrenzt.

Ist ein Dritter zum Ersatz Ihres Schadens verpflichtet, zum Beispiel ein Hausrat- oder Haftpflichtversicherer, können Sie bei uns nur noch die restlichen Kosten anmelden. Wenn der Dritte nicht oder nur teilweise den Schaden ersetzt, können Sie von uns die volle oder teilweise Erstattung verlangen, soweit Sie die Nicht- oder Minderleistung nicht zu vertreten haben.

B2-10 Rehabilitations-Management

Bei der Leistungsvariante Komfort oder Premium erstatten wir für die versicherte Person die Aufwendungen für ein Rehabilitations-Management nach einem Unfallereignis (B1).

B2-10.1 Persönlicher Reha-Manager

B2-10.1.1 Der von uns beauftragte Reha-Manager berät die versicherte Person nach einem Unfall auf Basis der individuellen Bedürfnisse bei ihrer Rehabilitation und bei notwendigen Veränderungen im beruflichen, medizinischen und sozialen Bereich.

Während des gesamten Genesungsprozesses werden sämtliche Maßnahmen sowie der Versorgungsverlauf vom Reha-Manager kontinuierlich überwacht und sämtliche Beteiligte turnusmäßig informiert.

Dies geschieht durch Informationen und den Nachweis bzw. die Vermittlung fachkundiger Dienstleister sowie durch Koordination der Versorgungsmaßnahmen. Wir sind für die Leistung des Dienstleisters nicht verantwortlich.

Der Reha-Manager informiert zu Adressen und Erreichbarkeiten von beispielsweise

- qualifizierten Rehabilitationsberatern
- Behinderten- und Krankentransporten, Fahrdiensten, Pflegediensten, Selbsthilfegruppen, sozialen Einrichtungen, Fachärzten in Wohnungsnahe
- Unternehmen für behindertengerechtes Bauen/Umbauen von Wohnungen, Häusern und Kraftfahrzeugen
- Dienstleistern für Hausnotrufanlagen, Gartenhilfe, Kinderbetreuung, Reparatur- und Hausmeisterdienste, Anbietern von Wellness- und Gesundheitsreisen.

B2-10.1.1.1 Organisationsdienstleistungen

Der Reha-Manager

- sendet den Angehörigen der versicherten Person Formulare zur Patientenverfügung bzw. zur Vorsorgevollmacht zu
- organisiert Unterstützung bei Behördengängen
- führt eine Bedürftigkeitsprüfung zur Inanspruchnahme möglicher mitversicherter Hilfs- und Pflegeleistungen aus dem Unfall- Schutzbrief nach Teil C durch, soweit diese vereinbart wurde.

B2-10.1.1.2 Medizinische Rehabilitation

Der Reha-Manager unterstützt bei der Feststellung des individuellen Bedarfs die Organisation medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen (zum Beispiel Organisation von stationären Aufenthalten, Krankentransporten, Pflegekräften, Einholung von ärztlichen Zweitmeinungen).

B2-10.1.1.3 Berufliche Rehabilitation

Der Reha-Manager unterstützt bei

- der Klärung, ob der zuvor ausgeübte Beruf wieder aufgenommen werden kann
- der Arbeitsplatzsicherung: Herstellen von Kontakten zu (ehemaligen) Arbeitgebern, (bereits involvierten) Familienmitgliedern, Ämtern und sozialen Einrichtungen sowie Anwälten und
- Umschulungen: Herstellen von Kontakten zu Personal-/Berufsberatern und Bildungsträgern sowie Schulen.

B2-10.1.1.4 Soziale Rehabilitation

Der Reha-Manager informiert und schafft Kontakte beispielsweise zu

- Verbänden, Behörden, Institutionen, sozialen Einrichtungen und anderen Hilfen
- Therapieberatern und -zentren
- Psychologen sowie zu psychosozialen Diensten und Sozialtherapeuten.

Darüber hinaus unterstützt der Reha-Manager durch die Organisation von Informationen und Kontakten bei der Beantragung von Leistungen bei sozialen und gesetzlichen Einrichtungen.

B2-10.1.1.5 Weitere Leistungen bei Kindern

Der Reha-Manager unterstützt durch Informationen, Kontakte und Vermittlung von

- spezialisierten Kindergärten/Schulen
- Nachhilfebetreuungen, Tagesmüttern, Kinderkrankenschwestern
- Elternbegleitungen und
- Freizeitgestaltungsmöglichkeiten

bei versicherten Kindern, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

B2-10.1.2 Dauer und Ort der Leistung

Die Leistung wird bis zu drei Jahre, vom Unfallereignis angerechnet, erbracht.

Die Leistungen werden ausschließlich innerhalb Deutschlands erbracht.

B2-10.1.3 Entschädigungsgrenzen

Die Kosten des persönlichen Reha-Managers übernehmen wir je Versicherungsfall.

- bei der Leistungsvariante Komfort bis 20.000 Euro
- bei der Leistungsvariante Premium bis 30.000 Euro.

Etwaige Aufwendungen für Reha-Maßnahmen selbst werden nicht erstattet.

B2-10.2 Kosten für eine psychologische Betreuung und Nachsorgebehandlung

B2-10.2.1 Psychologische Betreuung

Bei der versicherten Person besteht aufgrund

- einer schweren Unfallverletzung nach B2-4.1
- einer Schwerkverletzung bzw. eines Todesfalls einer nahestehenden Person oder
- eines Raubüberfalls oder einer Geiselnahme

die medizinische Indikation für eine psychologische Betreuung.

B2-10.2.2 Kosten für Nachsorgebehandlungen

Die versicherte Person hatte eine schwere Unfallverletzung nach B2-4.1 erlitten.

Wir erstatten die Kosten für

- bis zu zehn Einheiten à 30 Minuten bei einem ausgebildeten Physiotherapeuten
- bis zu zehn Einheiten à 60 Minuten durch einen lizenzierten Personal-Trainer oder individuelle Trainingsstunden durch einen Fachtrainer für den Wiedereinstieg in die zuvor ausgeführte Sportart
- bis zu drei Einheiten à 60 Minuten einer Ernährungsberatung nach der Berufsordnung für Ökotrophologen
- eine professionelle Bewegungs- und Laufanalyse sowie eine Laktat-Leistungsdiagnostik.

B2-10.2.3 Entschädigungsgrenzen

Die Kosten für die psychologische Betreuung und die Nachsorgebehandlung erstatten wir je Versicherungsfall:

- bei der Leistungsvariante Komfort bis zu 3.000 Euro
- bei der Leistungsvariante Premium bis zu 5.000 Euro.

B2-11 KinderPlus

B2-11.1 Unfälle in Verbindung mit Straftaten

Bei der Leistungsvariante Komfort und Premium besteht für Personen, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder die wegen ihres geistigen oder körperlichen Zustands der Beaufsichtigung im Sinne des § 832 BGB bedürfen, abweichend von B1-4.10, Versicherungsschutz

- beim Führen eines Land- oder Wasserfahrzeuges, ohne im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis (§ 21 StVG) zu sein,
- bei der Herstellung oder dem Gebrauch selbstgebaute Feuerwerkskörper.

Kein Versicherungsschutz besteht, wenn sich die versicherte Person

- erst durch eine Straftat Zugang zu dem Land- oder Wasserfahrzeug verschafft hat oder
- mit dem Fahrzeug oder mit dem Feuerwerkskörper weitere Straftaten begangen oder versucht hat.

B2-11.2 Zusätzliche Versorgungsleistung für Personen unter 18 Jahre bei Unfalltod eines versicherten Elternteils oder einer sorgeberechtigten Person

Versicherte Personen, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erhalten bei unfallbedingtem Tod eines versicherten Elternteils oder einer versicherten sorgeberechtigten Person eine zusätzliche Versorgungsleistung.

B2-11.2.1 Voraussetzung für die Leistung

Wir zahlen eine zusätzliche Versorgungsleistung, soweit zum Zeitpunkt des Unfalls

- die versicherten Personen das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und
- die versicherte, unfallbedingt verstorbene Person das 67. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- für die genannten Personen jeweils eine Todesfall-Leistung nach B2-6 vereinbart wurde und
- für die versicherte, unfallbedingt verstorbene Person ein Leistungsanspruch besteht.

B2-11.2.2 Art und Höhe der Versorgungsleistung

Sind die unter B2-11.2.1 genannten Voraussetzungen erfüllt, zahlen wir zusätzlich zur Todesfall-Leistung der verstorbenen versicherten Person, die jeweils vereinbarte Todesfallsumme der versicherten Personen aus, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (siehe Beispiel 1).

Die Höhe der zusätzlichen Versorgungsleistung für jede versicherte Person, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, begrenzt sich auf die vereinbarte Todesfallsumme der verstorbenen Person (siehe Beispiel 2).

Beispiel 1:

Sie haben eine Todesfallsumme von 10.000 Euro und für Ihre zwei Kinder jeweils eine Todesfallsumme von 5.000 Euro vereinbart.

Sollten Sie unfallbedingt versterben, zahlen wir

- 10.000 Euro aus Ihrer Todesfall-Leistung und zusätzlich
- jeweils 5.000 Euro aus der vereinbarten Todesfall-Leistung eines jedes Kindes, insgesamt also 20.000 Euro.

Beispiel 2:

Sie haben eine Todesfallsumme von 5.000 Euro und für Ihre zwei Kinder jeweils eine Todesfallsumme von 10.000 Euro vereinbart.

Sollten Sie unfallbedingt versterben, zahlen wir

- 5.000 Euro aus Ihrer Todesfall-Leistung und zusätzlich
- jeweils die auf 5.000 Euro begrenzte Todesfall-Leistung eines jeden Kindes, insgesamt also 15.000 Euro.

B2-11.2.3 Zusätzliche Versorgungsleistung bei Unfalltod von Ihnen und dem versicherten Lebenspartner bei einem Unfallereignis.

Bei der Leistungsvariante Premium verdoppeln wir die vereinbarte Todesfall-Leistung nach B2-6, soweit zum Zeitpunkt des Unfalls

- die unfallbedingt verstorbenen versicherten Personen zum Zeitpunkt des Unfalls das 67. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- mindestens eine weitere Person versichert ist, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

In diesen Fall berechnet sich die Höhe der zusätzlichen Versorgungsleistung nach B2-11.2 Absatz 2 auf Basis der doppelten Todesfallsumme.

Beispiel:

Sie haben eine Todesfallsumme von 5.000 Euro; für Ihren Lebenspartner eine von 3.000 Euro und für Ihre zwei Kinder jeweils eine Todesfallsumme von 10.000 Euro vereinbart.

Sollten Sie und ihr Lebenspartner unfallbedingt versterben, zahlen wir

- 16.000 Euro aus Ihrer und der Todesfall-Leistung Ihres Lebenspartners (Verdopplung der 8.000 Euro) und zusätzlich
- jeweils die auf 10.000 Euro begrenzte Todesfall-Leistung eines jeden Kindes, insgesamt also 36.000 Euro.

B2-11.3 Kosten für Betreuung und Versorgung

B2-11.3.1 Unfallbedingter Ausfall der betreuenden versicherten Person

Bei der Leistungsvariante Komfort und Premium erstatten wir für Personen, die zum Zeitpunkt des Unfalls, das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, die Kosten für die notwendige Betreuung bei einem unfallbedingten Ausfall der ansonsten betreuenden versicherten Person. Voraussetzung ist, dass sich die versicherte Person voraussichtlich länger als sieben Tage

- in einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung oder
- in einer sich unmittelbar anschließenden Rehabilitation befindet und
- eine Beaufsichtigung oder Versorgung nicht sichergestellt werden kann.

Wir organisieren bzw. vermitteln eine 24-Stunden-Betreuung, zum Beispiel für

- Wegbegleitung
- Hausaufgabenbetreuung
- Zubereitung der Mahlzeiten
- Betreuung in der Freizeit
- Zubettbringen.

Die Betreuung erfolgt nach Möglichkeit in der Wohnung der versicherten Person, und zwar so lange, bis sie anderweitig, zum Beispiel durch einen Verwandten oder eine im Haushalt lebende Person, übernommen werden kann.

Darüber hinaus organisieren bzw. vermitteln wir einen notwendigen Fahrdienst und erstatten Ihnen die Kosten. Wir erstatten die Kosten für die Betreuung bzw. den Fahrdienst bis zu 100 Euro pro Tag, insgesamt maximal 2.000 Euro.

B2-11.3.2 Kosten für die Übernachtung im Krankenhaus (Rooming-in)

Bei der Leistungsvariante Komfort oder Premium erstatten wir die Übernachtungskosten im Krankenhaus bzw. Rooming-in-Kosten

Voraussetzung ist, dass sich die versicherte Person, die zum Zeitpunkt des Unfalls, das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat

- in einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung oder in einer sich unmittelbar anschließenden Rehabilitation befindet und
- eine Beaufsichtigung oder Versorgung nicht sichergestellt werden kann.

Wir erstatten die Kosten für die Übernachtung bis zu 100 Euro pro Tag, insgesamt maximal 2.000 Euro.

B2-11.3.3 Kosten für den Krankenbesuch

Bei der Leistungsvariante Komfort oder Premium organisieren bzw. vermitteln wir den Krankenbesuch durch eine nahestehende Person.

Voraussetzung ist, dass sich die versicherte Person, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, auf einer Reise infolge einer Unfallverletzung voraussichtlich länger als 14 Tage

- in einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung oder
- in einer sich unmittelbaren anschließenden Rehabilitation befindet

Wir erstatten die Kosten für den Krankenbesuch

- bis zur Höhe der Bahnkosten erster Klasse einschließlich Zuschlägen oder
- bis zur Höhe der Kosten eines Linienflugs in der Economy Class und
- die nachgewiesenen Kosten für Taxifahrten oder für Fahrten mit dem öffentlichen Personennahverkehr bis zu 100 Euro und
- notwendige Übernachtungskosten für höchstens drei Nächte bis zu 75 Euro pro Person/Übernachtung.

B2-11.4 Beitragsbefreiung der Versicherung im Todesfall

Wir führen die Versicherung beitragsfrei weiter, wenn Sie oder eine über diesen Vertrag versicherter Lebenspartner versterben.

Ein Lebenspartner ist eine mitversicherte Person, welche mit dem Versicherungsnehmer

- in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder einer vergleichbaren Partnerschaft nach dem Recht anderer Staaten oder
- dauernd in eheähnlicher und häuslicher Gemeinschaft lebt.

B2-11.4.1 Voraussetzung für die Beitragsfreistellung

Wenn Sie oder der über diesen Vertrag versicherte Lebenspartner während der Versicherungsdauer sterben und

- zum Zeitpunkt des Unfalls das 67. Lebensjahr noch nicht vollendet war und
 - die Versicherung nicht gekündigt war und
 - Ihr Tod oder der des versicherten Lebenspartners nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse nach B1-4.11 verursacht wurde,
- gilt Folgendes:

B2-11.4.2 Dauer der beitragsfreien Weiterführung

Wir führen die Versicherung mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weiter, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet hat.

Bei der Leistungsvariante Premium führen wir die Versicherung mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weiter, in dem das versicherte Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat.

B2-11.4.3 Übergang der Versicherungsnehmereigenschaft

Der gesetzliche Vertreter der minderjährigen Person wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

B2-11.5 Beitragsbefreiung der Versicherung im Pflegefall oder nach einem Unfall

Bei der Leistungsvariante Komfort und Premium führen wir die Versicherung entsprechend den Voraussetzungen nach B2-11.4.1 und Dauer nach B2-11.4.2 beitragsfrei weiter, wenn Sie oder eine über diesen Vertrag versicherter Lebenspartner während der Versicherungsdauer

- in den Pflegegrad 2 oder höher im Sinne der sozialen Pflegeversicherung (§§ 14, 15 SGB XI) eingestuft wird oder
- einen Unfall erleidet, der nach den Bestimmungen dieses Vertrags zu einer Invalidität von mindestens 50 Prozent führt

B2-12 PartnerPlus

B2-12.1 Beitragsbefreiung der Versicherung im Todesfall

Bei der Leistungsvariante Komfort oder Premium führen wir die Versicherung beitragsfrei weiter, wenn Sie oder eine über diesen Vertrag versicherter Lebenspartner verstirbt.

Ein Lebenspartner ist eine mitversicherte Person, die mit dem Versicherungsnehmer

- in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder einer vergleichbaren Partnerschaft nach dem Recht anderer Staaten oder
- dauernd in eheähnlicher und häuslicher Gemeinschaft lebt

B2-12.1.1 Voraussetzungen für die Beitragsfreistellung

Wenn Sie oder eine über diesen Vertrag versicherter Lebenspartner während der Versicherungsdauer sterben und

- bei Versicherungsbeginn das 18. Lebensjahrs, nicht jedoch das 67. Lebensjahr vollendet war und
 - die Versicherung nicht gekündigt war und
 - Ihr Tod oder der des versicherten Lebenspartners nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse nach B1-4.11 verursacht wurde,
- gilt Folgendes:

B2-12.1.2 Dauer der beitragsfreien Weiterführung

Wir führen die Versicherung mit dem zum Todesfallzeitpunkt geltenden Leistungsumfang

- bis zum Ablauf des nach dem Todesfallzeitpunkt folgenden zweiten Versicherungsjahres
 - längstens jedoch bis Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das 67. Lebensjahr vollendet wird
- beitragsfrei weiter.

B2-12.2 Beitragsbefreiung der Versicherung im Pflegefall oder nach einem Unfall

Bei der Leistungsvariante Komfort und Premium führen wir die Versicherung entsprechend den Voraussetzungen nach B2-12.1.1 und für die Dauer nach B2-12.1.2 beitragsfrei weiter, wenn Sie oder eine über diesen Vertrag versicherter Lebenspartner (siehe B2-12.1) während der Versicherungsdauer

- in den Pflegegrad 2 oder höher im Sinne der sozialen Pflegeversicherung (§§ 14, 15 SGB XI) eingestuft werden oder
- einen Unfall erleiden, der nach den Bestimmungen dieses Vertrags zu einer Invalidität von mindestens 50 Prozent führt.

B2-13 Vorsorgeversicherung für neu hinzukommende Personen

B2-13.1 Anspruchsberechtigte Personen für die Vorsorgeversicherung

Anspruch auf die Vorsorgeversicherung haben nach Beginn der Versicherung bzw. während eines laufenden Versicherungsjahres in Ihrem Haushalt neu hinzukommende Personen,

B2-13.1.1 eheliche, eingetragene oder mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft zusammenlebende Lebenspartner.

Der Versicherungsschutz aus der Vorsorgeversicherung besteht ab dem Tag der

- standesamtlichen Eheschließung oder
- Begründung der Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder einer vergleichbaren Partnerschaft nach dem Recht anderer Staaten oder
- behördlicher Meldung des Lebenspartners am gemeinsamen Wohnsitz.

B2-13.1.2 leibliche und adoptierte Kinder, Kinder des Lebenspartners sowie Pflegekinder, wenn diese das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Der Versicherungsschutz aus der Vorsorgeversicherung besteht ab dem Tag der

- Geburt
- Adoption oder
- behördlichen Meldung des Kindes am gemeinsamen Wohnsitz.

B2-13.2 Versicherte Leistungsarten und Höhe der Vorsorgeversicherung

Soweit ein versicherter Unfall vorliegt, zahlen wir für die

- Invaliditätsleistung
- Todesfall-Leistung

die im Versicherungsschein vereinbarten Summen.

Vereinbarte progressive Invaliditätsleistungen bleiben bei der Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt. Bestehen für die hinzukommenden Personen bereits eigene Unfallversicherungen bei uns, gilt die Leistung aus der Vorsorgeversicherung zusätzlich.

B2-13.3 Anspruchsgrundlage

Der Anspruch auf eine Unfallleistung wird auf der Grundlage der Leistungsvariante Basis berechnet.

B2-13.4 Dauer der Vorsorgeversicherung

Die beitragsfreie Versicherung der anspruchsberechtigten Personen endet zum Ablauf des übernächsten Versicherungsjahres.

B2-14 Beitragsfreie Nachhaltigkeitsleistungen

Erleidet die versicherte Person

- als Rad-, Ski-, Snowboard-, Skateboard-, Snakeboard-, Streetboard-, Inlineskate-, Rollschuh-, Kickboard-, Tretroller-, Laufradfahrer oder Reiter eine Kopf- oder Gesichtsverletzung und hat dabei nachweislich einen handelsüblichen und geeigneten Helm getragen und/oder
 - in Verbindung mit der Nutzung von öffentlichem Verkehrsmittel und/oder
 - im Rahmen eines Einsatzes als Nothelfer und/oder
 - bei Ausübung einer ehrenamtlichen Tätigkeit
- einen versicherten Unfall, erhöht sich die Invaliditätsgrundsumme für eine dadurch entstandene Invalidität um 10 Prozent, höchstens jedoch um 50.000 Euro je Unfall.

B3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

B3-1 Krankheiten und Gebrechen

Wir leisten ausschließlich für Unfallfolgen. Dies sind Gesundheitsschädigungen und ihre Folgen, die durch das Unfallereignis verursacht wurden.

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

Beispiele: Krankheiten sind zum Beispiel Diabetes oder Gelenkserkrankungen; Gebrechen sind zum Beispiel Fehlstellungen der Wirbelsäule oder eine angeborene Sehnenverkürzung.

B3-2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

B3-2.1 Entsprechend dem Umfang, in dem Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil), mindert sich

- bei den Leistungsarten Invaliditätsleistung und Unfallrente der Prozentsatz des Invaliditätsgrads
- bei der Todesfall-Leistung und, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, bei den anderen Leistungsarten die Leistung selbst.

Beispiel:

Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von zehn Prozent. Dabei hat eine Rheuma-Erkrankung zu 50 Prozent mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher fünf Prozent.

B3-2.2 Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 Prozent, nehmen wir keine Minderung vor.

Abweichend von Satz 1 unterbleibt die Minderung, wenn der Anteil der unfallunabhängigen Krankheiten oder Gebrechen

- bei der Leistungsvariante Komfort weniger als 50 Prozent bzw.
- bei der Leistungsvariante Premium weniger als 75 Prozent beträgt.
- Zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihr 67. Lebensjahres vollendet hat, unterbleibt die Minderung bei Leistungsvariante, wenn der Anteil der unfallunabhängigen Krankheiten oder Gebrechen weniger als 50 Prozent beträgt.

Beispiel:

Bei Leistungsvariante Premium erfolgt im oben genannten Beispiel keine Kürzung der Invaliditätsleistung, weil die Rheuma-Erkrankung mit weniger als 75 Prozent zum festgestellten Invaliditätsgrad beigetragen hat.

B4 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in B2 geregelt. Im Folgenden beschreiben wir Verhaltensregeln (Obliegenheiten). Sie oder die versicherte Person müssen diese nach einem Unfall beachten, denn ohne Ihre Mithilfe können wir unsere Leistung nicht erbringen.

B4-1 Hinzuziehen eines Arztes

Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

B4-2 Wahrheitsgemäße und vollständige Angaben

Sämtliche Angaben, um die wir Sie oder die versicherte Person bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.

B4-3 Untersuchungspflicht durch die von uns beauftragten Ärzte

Wir beauftragen Ärzte, falls dies zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen. Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstausfall, der durch die Untersuchung entsteht. Wird bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbstständigen oder freiberuflich Tätigen der Verdienstausfall nicht konkret nachgewiesen, so wird ein pauschaler Betrag in Höhe von 500 Euro je Unfallereignis erstattet.

B4-4 Auskünfte zur Prüfung unserer Leistungspflicht

Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

- Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben
- anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden.

Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten. Dazu kann die versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Ansonsten kann die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.

B5 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in B4 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den Versicherungsschutz.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie nach, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.

Das gilt für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen, nicht aber, wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

B6 Wann sind die Leistungen fällig?

Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Dazu gilt Folgendes:

B6-1 Erklärung über die Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Bei Invaliditätsleistung und Unfallrente beträgt die Frist drei Monate.

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen.
- Bei Invaliditätsleistung und Unfallrente zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrads notwendig ist.

Bitte beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln (Obliegenheiten) nach B4.

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir. Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

B6-2 Fälligkeit der Leistung

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

B6-3 Vorschüsse

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

Beispiel:

Es steht fest, dass Sie von uns eine Invaliditätsleistung erhalten. Allerdings ist die Höhe der Leistung noch nicht bestimmbar. Die Höhe des Vorschusses richtet sich nach Art und Schwere der Unfallverletzung. Sie können einen Vorschuss vor Abschluss des Heilverfahrens innerhalb eines Jahres nach dem Unfall auch dann beanspruchen, wenn keine Todesfallsumme vereinbart wurde.

B6-4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

Nach der Bemessung des Invaliditätsgrads können sich Veränderungen des Gesundheitszustands ergeben. Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Dieses Recht steht Ihnen und uns längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall zu. Bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf 5 Jahre.

- Wenn wir eine Neubemessung wünschen, teilen wir Ihnen dies zusammen mit der Erklärung über unsere Leistungspflicht mit.
- Wenn Sie eine Neubemessung wünschen, müssen Sie uns dies vor Ablauf der Frist mitteilen.
- Ergibt die endgültige Bemessung eine niedrigere Invaliditätsleistung, als wir bereits gezahlt haben, fordern wir den überzahlten Betrag zurück.

B7 Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit

Soweit Sie mit uns einen Vertrag nach den Leistungsvarianten Komfort oder Premium vereinbart haben, wird der Versicherungsvertrag bei ihrer Arbeitslosigkeit beitragsfrei gestellt. Für die Dauer der Beitragsfreistellung besteht weiterhin Versicherungsschutz.

B7-1 Definition Arbeitslosigkeit

Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn Sie als Versicherungsnehmer

- keiner bezahlten Vollbeschäftigung (wöchentliche Arbeitszeit von mindestens 30 Stunden) nachgehen,
- bei der Bundesagentur für Arbeit als arbeitslos gemeldet sind,
- Arbeitslosengeld oder -hilfe beziehen und
- sich aktiv um Arbeit bemühen.

B7-2 Voraussetzung für die beitragsfreie Weiterführung bei Arbeitslosigkeit

Voraussetzung ist, dass bei Eintritt der Arbeitslosigkeit

- Sie das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- Sie mindestens 24 Monate ununterbrochen sozialversicherungspflichtig vollbeschäftigt (wöchentliche Arbeitszeit von mindestens 30 Stunden) waren,
- der Versicherungsvertrag mindestens 24 Monate bestand und
- der Beitrag bezahlt ist.

B7-3 Dauer der beitragsfreien Weiterführung bei Arbeitslosigkeit

Sind die Voraussetzung erfüllt, wird der Versicherungsvertrag ab dem Datum ihrer Arbeitslosigkeit bzw. ihrer Meldung an uns zu Beginn der nächsten Versicherungsperiode (A2-1.1)

- bei der Leistungsvariante Komfort für bis zu sechs Monate
- bei der Leistungsvariante Premium für bis zu zwölf Monate beitragsfrei gestellt.

Sollten Sie während dieses Zeitraums eine Beschäftigung annehmen und dann erneut arbeitslos werden, wird der Versicherungsvertrag ab der erneuten Arbeitslosigkeit bzw. der Meldung bei uns bis zur folgenden Fälligkeit nochmals

beitragsfrei gestellt. Die Beitragsfreistellung des Versicherungsvertrags gilt insgesamt jedoch für den jeweiligen maximalen Zeitraum in der Leistungsvariante.

Selbstständige gelten als arbeitslos, wenn sie ihre selbstständige Tätigkeit, außer durch Arbeitsunfähigkeit, unfreiwillig und nicht nur vorübergehend eingestellt haben (zum Beispiel durch Konkurs) und sich aktiv um Arbeit bemühen.

Eine Beitragsfreistellung als Selbstständiger kann nur einmal während der Vertragslaufzeit/Wirksamkeit dieses Vertrags in Anspruch genommen werden.

Die Beendigung der Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen. Die entsprechenden Nachweise über die Arbeitslosigkeit sind von Ihnen zu erbringen. Kein Anspruch auf Beitragsfreistellung besteht für Arbeitslosigkeit, die bei Antragstellung bereits bekannt oder schriftlich angekündigt war.

B8 Jährliche Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (Summendynamik)

Soweit sie mit uns eine jährliche Summendynamik vereinbart haben (siehe Versicherungsschein), passen wir jährlich die Versicherungssummen um den vereinbarten Prozentsatz an. Der Beitrag erhöht sich entsprechend den angepassten Versicherungssummen.

B8-1 Rundungsregel | Höchstversicherungssummen

Die vereinbarte Versicherungssumme wird jährlich um den im Versicherungsschein vereinbarten Prozentsatz erhöht.

Die Versicherungssumme wird für

- die Invaliditätsleistung (B2-1) auf volle 100 Euro
- die Rentenleistung und, soweit vereinbart, für die Hinterbliebenen-Versorgung (B2-2) auf volle 10 Euro
- die erweiterte Übergangsleistung (B2-3) auf volle 100 Euro
- die Kapitalsoforthilfe bei schweren Unfallverletzungen (B2-4.1) und, soweit vereinbart, auch schweren Krebs- oder Organerkrankungen (B2-4.2), auf volle 100 Euro.
- das Krankenhaustagegeld und, soweit vereinbart, für das Arbeitsunfähigkeitsgeld (B2-5) auf einen vollen Euro
- für die Todesfall-Leistung (B2-6) auf volle 100 Euro

aufgerundet.

Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle Unfälle nach dem Erhöhungstermin.

Die Erhöhung der Versicherungssummen ist auf die nachfolgenden Höchstversicherungssummen der jeweiligen Leistungsart begrenzt. Werden die Höchstversicherungssummen erreicht, wird bei der betreffenden Leistungsart keine weitere Erhöhung vorgenommen.

Leistungsarten	Hchstversicherungssummen
Invaliditätssumme	
• ohne Progression	750.000 €
• mit 225 % Progression	400.000 €
• mit 350 % Progression	250.000 €
• mit 500 % Progression	180.000 €
Unfallrente	3.000 €
Todesfallsumme – bis zur Versicherungssumme für die Invaliditätsleistung maximal	180.000 €
Krankenhaustagegeld	200 €
Erweiterte Übergangsleistung – bis zur Versicherungssumme für die Invaliditätsleistung maximal	50.000 €
Kapitalsoforthilfe bei schweren Unfallverletzungen – bis zur Versicherungssumme für die Invaliditätsleistung maximal	50.000 €

Die Erhöhung gilt nicht für laufende Zahlungen aufgrund eingetretener Leistungsfälle.

Von der jährlichen Erhöhung ausgenommen sind die vereinbarten Versicherungssummen für

- die UnfallPlus nach B2-7
- FitPlus nach B2-8
- die versicherte Kosten nach B2-9
- die Dienstleistungen des Reha-Managers nach B2-10
- die Vorsorgeversicherung für neu hinzukommende Personen nach B2-13

B8-2 Berechnungsgrundlage

Für den Betrag, um den sich die Versicherungssumme erhöht, wird nach dem diesem Vertrag zugrunde liegenden Tarif der zusätzliche Beitrag entsprechend dem vereinbarten Tarifmerkmal der jeweiligen versicherten Person berechnet.

B8-3 Beginn der Erhöhung

Die Erhöhung der Versicherungssumme erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

B8-4 Information über die Summenanpassung

Wir teilen Ihnen die erhöhte Versicherungssumme spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrags mit. Sie erhalten einen Nachtrag zum Versicherungsschutz mit den neuen Versicherungssummen.

B8-5 Widerspruch der Summenanpassung

Die Erhöhung entfällt, wenn Sie, nachdem Sie unsere Information über die Erhöhung erhalten haben, in Textform (zum Beispiel E-Mail, Fax oder Brief) widersprechen. Erfolgt der Widerspruch innerhalb von sechs Wochen nach unserer Information, erhalten Sie den Beitrag für die erhöhten Versicherungssummen erstattet. Im Falle eines Widerspruchs werden wir Ihnen zu Beginn des folgenden Versicherungsjahres eine erneute Erhöhung der Versicherungssummen anbieten.

B8-6 Endgültige Kündigung der Summenanpassung

Die Vereinbarung über die Summendynamik endet, wenn Sie oder wir die Vereinbarung zur Summendynamik für die versicherte Person kündigen. Sie können die Vereinbarung jederzeit (täglich) kündigen. Unsere Kündigung muss Ihnen spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugehen.

B9 Garantieleistungen

B9-1 Künftige Leistungsverbesserungen (Update-Garantie)

Werden die dem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen oder Zusatzbedingungen ausschließlich zu Ihrem Vorteil und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

B9-2 Leistungsgarantie gegenüber den GDV-Musterbedingungen

Wir garantieren, dass die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Bedingungen ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers von den durch den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Bedingungen vom Dezember 2020 abweichen.

Hilftabellen für die progressiven Invaliditätsleistungen

Höhe der Invaliditätsleistung – Progression 225 Prozent Plus bis zum 67. Lebensjahr¹

Invaliditätsleistung (IL) in Prozent der Versicherungssumme nach Invaliditätsgrad (IG)

IG	IL	IG	IL	IG	IL	IG	IL	IG	IL
26	27	41	57	56	93	71	138	86	225
27	29	42	59	57	96	72	141	87	225
28	31	43	61	58	99	73	144	88	225
29	33	44	63	59	102	74	147	89	225
30	35	45	65	60	105	75	225	90	225
31	37	46	67	61	108	76	225	91	225
32	39	47	69	62	111	77	225	92	225
33	41	48	71	63	114	78	225	93	225
34	43	49	73	64	117	79	225	94	225
35	45	50	75	65	120	80	225	95	225
36	47	51	78	66	123	81	225	96	225
37	49	52	81	67	126	82	225	97	225
38	51	53	84	68	129	83	225	98	225
39	53	54	87	69	132	84	225	99	225
40	55	55	90	70	135	85	225	100	225

Höhe der Invaliditätsleistung – Progression 225 Prozent ab dem 67. Lebensjahr²

Invaliditätsleistung (IL) in Prozent der Versicherungssumme nach Invaliditätsgrad (IG)

IG	IL	IG	IL	IG	IL	IG	IL	IG	IL
26	27	41	57	56	93	71	138	86	183
27	29	42	59	57	96	72	141	87	186
28	31	43	61	58	99	73	144	88	189
29	33	44	63	59	102	74	147	89	192
30	35	45	65	60	105	75	150	90	195
31	37	46	67	61	108	76	153	91	198
32	39	47	69	62	111	77	156	92	201
33	41	48	71	63	114	78	159	93	204
34	43	49	73	64	117	79	162	94	207
35	45	50	75	65	120	80	165	95	210
36	47	51	78	66	123	81	168	96	213
37	49	52	81	67	126	82	171	97	216
38	51	53	84	68	129	83	174	98	219
39	53	54	87	69	132	84	177	99	222
40	55	55	90	70	135	85	180	100	225

¹ Die vereinbarte Progression Plus endet mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet hat. Ab Beginn des folgenden Versicherungsjahres, gilt die unveränderte Progression ohne die Höchstentschädigung ab 75 % Invaliditätsgrad.

² Erklärung siehe Fußnote 1.

Höhe der Invaliditätsleistung – Progression 350 Prozent Plus bis zum 67. Lebensjahr³

Invaliditätsleistung (IL) in Prozent der Versicherungssumme nach Invaliditätsgrad (IG)

IG	IL	IG	IL	IG	IL	IG	IL	IG	IL
26	28	41	73	56	130	71	205	86	350
27	31	42	76	57	135	72	210	87	350
28	34	43	79	58	140	73	215	88	350
29	37	44	82	59	145	74	220	89	350
30	40	45	85	60	150	75	350	90	350
31	43	46	88	61	155	76	350	91	350
32	46	47	91	62	160	77	350	92	350
33	49	48	94	63	165	78	350	93	350
34	52	49	97	64	170	79	350	94	350
35	55	50	100	65	175	80	350	95	350
36	58	51	105	66	180	81	350	96	350
37	61	52	110	67	185	82	350	97	350
38	64	53	115	68	190	83	350	98	350
39	67	54	120	69	195	84	350	99	350
40	70	55	125	70	200	85	350	100	350

Höhe der Invaliditätsleistung – Progression 350 Prozent ab dem 67. Lebensjahr⁴

Invaliditätsleistung (IL) in Prozent der Versicherungssumme nach Invaliditätsgrad (IG)

IG	IL	IG	IL	IG	IL	IG	IL	IG	IL
26	28	41	73	56	130	71	205	86	280
27	31	42	76	57	135	72	210	87	285
28	34	43	79	58	140	73	215	88	290
29	37	44	82	59	145	74	220	89	295
30	40	45	85	60	150	75	225	90	300
31	43	46	88	61	155	76	230	91	305
32	46	47	91	62	160	77	235	92	310
33	49	48	94	63	165	78	240	93	315
34	52	49	97	64	170	79	245	94	320
35	55	50	100	65	175	80	250	95	325
36	58	51	105	66	180	81	255	96	330
37	61	52	110	67	185	82	260	97	335
38	64	53	115	68	190	83	265	98	340
39	67	54	120	69	195	84	270	99	345
40	70	55	125	70	200	85	275	100	350

³ Die vereinbarte Progression Plus endet mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet hat. Ab Beginn des folgenden Versicherungsjahres, gilt die unveränderte Progression ohne die Höchstentschädigung ab 75 % Invaliditätsgrad.

⁴ Erklärung siehe Fußnote 3.

Höhe der Invaliditätsleistung – Progression 500 Prozent Plus bis zum 67. Lebensjahr⁵

Invaliditätsleistung (IL) in Prozent der Versicherungssumme nach Invaliditätsgrad (IG)

IG	IL	IG	IL	IG	IL	IG	IL	IG	IL
26	30	41	105	56	192	71	297	86	500
27	35	42	110	57	199	72	304	87	500
28	40	43	115	58	206	73	311	88	500
29	45	44	120	59	213	74	318	89	500
30	50	45	125	60	220	75	500	90	500
31	55	46	130	61	227	76	500	91	500
32	60	47	135	62	234	77	500	92	500
33	65	48	140	63	241	78	500	93	500
34	70	49	145	64	248	79	500	94	500
35	75	50	150	65	255	80	500	95	500
36	80	51	157	66	262	81	500	96	500
37	85	52	164	67	269	82	500	97	500
38	90	53	171	68	276	83	500	98	500
39	95	54	178	69	283	84	500	99	500
40	100	55	185	70	290	85	500	100	500

Höhe der Invaliditätsleistung – Progression 500 Prozent ab dem 67. Lebensjahr⁶

Invaliditätsleistung (IL) in Prozent der Versicherungssumme nach Invaliditätsgrad (IG)

IG	IL	IG	IL	IG	IL	IG	IL	IG	IL
26	30	41	105	56	192	71	297	86	402
27	35	42	110	57	199	72	304	87	409
28	40	43	115	58	206	73	311	88	416
29	45	44	120	59	213	74	318	89	423
30	50	45	125	60	220	75	325	90	430
31	55	46	130	61	227	76	332	91	437
32	60	47	135	62	234	77	339	92	444
33	65	48	140	63	241	78	346	93	451
34	70	49	145	64	248	79	353	94	458
35	75	50	150	65	255	80	360	95	465
36	80	51	157	66	262	81	367	96	472
37	85	52	164	67	269	82	374	97	479
38	90	53	171	68	276	83	381	98	486
39	95	54	178	69	283	84	388	99	493
40	100	55	185	70	290	85	395	100	500

⁵ Die vereinbarte Progression Plus endet mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet hat. Ab Beginn des folgenden Versicherungsjahres, gilt die unveränderte Progression ohne die Höchstenschädigung ab 75 % Invaliditätsgrad.

⁶ Erklärung siehe Fußnote 5

Teil C ARAG Unfall-Schutzbrief-Bedingungen (USB 2024)

Unfall-Schutzbrief – Alltagshelfer® – Alltagshelfer® Plus

Neben den nachfolgenden Versicherungsbedingungen gelten die „Allgemeinen Vertragsbedingungen für die Unfallversicherung“ (siehe Teil A).

Wann leisten wir?

Wir bieten Hilfeleistung, falls vereinbart, bei:

- Unfällen nach C1-1
- ambulanten Operationen und vollstationären Krankenhausaufenthalten nach C1-2
- ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeiten von mindestens acht Tagen nach C1-3 und
- besonderen Ereignissen nach C1-4.

C1 Was ist versichert?

C1-1 Hilfeleistungen bei Unfällen

Wir bieten die vereinbarten Hilfeleistungen bei Unfällen der versicherten Person. Als versicherter Unfall gelten die unter B1-3 und B1-4 für die Leistungsvariante Premium aufgeführten Unfallereignisse und Gesundheitsschäden

C1-2 Alltagshelfer® oder Alltagshelfer® Plus: Hilfeleistungen bei ambulanten Operationen und bei vollstationären Krankenhausaufenthalten

Wenn Sie mit uns den Alltagshelfer® oder den Alltagshelfer® Plus vereinbart haben, leisten wir darüber hinaus auch bei

- ambulanten Operationen
- Geburten im Krankenhaus und
- vollstationären Krankenhausaufenthalten.

Ein Anspruch auf Leistung besteht für die versicherte Person bei innerhalb Deutschlands

- durchgeführten ambulanten Operation oder
- erfolgten Geburten oder
- jedem vollstationären Krankenhausaufenthalt.

Es gilt eine Wartezeit von einem Monat.

Dauer und Umfang unserer Leistungsverpflichtung entnehmen Sie bitte C2 und C3.

Ausnahme: Bei mehreren Operationen oder Krankenhausaufenthalten aufgrund der gleichen Erstdiagnose begrenzt sich die Leistungsdauer auf die unter C2-2 genannte Höchstdauer.

Erfolgt die ambulante Operation oder der vollstationäre Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Unfalls nach C1-1, gelten für die von uns zu erbringenden Leistungen die Vereinbarungen für ein Unfallereignis.

C1-3 Alltagshelfer® Plus: Leistung bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit von mehr als sieben Kalendertagen

Wenn Sie mit uns den Alltagshelfer® Plus vereinbart haben, leisten wir bei einer Erkrankung mit einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens acht Kalendertagen.

Voraussetzung: Die Arbeitsunfähigkeit wurde in Deutschland ärztlich bestätigt.

Geht die versicherte Person keiner beruflichen Tätigkeit nach, leisten wir auch, wenn die körperliche Leistungsfähigkeit bei Ausübung einer gewöhnlichen Verrichtung nach ärztlicher Feststellung vergleichbar eingeschränkt ist.

Unsere Leistungspflicht besteht erst dann, wenn die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung die Voraussetzung von acht Kalendertagen erfüllt. Dies gilt auch dann, wenn die acht Kalendertage erst durch eine Folgebescheinigung erreicht werden.

Ist die Arbeitsunfähigkeit

- durch ein Unfallereignis nach C1-1 verursacht oder
 - Folge einer ambulanten Operation oder eines vollstationären Krankenhausaufenthalts nach C1-2,
- gelten für die Leistungen und insbesondere für die Leistungsdauer die Vereinbarungen für ein Unfallereignis bzw. für eine ambulante Operation oder einen vollstationären Krankenhausaufenthalt.

Dauer und Umfang unserer Leistungsverpflichtung entnehmen Sie bitte C2 und C3.

Bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit gilt eine Wartezeit von einem Monat.

C1-4 **Alltagshelfer® oder Alltagshelfer® Plus: Leistung bei besonderen Ereignissen**

Wenn Sie mit uns den Alltagshelfer® oder den Alltagshelfer® Plus vereinbart haben, unterstützen wir Sie auch bei folgenden besonderen Ereignissen:

C1-4.1 Geburt eines Kindes von einer mitversicherten Person oder einer mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebenden Lebenspartnerin

Bei Geburt eines Kindes

- von einer mitversicherten Person (ohne Krankenhausaufenthalt) oder
- von einer mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebenden Lebenspartnerin erbringen wir für Sie und Ihren Lebenspartnerin folgende Leistungen:
 - täglicher Menüservice (C3-1)
 - Einkäufe und Besorgungen (C3-2)
 - Wäscheservice (C3-3)
 - Wohnungsreinigung (C3-4)
 - Kinder- und Haustierbetreuung (C4-3 und C4-8)
 - psychologische telefonische Hilfe (C4-13).

Den Nachweis über das Bestehen einer häuslichen Gemeinschaft müssen Sie erbringen.

Bei Geburt eines Kindes von einer mitversicherten Person im Krankenhaus richtet sich der Leistungsumfang nach C1-2.

C1-4.2 Todesfall einer in Ihrem Haushalt lebenden Person oder eines Familienangehörigen ersten Grades und Geschwister. Im Todesfall einer mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebenden Person oder außerhalb der gemeinsamen Wohnung eines Familienangehörigen ersten Grades oder Geschwister erbringen wir folgende Leistungen:

- täglicher Menüservice (C3-1)
- Einkäufe und Besorgungen (C3-2)
- Wäscheservice (C3-3)
- Wohnungsreinigung (C3-4)
- Kinder- und Haustierbetreuung (C4-3 und C4-8)
- psychologische telefonische Hilfe (C4-13).

Den Nachweis über das Bestehen einer häuslichen Gemeinschaft müssen Sie erbringen.

C1-4.3 Alltagshelfer® Plus: Wenn Sie mit uns den Alltagshelfer® Plus vereinbart haben, zahlen wir im Falle eines innerhalb Deutschlands gewerkschaftlich organisierten Streiks von mindestens einem Tag entweder bei

- den öffentlichen Verkehrsmitteln (Luftfahrt, Bahn, Bus) oder
- den öffentlichen Kindertagesstätten oder
- den Krankenhäusern oder
- den Ärzten

eine Aufwandsentschädigung von bis zu 50 Euro je Tag, wenn für Sie durch den Streik nachweislich Mehrkosten entstehen. Für alle oben genannten Streiks beträgt die Höchstleistung für die Aufwandsentschädigung insgesamt 250 Euro je Versicherungsjahr.

Es gilt eine Wartezeit von einem Monat.

C2 **In welchem Umfang erbringen wir die Leistungen?**

Wir stellen in einem telefonischen oder persönlichen Erstgespräch

- den durch das leistungsauslösende Ereignis (C1-1 bis C1-4.2) entstandenen
 - individuellen Bedarf an Leistungen
 - aus der Art und dem Umfang Ihrer Hilfsbedürftigkeit
- fest. Dieser Bedarf wird durch die in C3 beschriebenen Leistungen gedeckt.

Ausnahme: Dies gilt nicht für die Aufwandsentschädigung aufgrund eines gewerkschaftlich organisierten Streiks innerhalb Deutschlands nach C1-4.3. In diesem Fall genügt der Nachweis über die entstandenen Mehrkosten.

C2-1 **Voraussetzungen für die Leistungen**

C2-1.1 **Telefonische Meldung**

Die versicherte Person oder ein Dritter im Auftrag der versicherten Person meldet uns den Versicherungsfall über das Notruftelefon mit der ARAG Telefonnummer: +49 211 963-1405.

Das Notruftelefon ist 24 Stunden an allen Tagen des Jahres erreichbar.

C2-1.2 **Anspruchsgrund**

Die versicherte Person hat ein unter C1-1 bis C1-4.2 definiertes leistungsauslösendes Ereignis erlitten und ist infolgedessen hilfsbedürftig.

Definition „Hilfsbedürftigkeit“

Hilfsbedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist und für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe bedarf.

C2-1.3 Weitere Voraussetzungen

Weitere Voraussetzungen finden Sie bei den jeweiligen Leistungsbeschreibungen.

C2-2 Dauer der Leistungen

Wenn in C3 nicht anderweitig beschrieben, erbringen wir die vereinbarten Leistungen

- a) bei einem Unfallereignis (C1-1) für die Dauer von maximal neun Monaten ab dem Datum des Unfallereignisses
- b) bei einer ambulanten Operation (C1-2) ab dem Tag der ambulanten Operation bis zu einem Monat nach dem Tag des ambulanten Eingriffs. Hat die versicherte Person zum Zeitpunkt der ambulanten Operation das 67. Lebensjahr vollendet, leisten wir ab dem Tag der ambulanten Operation und bis zu zehn Tage nach dem Tag der ambulanten Operation
- c) bei einer Geburt im Krankenhaus (C1-2) ab dem Tag der Einweisung ins Krankenhaus bis zu einem Monat nach der Entlassung aus dem Krankenhaus
- d) bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung (C1-2) ab dem Tag der Einweisung ins Krankenhaus bis zu einem Monat nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Hat die versicherte Person zum Zeitpunkt der Einweisung das 67. Lebensjahr vollendet, leisten wir ab dem Tag der Einweisung und bis zu zehn Tage nach der Entlassung aus dem Krankenhaus
- e) bei Arbeitsunfähigkeit (C1-3) von mindestens acht Kalendertagen ab dem Datum der ärztlichen Feststellung bis zu 20 Tagen je Diagnose. Hat die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, leisten wir bis zu zehn Tagen. Die Leistung erbringen wir bei unterschiedlichen Diagnosen bis zu dreimal, ab dem vollendeten 67. Lebensjahr einmal je Versicherungsjahr.
Unsere Leistungspflicht besteht erst dann, wenn die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung die Voraussetzung von acht Kalendertagen erfüllt. Dies gilt auch dann, wenn die acht Kalendertage erst durch eine Folgebescheinigung erreicht werden.
- f) bei Geburt eines Kindes von einer mitversicherten Person (ohne Krankenhausaufenthalt) oder von einer mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebenden Lebenspartnerin (C1-4.1) oder im Todesfall einer mit Ihnen in Ihrem Haushalt lebenden Person oder eines Familienangehörigen ersten Grades oder eines Geschwisters (C1-4.2) ab dem Geburts- bzw. Todesfall für maximal 14 Kalendertage.

Die Hilfeleistung erbringen wir, solange die Voraussetzungen einer Hilfsbedürftigkeit nach C2-1.2 erfüllt sind.

Sollte sich nach Aufnahme der Leistung herausstellen, dass die Voraussetzung einer Hilfsbedürftigkeit nicht oder nicht mehr besteht, werden die Leistungen eingestellt.

C2-3 Durch wen und wo erbringen wir unsere Leistungen?

Für die Leistungserfüllung beauftragen wir qualifizierte externe Dienstleister. Die Leistungen erfolgen ausschließlich in Deutschland. Ausnahme: In C3 wird etwas anderes vereinbart.

C3 Welche Leistungen sind versichert?

C3-1 Täglicher Menüservice

Die versicherte Person wird täglich mit einem Menü aus dem Angebot des Dienstleisters versorgt. Wir erbringen die Leistungen auch für die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft lebenden Personen.

C3-2 Einkaufsdienst

Einmal pro Woche werden für die versicherte Person Waren des täglichen Bedarfs eingekauft und notwendige Besorgungen getätigt.
Anfallende Gebühren und die Kosten für die eingekauften Waren werden nicht übernommen.

C3-3 Erledigung der Wäsche

Einmal pro Woche wird die notwendige Kleidung und Wäsche der versicherten Person gewaschen und gepflegt (trocknen, bügeln etc.).
Anfallende Kosten hierfür werden übernommen.

C3-4 Reinigung der Wohnung

Einmal pro Woche wird der Wohnraum (zum Beispiel Flur, Schlafzimmer, Wohnzimmer, Küche, Bad und Toilette) der versicherten Person im allgemein üblichen Umfang gereinigt. Voraussetzung: Die Räume waren vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand.

C3-5 Installation einer Hausnotrufanlage

Der versicherten Person wird eine Hausnotrufanlage zur Verfügung gestellt und in der Wohnung installiert, soweit die technischen Voraussetzungen (Strom- bzw. Telefonanschluss) gegeben sind. Über die Hausnotrufanlage ist für die versicherte Person rund um die Uhr eine Notrufzentrale erreichbar, die im Notfall entsprechende Hilfe veranlasst.

C3-6 Tag- und Nachtwache nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation

Wir sorgen nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation für die Beaufsichtigung der versicherten Person, sofern dies medizinisch notwendig ist. Die Beaufsichtigung erfolgt längstens für 48 Stunden nach der Entlassung bzw. der ambulanten Operation.

C3-7 Begleitung zu Arzt- und Behördengängen

Die versicherte Person wird zum Arzt und/oder zu Behörden begleitet, wenn das persönliche Erscheinen notwendig oder durch die Behörde angeordnet ist. Die Begleitung beinhaltet, soweit dieser medizinisch indiziert ist, den Transport der versicherten Person durch einen von uns beauftragten Dienstleister. Die Begleitperson unterstützt die versicherte Person zum Beispiel beim Ein- und Aussteigen, Treppensteigen, Öffnen von Türen etc. Die Begleitperson leistet keine fachliche und inhaltliche Unterstützung.

C3-8 Fahrdienst zur Krankengymnastik und zu Therapien

Für die versicherte Person wird bis zu siebenmal pro Woche ein Fahrdienst zur notwendigen Krankengymnastik und/oder zu Therapien organisiert bzw. vermittelt. Die Kosten für die Fahrdienste werden von uns übernommen.

C3-9 Sonstige notwendige Hilfsleistungen nach einem Unfallereignis

Wir erbringen nach einem Unfall (C1-1) weitere von uns organisierte Hilfsleistungen, soweit diese

- notwendig und
- sinnvoll und
- vertretbar sind und
- nachweislich dem Genesungsprozess der versicherten Person dienen.

Kosten für Heilbehandlungen werden nicht erstattet.

Die Leistungen sind insgesamt auf maximal 1.000 Euro je Unfallereignis begrenzt.

C3-10 Persönliche Grundpflege

Die versicherte Person erhält maximal täglich und bis zu drei Stunden eine Grundpflege. Zur Grundpflege gehören Körperpflege, An- und Auskleiden, Lagern und Betten, Hilfe bei der Nahrungszubereitung, -aufnahme und Notdurft.

C3-11 Pflegeberatung

Die versicherte Person wird zur gesetzlichen Pflegeversicherung informiert und bei der Auswahl und Anschaffung von notwendigen Hilfsmitteln beraten. Die Kosten für die notwendigen Hilfsmittel übernehmen wir nicht.

C3-12 Pflegeschulung für Angehörige

Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden diese auf Wunsch für die tägliche Pflege geschult. Es handelt sich dabei um eine einmalige Schulungsmaßnahme.

C3-13 Hilfe und Pflege eines pflegebedürftigen Partners und von Verwandten ersten Grades

C3-13.1 Voraussetzungen der Leistung

Wir erbringen die Pflegeleistungen im Umfang von C3-9 auch für Ehe-, Lebenspartner und Verwandte ersten Grades der versicherten Person, wenn die versicherte Person sie gepflegt hat und hierzu nicht mehr in der Lage ist. Voraussetzung:

- Die zu pflegende Person lebt in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person und
- für sie wurde ein Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung (§§ 14, 15 SGB XI) anerkannt.

C3-13.2 Dauer der Leistung

Wir erbringen die Leistungen ergänzend zu den Sachleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Hat die zu pflegende Person Geldleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, erbringen wir unsere Pflegeleistungen bis zu einem Monat. Werden die Geldleistungen innerhalb dieses Zeitraums auf Sachleistungen umgestellt, gilt die maximale Leistungsdauer nach C2-2.

Unsere Leistungen enden

- einen Monat nach Anerkennung des Pflegegrads im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung (§§ 14, 15 SGB XI) für die versicherte Person oder
- mit dem Tod der versicherten Person.

C3-14 Alltagshelfer® Plus: Aufwandsentschädigung bei einem gewerkschaftlich organisierten Streik innerhalb Deutschlands von mindestens einem Tag nach C1-4.3

Bei gewerkschaftlich organisierten Streiks innerhalb Deutschlands von mindestens einem Tag bei den öffentlichen Verkehrsmitteln, den öffentlichen Kindertagesstätten, den Krankenhäusern oder den Ärzten leisten wir eine Aufwandsentschädigung von bis zu 50 Euro je Tag.

Für alle genannten Streiks beträgt die Höchstleistung für die Aufwandsentschädigung insgesamt 250 Euro je Versicherungsjahr.

C4 Weitere versicherte Kosten

C4-1 Entschädigungsgrenze für die weiteren versicherten Kosten

Die nachfolgenden Leistungen sind insgesamt auf 30.000 Euro je versichertes Ereignis begrenzt, wenn sich aus den folgenden Bestimmungen keine anderen Begrenzungen ergeben.

Die maximale Entschädigungsgrenze beinhaltet die Leistung nach C4-2.

C4-2 Soforthilfe weltweit nach einem Unfall

Kosten im Zusammenhang mit der Nicht- oder Schlechterfüllung von Verträgen, die von der versicherten Person abgeschlossen wurden, sowie Wiederbeschaffungs- und Reparaturkosten werden nicht erstattet.

Wir veranlassen bei unfallbedingten Verletzungen die zumutbaren und notwendigen Maßnahmen so schnell wie möglich. Die dadurch entstandenen Kosten tragen wir.

Voraussetzung:

- Die versicherte Person kommt wegen einer unfallbedingten Verletzung in eine unvorhersehbare Notlage, zu deren Beseitigung Hilfe notwendig ist, um
- erhebliche Nachteile für ihre Gesundheit oder ihr Vermögen zu vermeiden.

Die Entschädigung ist Teil der weiteren versicherten Kosten und ist auf maximal 1.000 Euro insgesamt begrenzt.

C4-3 Kinderbetreuung

Wir organisieren bzw. vermitteln eine 24-Stunden-Betreuung für Kinder der versicherten Person, die das 14. Lebensjahr noch nicht erreicht haben. Zum Beispiel für:

- Wegbegleitung
- Hausaufgabenbetreuung
- Zubereitung der Mahlzeiten
- Betreuung in der Freizeit
- Zubettbringen.

Die Betreuung erfolgt nach Möglichkeit in der Wohnung der versicherten Person, bis sie anderweitig, zum Beispiel durch einen Verwandten oder eine im Haushalt lebende Person, übernommen werden kann.

Voraussetzung: Eine Beaufsichtigung oder Versorgung der Kinder kann nicht anderweitig sichergestellt werden.

Die Kosten für die Kinderbetreuung tragen wir maximal bis 100 Euro pro Tag, begrenzt auf insgesamt 14 Tage.

C4-4 Fahrdienste für Kinder

Wir organisieren bzw. vermitteln notwendige Fahrdienste für Kinder der versicherten Person, die das 14. Lebensjahr noch nicht erreicht haben, zum Beispiel zur Schule oder zu Arztterminen.

Die Kosten für den Fahrdienst tragen wir maximal bis 100 Euro pro Tag, begrenzt auf insgesamt 14 Tage.

C4-5 Nachhilfestunden

Wir erstatten die Kosten für Nachhilfestunden von versicherten Personen, die

- zum Zeitpunkt des versicherten Ereignisses das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und
 - nicht am Schulunterricht einer allgemeinbildenden Schule oder einer gleichgestellten Einrichtung teilnehmen konnten.
- Die Kosten werden bis maximal 100 Euro pro Tag erstattet, begrenzt auf insgesamt 14 Tage.

C4-6 Kosten für Krankenbesuche versicherter Kinder

Muss sich ein versichertes Kind, welches das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, auf einer Reise länger als zwei Wochen in einem Krankenhaus aufhalten, organisieren wir den Krankenbesuch einer nahestehenden Person und erstatten die Fahrt- und Übernachtungskosten.

Die Fahrtkosten werden bis zur Höhe der Bahnkosten erster Klasse einschließlich Zuschlägen bzw. bis zur Höhe der Kosten eines Linienflugs in der Economy Class erstattet.

Nachgewiesene Kosten für Taxifahrten werden bis zu 100 Euro erstattet.

Notwendige Übernachtungskosten werden höchstens für drei Nächte bis zu 75 Euro pro Übernachtung gezahlt.

C4-7 Rooming-in-Kosten (Übernachungskosten im Krankenhaus)

Wir erstatten die Übernachtungskosten im Krankenhaus bzw. Rooming-in-Kosten für eine dem versicherten Kind nahestehende Person, soweit das versicherte Kind

- das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- sich in vollstationärer Heilbehandlung befindet.

Die Übernachtungskosten tragen wir maximal bis zu 100 Euro pro Tag, begrenzt auf insgesamt 14 Tage.

C4-8 Haustierunterbringung/Haustierbetreuung

Für Haustiere der versicherten Person wird eine Unterbringung oder eine Betreuung vermittelt bzw. organisiert.

Haustiere sind die im Haushalt der versicherten Person lebenden Hunde (Katzen, Vögel, Nagetiere, Fische und Schildkröten). Ausnahme: Hunde, die nach den Verordnungen oder Gesetzen des jeweiligen Bundeslandes, in dem diese gehalten werden, als gefährlich oder als Kampfhunde eingestuft sind.

Voraussetzung:

- Das Haustier muss einen gültigen Impfpass besitzen (gilt bei Hunden, Katzen, Frettchen und Kaninchen) und
- darf keine ansteckenden Krankheiten und/oder Parasitenbefall haben.

Je nach regionaler Verfügbarkeit wird das Haustier in einer Tierpension in Wohnortnähe untergebracht.

Die Kosten für eine Hundebetreuung oder das Ausführen des Hundes sind ebenfalls mitversichert.

Die Kosten für die Haustierunterbringung bzw. Haustierbetreuung tragen wir maximal bis zu 100 Euro pro Tag, begrenzt auf insgesamt 14 Tage. Ausnahme: Etwaige Zusatzkosten für besondere Unterbringungswünsche, Betreuungspersonen, Tierärzte, besonderes Futter oder andere Sonderleistungen sind von der versicherten Person zu tragen.

C4-9 Winter-/Streudienst

Wir übernehmen, soweit dies zur Erfüllung der Verkehrssicherungspflicht der versicherten Person notwendig ist, die Kosten für den Winter- und Streudienst am amtlichen Wohnsitz der versicherten Person.

Die Kosten werden bis zu 100 Euro pro Woche übernommen. Zusätzlich anfallende Kosten sind von der versicherten Person zu bezahlen.

Zur Klarstellung:

Wir übernehmen ausschließlich die Kosten. Die Planung, Vermittlung und Organisation obliegen uns nicht.

Jegliche Ansprüche, die sich aus der Verletzung der Verkehrssicherungspflicht ergeben, sind ausgeschlossen.

C4-10 Gartenpflege

Wir organisieren bzw. vermitteln Dienstleister, die den Garten am Wohnsitz der versicherten Person pflegen, wenn dies notwendig ist. Voraussetzung: Der Garten war vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen und gepflegten Zustand.

Die Kosten für die Gartenpflege werden bis zu 100 Euro pro Woche übernommen. Weitere Kosten sind von der versicherten Person zu bezahlen.

C4-11 Kleine hausmeisterliche Tätigkeiten

Wir übernehmen, wenn dies notwendig ist, die Kosten für kleine hausmeisterliche Tätigkeiten im Wohnraum des amtlichen Wohnsitzes der versicherten Person.

Die Kosten werden bis zu einem Gesamtbetrag von 500 Euro übernommen.

Zur Klarstellung:

Wir übernehmen ausschließlich die Kosten für die Vermittlung und Organisation.

C4-12 Briefkastenleerung

Wir organisieren bzw. vermitteln und entschädigen Dienstleister, die den Briefkasten am Wohnsitz der versicherten Person einmal pro Woche leeren, wenn dies notwendig ist.

C4-13 Psychologische telefonische Hilfe

Wir vermitteln auf Anfrage eine psychologische telefonische Hilfe.

Die psychologische Hilfe soll die versicherte Person und/oder die ihr nahestehenden Personen bei der Verarbeitung eines belastenden Ereignisses unterstützen und über Möglichkeiten zur Verbesserung der psychischen Situation beraten. Die Leistung ist auf bis zu vier Personen begrenzt. Die Kosten für die telefonische psychologische Hilfe tragen wir.

C4-14 Beratung behindertengerechtes Wohnen, Umzug, Umbau des Fahrzeugs

Wir erstatten die nachgewiesenen Beratungskosten für

- den behindertengerechten Umbau des selbst bewohnten Hauses oder der Wohnung und
- einen notwendigen Umzug in ein behindertengerechtes Haus oder Wohnung bzw. in ein Senioren- oder Pflegeheim und
- die behindertengerechte Umrüstung des eigenen oder eines fremden Pkw, soweit dieser einer mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebenden Person gehört.

C4-15 Reisepreiserstattung für die versicherte Person und Mitreisende nach einem Unfall

Wenn eine Reise durch einen notwendigen Krankenrücktransport der versicherten Person nach einem Unfall nach C1-1 abgebrochen werden muss, erstatten wir den anteiligen Reisepreis für die versicherte Person und die mitreisenden Personen, wenn ein Nachteil für die versicherte Person und/oder die Mitreisenden entstanden ist.

Die Entschädigung ist auf maximal 50 Prozent der Gesamtreisekosten, höchstens jedoch bis zu 1.000 Euro insgesamt (für alle Personen) begrenzt.

C4-16 Transportkosten nach einem Unfall

Erstattet werden nach einem Unfall (C1-1) die nachgewiesenen Kosten für den Transport zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zu einer Dekompressionskammer, wenn dies medizinisch notwendig oder ärztlich angeordnet worden ist.

C4-17 Krankenrücktransport/Verlegung der verletzten Person zum Krankenhaus am Wohnsitz nach einem Unfall

Wir organisieren und erstatten nach einem Unfall (C1-1) die nachgewiesenen Kosten für die Verlegung (auch Flugrückholung) der verletzten Person in ein Krankenhaus oder eine Spezialklinik in der Nähe ihres ständigen Wohnsitzes, soweit dies medizinisch notwendig ist und ärztlich angeordnet wurde.

Diese Kosten werden auch dann ersetzt, wenn eine medizinische Notwendigkeit nicht vorliegt, aufgrund des Verletzungsbilds aber mit einer vollstationären Heilbehandlung im Ausland von mehr als 14 Tagen zu rechnen ist.

C4-18 Mehraufwendungen für die Rückkehr der verletzten Person nach einer vollstationären Heilbehandlung zum Wohnsitz nach einem Unfall

Wir erstatten nach einem Unfall (C1-1) die nachgewiesenen Mehraufwendungen für die Rückkehr der verletzten Person nach der vollstationären Heilbehandlung zu deren ständigem Wohnsitz.

Die Rückfahrtkosten erstatten wir bis zur Höhe der Bahnkosten erster Klasse einschließlich Zuschlägen bzw. bis zur Höhe der Kosten eines Linienflugs in der Economy Class.

Nachgewiesene Kosten für Taxifahrten erstatten wir bis zu 100 Euro.

Notwendige Übernachtungskosten werden höchstens für drei Nächte bis zu 75 Euro pro Übernachtung gezahlt.

C4-19 Mehraufwendungen für die Rückreise mitreisender Personen nach einem Unfall

Wir organisieren nach einem Unfall (C1-1) der versicherten Person die Rückkehr der mitreisenden Kinder und des Ehegatten/Lebenspartners der versicherten Person zu deren ständigem Wohnsitz und erstatten die nachgewiesenen Mehraufwendungen für die Reise.

Die Rückfahrtkosten werden bis zur Höhe der Bahnkosten erster Klasse einschließlich Zuschlägen bzw. bis zur Höhe der Kosten eines Linienflugs in der Economy Class erstattet.

Nachgewiesene Kosten für Taxifahrten werden bis zu 100 Euro erstattet.

Notwendige Übernachtungskosten werden höchstens für drei Nächte bis zu 75 Euro pro Übernachtung und Person gezahlt.

C4-20 Mehraufwendungen für außerplanmäßigen Rücktransport von Gepäck und Haustieren nach einem Unfall

Wir organisieren nach einem Unfall (C1-1) den außerplanmäßigen Transport von Gepäckstücken und Haustieren zum ständigen Wohnsitz der versicherten Person und erstatten die nachgewiesenen Mehraufwendungen für den Transport.

C4-21 Bergungskosten nach einem Unfall

Erstattet werden nach einem Unfall (C1-1) die nachgewiesenen Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten werden auch dann ersetzt, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

C4-22 Überführungs- und Bestattungskosten im Todesfall im Ausland nach einem Unfall

Wir erstatten nach einem Unfall (C1-1) die nachgewiesenen Überführungskosten bei einem unfallbedingten Todesfall bis zum letzten ständigen Wohnsitz der versicherten Person oder, nach Abstimmung mit den Angehörigen, die angemessenen Bestattungskosten im Ausland.

C4-23 Arzneimittel- und Brillenversand nach einem Unfall

Ist die versicherte Person nach einem Unfall (C1-1) zur Aufrechterhaltung der Gesundheit auf verschreibungspflichtige Arzneimittel, die vor Ort nicht besorgt werden können, angewiesen, sorgen wir, nach Abstimmung mit dem Hausarzt der versicherten Person, für die Zusendung der Arzneimittel und übernehmen die entstehenden Versandkosten sowie die Kosten der Abholung beim Zoll.

Ist die versicherte Person nach einem Unfall (C1-1) zur Aufrechterhaltung der Gesundheit/Sehkraft auf eine medizinisch notwendige Brille angewiesen, sorgen wir für die Zusendung und übernehmen die entstehenden Versandkosten sowie die Kosten der Abholung beim Zoll.

C4-24 Ersatz der Kosten für Schadenmeldungen aus dem Ausland nach einem Unfall

Für Anrufe aus dem Ausland zur Schadenmeldung erstatten wir Ihnen je Unfallereignis (C1-1) pauschal 25 Euro.

C5 Reha-Manager

C5-1 Voraussetzung für die Leistung

Voraussetzung für die Leistung ist eine nach ärztlicher Feststellung voraussichtlich zu erwartende dauerhafte Einschränkung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 25 Prozent.

C5-2 Art der Leistung

Der von uns beauftragte Reha-Manager berät die versicherte Person

- nach einem Unfall (C1-1) oder
- nach einer ambulanten Operation oder bei vollstationärem Krankenhausaufenthalt (C1-2) auf Basis der individuellen Bedürfnisse bei ihrer Rehabilitation und bei notwendigen Veränderungen im beruflichen, medizinischen und sozialen Bereich.

Während des gesamten Genesungsprozesses werden sämtliche Maßnahmen sowie der Versorgungsverlauf vom Reha-Manager kontinuierlich überwacht und sämtliche Beteiligte turnusmäßig informiert.

Dies geschieht durch Informationen und den Nachweis bzw. die Vermittlung von fachkundigen Dienstleistern sowie durch Koordination der Versorgungsmaßnahmen. Eine Haftung für die Leistung wird von uns nicht übernommen.

C5-2.1 Informationsdienstleistungen

Der Reha-Manager informiert zu Adressen und Erreichbarkeiten von beispielsweise

- qualifizierten Rehabilitationsberatern
- Behinderten- und Krankentransporten, Fahrdiensten, Pflegediensten, Selbsthilfegruppen, sozialen Einrichtungen, Fachärzten in Wohnungsnahe
- Unternehmen für behindertengerechtes Bauen/Umbauen von Wohnungen, Häusern oder Kraftfahrzeugen
- Dienstleistern für Hausnotrufanlagen, Gartenhilfe, Kinderbetreuung, Reparatur- und Hausmeisterdienste, Anbietern von Wellness- und Gesundheitsreisen.

C5-2.2 Organisationsdienstleistungen

Der Reha-Manager

- sendet den Angehörigen der versicherten Person Formulare zur Patientenverfügung bzw. zur Vorsorgevollmacht zu,
- organisiert Unterstützung bei der Besorgung verschriebener Medikamente sowie bei Behördengängen,
- führt eine Bedürftigkeitsprüfung zur Inanspruchnahme möglicher mitversicherter ARAG Hilfs- und Pflegeleistungen durch.

C5-2.3 Medizinische Rehabilitation

Der Reha-Manager unterstützt bei der Feststellung des individuellen Bedarfs und Organisation medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen (zum Beispiel Organisation von stationären Aufenthalten, Krankentransporten, Pflegekräften, Einholung von ärztlichen Zweitmeinungen).

C5-2.4 Berufliche Rehabilitation

Der Reha-Manager unterstützt die versicherte Person bei

- der Klärung, ob der zuvor ausgeübte Beruf wieder aufgenommen werden kann
- der Arbeitsplatzsicherung: Herstellen von Kontakten zu (ehemaligen) Arbeitgebern, (bereits involvierten) Familienmitgliedern, Ämtern und sozialen Einrichtungen sowie Anwälten und
- Umschulungen: Herstellen von Kontakten zu Personal-/Berufsberatern und Bildungsträgern sowie Schulen.

C5-2.5 Soziale Rehabilitation

Der Reha-Manager informiert und schafft Kontakte zu beispielsweise

- Verbänden, Behörden, Institutionen, sozialen Einrichtungen und anderen Hilfen
- Therapieberatern und -zentren
- Psychologen sowie zu psychosozialen Diensten und Sozialtherapeuten.

Darüber hinaus unterstützt der Reha-Manager durch die Organisation von Informationen und Kontakten bei der Beantragung von Leistungen bei sozialen und gesetzlichen Einrichtungen.

C5-2.6 Weitere Leistungen bei Kindern

Der Reha-Manager unterstützt versicherte Kinder, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, durch Informationen, Herstellung von Kontakten und die Vermittlung von

- spezialisierten Kindergärten/Schulen
- Nachhilfebetreuungen/Tagesmüttern, Kinderkrankenschwestern
- Elternbegleitungen und
- Freizeitgestaltungsmöglichkeiten.

C5-3 Dauer der Leistung/Leistungsort

Die Leistung wird bis zu drei Jahre, vom versicherten Ereignis an gerechnet, erbracht.

Die Leistungen werden ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht.

C5-4 Entschädigungsgrenze

Die Leistungen des Reha-Managers sind insgesamt auf 30.000 Euro je Versicherungsfall begrenzt.

Etwaige Aufwendungen für Reha-Maßnahmen selbst werden nicht erstattet.

C6 Weitere Serviceleistungen

Die nachfolgenden Serviceleistungen können Sie in Anspruch nehmen, auch wenn kein versichertes Ereignis nach C1-1 bis C1-4 vorliegt. Die Serviceleistung beschränkt sich auf die Nennung von Dienstleistern. Die Beauftragung des Dienstleisters bzw. die Kostenübernahme für die Dienstleistung erfolgt durch Sie bzw. haben Sie zu tragen.

C6-1 Nennung von Dienstleistern (keine Beauftragung und Kostenübernahme)

Wir nennen oder vermitteln auf Anfrage:

- Fachanwälte aus dem ARAG SE Anwaltsnetzwerk
- Versorgungsleistungen für die verletzte oder erkrankte Person, zum Beispiel Menüservice, Pflegekräfte, Fahrdienste
- Versorgung des Haushalts, zum Beispiel Einkaufs-, Wäsche- und Reinigungsdienste für die Wohnung
- Hausmeisterdienste
- Beratung über Pflege
- Betreuungsdienste von im Haushalt lebenden Personen
- Berater über technische Hilfsmittel
- Hilfe auf Reisen
- technische Hilfsmittel im Haushalt.

C6-2 Information über die Möglichkeiten einer ärztlichen Versorgung

Wir informieren die versicherte Person auf Anfrage über die Möglichkeiten einer ärztlichen Versorgung im In- und Ausland.

C6-3 Information über einen niedergelassenen Arzt/Vermittlung eines niedergelassenen Arztes

Wenn möglich, nennen wir einen Deutsch, Englisch oder Ihre Muttersprache sprechenden Arzt (In- und Ausland). Die Beauftragung des Arztes müssen Sie selbst vornehmen.

C6-4 Kontaktherstellung zwischen Hausarzt und dem behandelnden Arzt

Wir stellen, wenn erforderlich, den Kontakt zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her (In- und Ausland).

C6-5 Benachrichtigung von Angehörigen, Arbeitgeber, sonstigen Personen

Wir benachrichtigen auf Wunsch die Angehörigen, den Arbeitgeber oder sonstige für die versicherten Personen wichtige Personen im In- und Ausland.

C6-6 Beratung behindertengerechtes Wohnen, Umzug, Umbau des Fahrzeugs

Wir vermitteln auf Anfrage eine Beratung für

- den behindertengerechten Umbau des selbst bewohnten Hauses oder der Wohnung,
- einen notwendigen Umzug in ein behindertengerechtes Haus oder Wohnung bzw. in ein Senioren- oder Pflegeheim und
- die behindertengerechte Umrüstung des eigenen oder eines fremden Pkw, wenn dieser einer mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebenden Person gehört.

C7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ohne die Mitwirkung der versicherten Person können wir unsere Leistungen nicht erbringen.

C7-1 Unverzügliches Hinzuziehen eines Arztes

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

C7-2 Unverzügliche Abgabe einer wahrheitsgemäßen Unfallanzeige und von Informationen zum Gesundheitszustand

Die von uns übersandte Unfallanzeige muss die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden. Darüber hinaus hat die versicherte Person uns zu Beginn der Leistungserbringung umfassend über ihren aktuellen Gesundheitszustand zu informieren. Auch während der Leistungserbringung sind uns Veränderungen des Gesundheitszustands mitzuteilen.

C7-3 Beantragung einer Pflegebedürftigkeit

Nach einem Unfall der versicherten Person, der zu einer Pflegebedürftigkeit im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung (§§ 14, 15 SGB XI) führen kann, sind beim zuständigen Versicherungsträger Leistungen unverzüglich zu beantragen.

C7-4 Anzeigepflicht

Die Anerkennung eines Pflegegrads sowie der Bezug von Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung nach §§ 14, 15 SGB XI in der Fassung vom 01.01.2017 sind uns unverzüglich anzuzeigen.

C7-5 Ärztliche Untersuchungspflicht (Erstattung des Verdienstauffalls)

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

C7-6 Zustimmung zur ärztlichen Auskunft

Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden, sind, soweit zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich, auf unser Verlangen von ihrer Schweigepflicht uns gegenüber zu entbinden und zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

C8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine Obliegenheit nach C7 vorsätzlich verletzt, verliert die versicherte Person den Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir die versicherte Person durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Wird durch die versicherte Person nachgewiesen, dass sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn die versicherte Person nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt wurde.

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

Versicherungsausweis für Rechtsschutzleistungen ARAG Unfall-Schutz

Die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG hat mit der ARAG SE einen Gruppenversicherungsvertrag geschlossen. Die ARAG SE gewährt versicherten Personen, die bei der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG eine Unfallversicherung, einen Unfall-Schutzbrief oder einen Alltagshelfer® (Plus) nach dem AUS 2024 abgeschlossen haben, die genannten Rechtsschutz-Leistungen nach den folgenden Bedingungen.

Die Gewährung von Rechtsschutz-Leistungen durch die ARAG SE bedeutet keine Zusage für Leistungsansprüche aus der Unfallversicherung, dem Unfall-Schutzbrief oder dem Alltagshelfer® (Plus) bei der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG. Soweit für die Unfallversicherung, den Unfall-Schutzbrief oder den Alltagshelfer® (Plus) Anzeigepflichten und/oder -fristen gelten, werden diese durch eine Anzeige bei der ARAG SE nicht gewährt. Insoweit ist eine zusätzliche Anzeige bei der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG notwendig.

Der Rechtsschutz endet automatisch mit Beendigung der ARAG Unfallversicherung, des Unfall-Schutzbriefes oder des Alltagshelfers (Plus) nach dem AUB 2024. Die Geltendmachung von Ansprüchen bedarf keiner vorherigen Zustimmung der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG.

Risikoträger der Rechtsschutzleistungen:

ARAG SE

ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf

Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Dr. h. c. Paul-Otto Faßbender

Vorstand: Dr. Renko Dirksen (Sprecher),

Dr. Matthias Maslaton, Wolfgang Mathmann,

Dr. Shiva Meyer, Hanno Petersen, Dr. Joerg Schwarze

Sitz und Registergericht: Düsseldorf, HRB 66846

USt-ID-Nr.: DE 119 355 995

Die Hauptgeschäftstätigkeit der ARAG SE ist der Betrieb der Rechtsschutzversicherung.

Was müssen Sie im Leistungsfall tun?

Sie melden den Rechtsschutzfall bei der ARAG SE.

Die Geltendmachung von Ansprüchen bedarf keiner vorherigen Zustimmung der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG. Die Gewährung der Rechtsschutzleistungen durch die ARAG SE begründet keinen Leistungsanspruch aus der ARAG Unfall-Schutz Versicherung mit der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG.

Soweit für die ARAG Unfall-Schutz Versicherung bei der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG Anzeigepflichten und/oder -fristen gelten, werden diese durch die Anzeige von Ihnen bei der ARAG SE nicht gewährt. Insoweit ist eine zusätzliche Anzeige bei der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG notwendig.

Ansprechpartner im Rechtsschutzfall und Beschwerdestellen

Im Rechtsschutzfall und bei Beschwerden, die die Behandlung von Leistungsansprüchen betreffen, ist die ARAG SE, ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf Ansprechpartner.

Darüber hinaus ist die ARAG SE Mitglied im Verein „Versicherungsombudsman e.V.“. Das ist eine unabhängige Einrichtung der deutschen Versicherungswirtschaft zur Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Verbrauchern und Versicherungen. Sie können sich an diese Stelle wenden, wenn es sich um

- einen Anspruch aus dem Versicherungsschutz oder
- dessen Anbahnung oder Vermittlung handelt:

Versicherungsombudsman e.V.

Postfach 08 06 32

10006 Berlin

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsman.de

Internet: www.versicherungsombudsman.de

Sie können auch weiter den Rechtsweg beschreiten.

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, eine Beschwerde direkt an die zuständige Aufsichtsbehörde zu senden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Sektor Versicherungsaufsicht

Graurheindorfer Str. 108

53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bafin.de

Für den Gruppenversicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gelten die inländischen Gerichtsstände nach §§ 13, 17, 21, 29 ZPO und § 215 WG.

Versicherungsumfang

Der Umfang des Versicherungsschutzes ist nachstehend beschrieben. Gegenüber einer anderweitig bestehenden Rechtsschutzversicherung ist die Rechtsschutzleistung aus diesem Vertrag subsidiär. Es kann vereinbart werden, dass der Versicherungsschutz um die Rechtsschutzleistungen reduziert wird.

1 Telefonischer Erstberatungs-Rechtsschutz

Ein Anspruch auf Rechtsschutz besteht bei Vorliegen eines Beratungsbedürfnisses in eigenen Rechtsangelegenheiten einer mit AUS 2024 versicherten Person. Die ARAG SE stellt den versicherten Personen eine Rufnummer für den schnellen und einfachen Zugang zu einer telefonischen Erstberatung (einem telefonischen ersten Beratungsgespräch) in allen Fällen, auf die deutsches Recht anwendbar ist. Ein in Deutschland zugelassener Rechtsanwalt führt das telefonische erste Beratungsgespräch.

Die ARAG SE übernimmt je telefonischer Erstberatung Rechtsanwaltskosten bis zu 250 Euro, für alle in einem Kalenderjahr angefallenen telefonischen Erstberatungen jedoch nicht mehr als 500 Euro je versicherter Person.

2 Rechtsschutz für Opfer von Gewaltstraftaten (Opfer-Rechtsschutz)

Der Versicherungsschutz umfasst Rechtsschutz für den Anschluss einer versicherten Person an eine vor einem deutschen Strafgericht erhobene öffentliche Klage als Nebenkläger.

Voraussetzung ist, dass die versicherte Person als Opfer einer Gewaltstraftat verletzt wurde.

Eine Gewaltstraftat liegt vor bei

- Verletzung der sexuellen Selbstbestimmung oder
- schwerer Verletzung der körperlichen Unversehrtheit und der persönlichen Freiheit oder
- bei Mord und Totschlag.

Rechtsschutz besteht für die Beistandsleistung eines Rechtsanwalts im

- a) Ermittlungsverfahren
- b) Nebenklageverfahren
- c) für den Antrag nach § 1 Gewaltschutzgesetz
- d) für den sogenannten Täter-Opfer-Ausgleich nach § 46 a Nr. 1 StGB.

Der Rechtsschutz umfasst ferner die außergerichtliche Geltendmachung von Ansprüchen nach dem Sozialgesetzbuch und dem Opferentschädigungsgesetz.

Voraussetzung:

- a) die versicherte Person ist nebenklageberechtigt,
- b) sie wurde durch eine der oben genannten Straftaten verletzt und
- c) es sind dadurch dauerhafte körperliche Schäden eingetreten.

Ausnahme: Wenn ein Anspruch auf eine kostenlose Beordnung eines Rechtsanwalts als Beistand nach § 397a Absatz 1, § 406 g Absatz 3 StPo besteht, besteht kein Versicherungsschutz.

Die ARAG SE übernimmt die Kosten je Rechtsschutzfall nach Ziffer 9. In Europa gilt eine unbegrenzte Versicherungssumme, weltweit ist die Versicherungssumme auf 100.000 Euro begrenzt.

3 Schadenersatz-Rechtsschutz für Unfallopfer

Der Versicherungsschutz umfasst Schadenersatz-Rechtsschutz für die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen von versicherten Personen, die einen Unfall erlitten haben (Unfallopfern). Der Rechtsschutzfall ist das erste Ereignis, bei dem der Schaden eingetreten ist oder eingetreten sein soll.

Die ARAG SE übernimmt die Kosten je Rechtsschutzfall nach Ziffer 9. In Europa gilt eine unbegrenzte Versicherungssumme, weltweit ist die Versicherungssumme auf 100.000 Euro begrenzt.

4 Patienten-Rechtsschutz bei Behandlungsfehlern

Der Versicherungsschutz umfasst Schadenersatz-Rechtsschutz für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen einer versicherten Person bei Behandlungs- und Aufklärungsfehlern. Der Rechtsschutzfall ist das erste Ereignis, bei dem der Schaden eingetreten ist oder eingetreten sein soll.

Ein Behandlungsfehler ist die nicht angemessene, insbesondere nicht sorgfältige, nicht richtige oder nicht zeitgerechte Behandlung des Patienten durch einen Arzt.

Ein Aufklärungsfehler liegt dann vor, wenn vor einer Behandlung die Aufklärung durch den Arzt über Erforderlichkeit und Risiken der Behandlung nicht erfolgte.

Das gilt auch für Krankenhäuser, Psychotherapeuten, Apotheker, Pflegedienste und Angehörige eines sonstigen anerkannten Heilberufs. Voraussetzung ist, dass die Berufsbezeichnung gesetzlich geschützt ist sowie Berufsausbildung, Prüfung und/oder Berufsausübung gesetzlich geregelt sind. Ausgeschlossen sind Heilpraktiker.

Die ARAG SE übernimmt die Kosten je Rechtsschutzfall nach Ziffer 9. In Europa gilt eine Versicherungssumme bis zu einer Million Euro, weltweit ist die Versicherungssumme auf 100.000 Euro begrenzt.

5 Beratungs-Rechtsschutz zur Erstellung einer Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht/Sorgerechtsverfügung

Für die Erstellung oder Änderung einer standardisierten Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht und Sorgerechtsverfügung benennt die ARAG SE einen spezialisierten Dienstleister. Wenn dies gesetzlich erforderlich ist, empfiehlt sie einen Rechtsanwalt. Hierfür übernimmt die ARAG SE pro Kalenderjahr Kosten bis zu 250 Euro. Ein Anspruch auf diese Leistung besteht bei Vorliegen eines Beratungsbedarfs.

6 Beratungs-Rechtsschutz im Familien-, Lebenspartnerschafts- und Erbrecht

Für einen Rat oder eine Auskunft eines in Deutschland zugelassenen Rechtsanwalts in familien-, lebenspartnerschafts- oder erbrechtlichen Angelegenheiten. Wird der Rechtsanwalt in diesen Angelegenheiten über die Beratung hinaus außergerichtlich tätig, übernimmt die ARAG SE die hierfür anfallende gesetzliche Vergütung bis zu 1.000 Euro. Ausnahme: In unterhaltsrechtlichen Angelegenheiten besteht kein Versicherungsschutz.

Rechtsschutzfall ist das Ereignis, das zur Änderung der Rechtslage der versicherten Person führt.

7 Beratungs-Rechtsschutz zur Testamentserstellung

für die einmalige Inanspruchnahme juristischer Hilfe bei der Erstellung eines Testaments eines digitalen Nachlasses und einer Bestattungsverfügung.

Die Kostenübernahme ist auf einen Leistungsfall während der Vertragsdauer Ihrer ARAG Unfallversicherung, Ihres ARAG Unfall-Schutzbriefts oder Ihres ARAG Alltagshelfers (Plus) nach den AUS 2024 und höchstens 500 Euro begrenzt.

8 Sozial-Rechtsschutz

Für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen vor deutschen Sozialgerichten sowie in Widerspruchsverfahren, die diesem Gerichtsverfahren vorangehen.

Die ARAG SE übernimmt die Kosten je Rechtsschutzfall nach Ziffer 9. Es gilt eine unbegrenzte Versicherungssumme.

Rechtsschutzfall ist der Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person oder ein anderer (zum Beispiel der Gegner oder ein Dritter) gegen Rechtspflichten oder Rechtsvorschriften verstoßen hat oder verstoßen haben soll.

Die ARAG SE berücksichtigt hierbei

- a) alle Tatsachen (das heißt konkrete Sachverhalte im Gegensatz zu Werturteilen)
- b) mit denen die versicherte Person ihr Rechtsschutzbegehren begründet
- c) um die jeweilige Interessenverfolgung zu stützen.

9 Leistungsumfang

(1) In den Leistungsarten Rechtsschutz für Opfer von Gewaltstraftaten (Ziffer 2), Schadenersatz-Rechtsschutz für Unfallopfer (Ziffer 3), Patienten-Rechtsschutz bei Behandlungsfehlern (Ziffer 4) und Sozial-Rechtsschutz (Ziffer 8) erbringt und vermittelt die ARAG SE Dienstleistungen, damit Sie Ihre Interessen wahrnehmen können. Im Folgenden finden Sie den Umfang der Leistungen:

a) Bei Eintritt des Rechtsschutzfalls übernimmt die ARAG SE folgende Kosten:

Die Kosten für einen Rechtsanwalt, der Ihre Interessen vertritt. Wenn Sie mehr als einen Rechtsanwalt beauftragen, übernimmt die ARAG SE die dadurch entstehenden Mehrkosten nicht. Auch wenn Mehrkosten entstehen, weil Sie den Anwalt wechseln, übernimmt sie diese nicht.

Die ARAG SE erstattet maximal die gesetzlichen Kosten für einen Rechtsanwalt, der am Ort des zuständigen Gerichts ansässig ist. Sie erstattet auch maximal die gesetzlichen Kosten eines Rechtsanwalts, der nicht am zuständigen Gericht ansässig ist. Die gesetzlichen Kosten richten sich nach dem Rechtsanwaltsvergütungsgesetz.

Die ARAG SE übernimmt auch die Reisekosten und Abwesenheitsgelder für einen Besuch Ihres Rechtsanwalts bei Ihnen bis zu einer Entfernung von 100 Kilometern. Voraussetzung: Der Besuch ist wegen einer besonderen Situation notwendig. (Dies kann zum Beispiel bei Krankheit oder Unfall der Fall sein. Oder wenn Sie die Firma nicht verlassen können.) Die Reisekosten und Abwesenheitsgelder erstattet sie bis zur Höhe, die für Geschäftsreisen deutscher Rechtsanwälte gilt.

Wohnen Sie mehr als 100 Kilometer Luftlinie vom zuständigen Gericht entfernt?

Dann übernimmt die ARAG SE folgende weitere anwaltliche Kosten: die gesetzlichen Kosten eines Rechtsanwalts, der nur den Schriftverkehr mit dem Anwalt am Ort des zuständigen Gerichts führt. (Dies ist ein sogenannter Verkehrsanwalt.) Alternativ übernimmt sie in gleicher Höhe Reisekosten und Abwesenheitsgelder Ihres Rechtsanwalts.

Dies gilt nur für die erste Instanz.

Beschränkt sich die Tätigkeit des Anwalts auf die folgenden Leistungen? Dann übernimmt die ARAG SE je Rechtschutzfall Kosten von bis zu 250 Euro:

- Ihr Anwalt erteilt Ihnen einen mündlichen oder schriftlichen Rat
- er gibt Ihnen eine Auskunft oder
- er erarbeitet für Sie ein Gutachten.

- b) Die ARAG SE übernimmt
- die Gerichtskosten einschließlich der Entschädigung für Zeugen und Sachverständige, die das Gericht heranzieht
 - die Kosten des Gerichtsvollziehers.
- c) Die ARAG SE übernimmt die Gebühren eines Schieds- oder Schlichtungsverfahrens. Und zwar bis zur Höhe der Gebühren, die bei Einschaltung eines zuständigen staatlichen Gerichts erster Instanz entstehen.
- d) Um Ihnen eine einvernehmliche und nachhaltige Konfliktbeilegung zu ermöglichen, übernimmt die ARAG SE in Deutschland für einen von ihr vorgeschlagenen Mediator Kosten bis zu 3.000 Euro je Mediation, für alle in einem Kalenderjahr eingeleiteten Mediationen jedoch nicht mehr als 6.000 Euro. (*Mediation ist ein vertrauliches und strukturiertes Verfahren, bei dem Parteien mithilfe eines Mediators freiwillig und eigenverantwortlich eine einvernehmliche Beilegung ihres Konflikts anstreben.*)
Sind am Mediationsverfahren auch nicht versicherte Personen beteiligt, übernimmt die ARAG SE anteilig die Kosten für Sie und die versicherten Personen.
- e) Die ARAG SE übernimmt Ihre Kosten für eine Reise zum Gericht, wenn
- Sie dort als Beschuldigter oder Prozessteilnehmer erscheinen müssen und
 - Sie rechtliche Nachteile nur durch Ihr persönliches Erscheinen vermeiden können.
 - Die Reisekosten zu einem Gericht in Deutschland übernimmt die ARAG SE über die genannten Voraussetzungen hinaus nur in folgendem Fall: Sie wohnen mehr als 100 Kilometer Luftlinie vom Gerichtsort entfernt.
Die ARAG SE übernimmt die tatsächlich entstehenden Kosten bis zu der Höhe, die für Geschäftsreisen von deutschen Rechtsanwälten gilt.
- f) Die ARAG SE übernimmt die Anwalts- und Gerichtskosten Ihres Prozessgegners, wenn Sie zur Erstattung dieser Verfahrenskosten wegen einer gerichtlichen Festsetzung verpflichtet sind.

- (2) Die ARAG SE übernimmt die von Ihnen zu übernehmenden Kosten, wenn Sie nachweisen, dass Sie
- verpflichtet sind, diese zu zahlen oder
 - diese Kosten bereits gezahlt haben.

(3) Die ARAG SE kann folgende Kosten nicht erstatten:

- a) Kosten, die Sie gezahlt haben, ohne rechtlich dazu verpflichtet zu sein.
- b) Kosten,
- aa) die bei einer gütlichen Einigung entstanden sind. Diese Kosten entsprechen aber nicht dem Verhältnis des von Ihnen angestrebten Ergebnisses zum erzielten Ergebnis. (Beispiel: Sie verlangen die Rückzahlung der Mietkaution von 2.000 Euro. In einem Vergleich mit dem Gegner erlangen Sie einen Betrag von 1.600 Euro = 80 Prozent des angestrebten Ergebnisses. In diesem Fall übernimmt die ARAG SE 20 Prozent der entstandenen Kosten – nämlich für den Teil, den Sie nicht durchsetzen konnten.)
Dies gilt für die gesamten Kosten der Streitigkeit.
Ausnahme: Gesetzlich ist eine andere Kostenregelung vorgeschrieben.
- bb) die entstehen, weil Sie bei einer gütlichen Einigung unstrittige Ansprüche einbezogen haben.
- c) Kosten, die wegen der vierten oder jeder weiteren Zwangsvollstreckungsmaßnahme je Vollstreckungstitel entstehen. (Das sind zum Beispiel: Kosten eines Gerichtsvollziehers.)
- d) Kosten von Zwangsvollstreckungsmaßnahmen, die später als fünf Jahre nach Rechtskraft des Vollstreckungstitels eingeleitet werden.
- e) Kosten für Strafvollstreckungsverfahren jeder Art, bei denen das Gericht eine Geldstrafe oder Geldbuße unter 250 Euro verhängt hat.
- f) Kosten, zu deren Übernahme ein anderer verpflichtet wäre, wenn Sie keine Rechtsschutzversicherung hätten.
- g) Kosten, die bei Teileintrittspflicht auf den nicht gedeckten Teil entfallen. Treffen Ansprüche zusammen, für die teils Versicherungsschutz besteht, teils nicht, trägt die ARAG SE nur folgenden Teil der Kosten: Sie übernimmt die Kosten, die dem Verhältnis des Wertes des gedeckten Teils zum Gesamtstreitwert entspricht.

- (4) Die ARAG SE zahlt in jedem Rechtsschutzfall maximal die oben genannten Versicherungssummen. Zahlungen für Sie selbst und für mitversicherte Personen im selben Rechtsschutzfall rechnet sie zusammen. Dies gilt auch für Zahlungen wegen mehrerer Versicherungsfälle, die zeitlich und ursächlich zusammenhängen.

