



ARAG Existenz-Schutz Versicherungsbedingungen (AESV 2014)

Versicherteninformation und Bedingungen

Stand 2.2018

Leistungsübersicht ARAG Existenz-Schutz 2014

Leistungsübersicht	Ziffer	ARAG
Rechtliche Beratung		
Versichert sind vom Leistungsfall unabhängig		
• ARAG Online Rechts-Service	Police	ja
• Hilfe bei der Erstellung einer Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht	Police	bis 250 Euro/je Kalenderjahr
Bei einem Unfall oder sich abzeichnenden Leistungsfall		
• Telefonische Erstberatung	Police	ja
• Opfer-Rechtsschutz	Police	Europa: unbegrenzt weltweit: bis 100.000 Euro
• Schadenersatz-Rechtsschutz	Police	Europa: unbegrenzt weltweit: bis 100.000 Euro
In Verbindung mit einem Leistungsfall		
• Patienten-Rechtsschutz	Police	Europa: unbegrenzt weltweit: bis 100.000 Euro
• Hilfe bei der Erstellung eines Testaments	Police	bis 500 Euro je Vertragsdauer
• Rechtliche Beratung	Police	bis 1.000 Euro
Unfallrente		
Leistungsvoraussetzung	2.1.1	50 % Invaliditätsgrad
Erweiterter Unfallbegriff		
• Vergiftungen durch gasförmige Stoffe (Gase, Dämpfe, Stäube)	2.1.3.2.1	ja
• Einschluss tauchtypischer Gesundheitsschäden	2.1.3.2.2	ja
• Verteidigung, Rettung von Personen, Tieren, Sachen	2.1.3.2.3	ja
• Ertrinkungs-, Erstickungstod (unter Wasser)	2.1.3.2.4	ja
• Unfreiwilliger Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Atemluft	2.1.3.2.5	ja
• Gesundheitsschäden durch Hitze und Kälte	2.1.3.2.6	ja
• Einschluss Höhenkrankheit	2.1.3.2.7	ja
Schädigung an Gliedmaßen, Wirbelsäule durch Eigenbewegung	2.1.3.2.8	
• Verrenkung des Gelenks		ja
• Zerrung oder Zerreißung von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln und Menisken		ja
• Bauch- und Unterleibsbrüche		ja
Verlängerte Meldefristen ab Unfallereignis	2.1.2	
• Frist für die Eintreten einer Invalidität		bis 24 Monate
• Frist für die ärztliche Feststellung und Geltendmachung einer Invalidität		bis 36 Monate
Verbesserte Gliedertaxe	2.1.4.1	
• Arm		85 %
• Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks		80 %
• Arm unterhalb des Ellenbogengelenks		75 %
• Hand		70 %
• Daumen		35 %
• Zeigefinger		25 %
• Andere Finger		15 %
• Bein über der Mitte des Oberschenkels		85 %
• Bein bis zur Mitte des Oberschenkels		75 %
• Bein bis unterhalb des Knies		65 %
• Bein bis zur Mitte des Unterschenkels		60 %
• Fuß		55 %

• Große Zehe		20 %
• Andere Zehe		10 %
• Auge		65 %
• Gehör auf einem Ohr		45 %
• Geruchssinn		20 %
• Geschmackssinn		20 %
• Sprachvermögen		100 %
• Niere		30 %
• Milz		15 %
• Gallenblase		15 %
• Magen		25 %
• Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm		30 %
• Ein Lungenflügel		55 %
Wahlrecht Invaliditätsgrad nach Organklausel oder individuell nach ärztlicher Feststellung		ja
Anspruch auf eine Unfallrente auch bei einem unfallbedingtem Tod nach 6 Monaten	2.1.4.5	ja
Anrechnung des Mitwirkungsanteils bei Vorerkrankungen	2.1.5	ab 60 %
Pflegerente		
Bei Einstufung in einem Pflegegrad 2 oder höher nach §§ 14 und 15 SGB, Elftes Buch	2.2.1	ja
Rente aufgrund einer Organschädigung		
Psychische Störungen oder Geisteskrankheiten	2.3.2.2	ja
Herzinfarkt und andere Herzerkrankungen	2.3.2.3	ja
Nierenerkrankungen	2.3.2.4	ja
Lungenerkrankungen	2.3.2.5	ja
Lebererkrankungen	2.3.2.6	ja
Rente aufgrund des Verlusts von Grundfähigkeiten (Leistungsanspruch ab 100 Punkte)		
Grundfähigkeiten der Kategorie A		
• Dauerhafter Verlust des Sehvermögens (Blindheit)	2.4.2.1.1	100 Punkte
• Dauerhafter Verlust des Sprachvermögens (Stummheit)	2.4.2.1.2	100 Punkte
• Dauerhafter Verlust des Hörvermögens (Taubheit)	2.4.2.1.3	100 Punkte
• Dauerhafter Verlust der Orientierung	2.4.2.1.4	100 Punkte
Grundfähigkeiten der Kategorie B (Leistungsanspruch bei Addition auf 100 Punkte)		
• Handfunktionen	2.4.2.2.1	25 Punkte
• Heben und Tragen	2.4.2.2.1	25 Punkte
• Arme bewegen	2.4.2.2.1	25 Punkte
• Treppen hinauf- bzw. heruntergehen	2.4.2.2.2	jeweils 15 Punkte
• Nicht gehen können	2.4.2.2.2	30 Punkte
• Stehen	2.4.2.2.2	30 Punkte
• Knien und Bücken	2.4.2.2.2	30 Punkte
• Sitzen	2.4.2.2.3	20 Punkte
• Erheben	2.4.2.2.3	20 Punkte
• Beugen	2.4.2.2.3	30 Punkte
• krankheitsbedingter Entzug der Fahrerlaubnis aus medizinischen Gründen	2.4.2.2.4	30 Punkte
Rente aufgrund einer Krebserkrankung (nach einer Klassifikation nach Stadien/Graden der UICC bzw. WHO)		
Bösartiger Tumor/Lymphknotenkrebs/Blutkrebs	2.5.2	6/12/36/60 Monatsrenten
	2.5.3	ab Stadium bzw. Grad I/II/III/IV
Vorschüssige Zahlung bei Krebsdiagnose	2.5.4	6 Monatsrenten
Einmalige Kapitalsoforthilfe (ohne Anrechnung auf die Rentenleistungen)		
Kapitalsoforthilfe bei Bezug einer Unfall-, Pflegerente, Rente aufgrund einer Organschädigung bzw. des Verlusts von Grundfähigkeiten	2.6.1	6 Monatsrenten

Kapitalsoforthilfe bei Hauttransplantationen	2.6.2	bis 6 Monatsrenten
Leistungsendalter, Rentengarantiezeit und Rentenanpassungen		
Dauer der Rentenleistung bei Unfall, Pflegerente, Rente aufgrund einer Organschädigung bzw. des Verlusts von Grundfähigkeiten (alternativ)	Police	„Lebenslang“ oder „bis zum 67. Lebensjahr“
Mindestlaufzeit der Rente bei Tod des Rentenbeziehers (Rentengarantiezeit)	2.1.6/2.2.2/2.3.3/2.4.3	min. 5 Jahre ab Rentenanspruch
Rentanpassung bei privaten oder beruflichen Veränderungen (Nachversicherungsgarantie)	2.7	bis 50 %, bis maximal 500 €
Jährliche Anpassung der vereinbarten Rentenleistung (Summendynamik)	2.8	optional, 3 %, 5 % oder 7 %
Jährliche Erhöhung der Rentenleistung im Leistungsfall, außer bei Rente aufgrund einer Krebserkrankung (Leistungsdynamik)	2.9	optional: 1,5 %
Mitversicherte Kosten (je Leistungsereignis)		
Leistungsgrenze für alle genannten mitversicherten Kostenpositionen (vorbehaltlich Sublimits)	2.10	maximal bis 30.000 €
Voraussetzungen für die Leistung (außer behinderungsbedingte Mehraufwendungen)	2.10.1	Unfallereignis, Diagnose Leistungsfall
Kosmetische Operationen (inkl. Zahnkosten nach einem Unfall)	2.10.2.1	ja
Behandlungskosten in einer Dekompressionskammer im Ausland	2.10.2.2	ja
Erstattung Krankenhauszahlung aus der gesetzlichen Krankenversicherung	2.10.2.3	ja
Psychologische telefonische Hilfe	2.10.2.4	ja
Psychologische Betreuung	2.10.2.5	bis zu 10 Beratungssitzungen
Such- und Bergungskosten	2.10.3.1	ja
Transportkosten zum Krankenhaus	2.10.3.2	ja
Verlegung der verletzten Person zum Krankenhaus am Wohnsitz	2.10.3.3	ja
Rückreise nach vollstationärer Heilbehandlung	2.10.3.4	ja
Außerplanmäßige Rückreisekosten für mitreisende Personen, Sachen oder Tiere	2.10.3.5	ja
Reisepreiserstattung für versicherte Personen und mitreisende Personen	2.10.3.6	bis 50 %, maximal bis 1.000 €
Überführungs- und Bestattungskosten im Todesfall	2.10.4	ja
Behinderungsbedingte Mehraufwendungen (bei Bezug einer ARAG Existenz-Rente)	2.10.5	ja
Finanzielle Beihilfe zur Kur und Erholung	2.10.6	bis 5.000 Euro
Kinderbetreuung (Kinder bis 14. Jahre)	2.10.7.1	bis 3.000 Euro, max. 100 Tag
Kosten für notwendige Fahrdienste für Kinder (Kinder bis 14. Jahre)	2.10.7.2	bis 3.000 Euro, max. 100 Tag
Haustierbetreuung	2.10.7.3	bis 3.000 Euro, max. 100 Tag
Winter-/Streudienst	2.10.8.1	bis 100 Euro pro Woche
Gartenpflege	2.10.8.2	bis 100 Euro pro Woche
Kleine hausmeisterliche Tätigkeiten	2.10.8.3	bis 500 Euro
Briefkastenleerung	2.10.8.4	einmal pro Woche
Kosten für Schadenmeldung aus dem Ausland	2.10.9.1	für Anrufe pauschal 25 Euro
ARAG Soforthilfe weltweit	2.10.9.2	bis 1.000 Euro
Mitversicherte Hilfs- und Pflegeleistungen		
Hilfsleistungen	2.11.3.1	
• Menumservice		täglich einmal
• Einkaufsservice		wöchentlich
• Wäscheservice		wöchentlich
• Wohnungsreinigung		wöchentlich
• Hausnotruf		ja
• Begleitung Arzt- und Behördengänge inklusive Fahrdienst		ja
• Fahrdienst zur Krankengymnastik		maximal 7 mal pro Woche
• Sonstige Hilfeleistungen		maximal 1.000 Euro
Pflegeleistung	2.11.3.2	
• Grundpflege		täglich bis zu 3 Stunden
• Pflegeberatung		ja
• Pflegeschulung für Angehörige		ja

Pflegeleistung gilt auch für eine im Haushalt betreute pflegebedürftige Person (Verhinderungspflege)	2.11.3.3	ja
Leistungsdauer	2.11.4	9 Monate
Sonstige Serviceleistungen (ohne Kostenübernahme)		
Information über die Möglichkeiten einer ärztlichen Versorgung	2.12.1	ja
Information über/Vermittlung eines niedergelassenen Arztes	2.12.2	ja
Kontaktherstellung zwischen Hausarzt und dem behandelnden Arzt	2.12.3	ja
Benachrichtigung von Angehörigen, Arbeitgeber, sonstigen Personen (In- und Ausland)	2.12.4	ja
Beratung behindertengerechtes Wohnen, Umzug, Umbau des Fahrzeugs	2.12.5	ja
Versand von Arzneimittel und sonstige Hilfsmittel	2.12.6	ja
Rehabilitationsmanager		
Persönliche Betreuung bei einer medizinischen, beruflichen oder soziale Rehabilitation	3	3 Jahre, maximal bis 30.000 Euro
Wartezeiten nach Vertragsabschluss		
Wartezeit für einen Leistungsanspruch nach Vertragsbeginn	4	6 bzw. 12 Monate bei Multiple Sklerose
Sonstige Verbesserungen		
Einschluss: Unerlaubtes Fahren eines Motorfahrzeugs (Betreute), sofern keine weiteren Straftaten damit begangen wurden	5.1.2	ja
Einschluss des überraschenden Kriegsrisiko	5.1.3	bis 14 Tage
Einschluss des beruflichen Flugrisikos	5.1.4	ja
Einschluss von Fahrveranstaltungen (ohne Erzielung von Höchstgeschwindigkeit)	5.1.5	ja
Einschluss von Strahlenschäden außer durch Kernenergie	5.1.6	ja
Einschluss von Unfällen durch Geistes- oder Bewusstseinsstörung verursacht durch		
• Trunkenheit	5.2.1 a)	ja beim Lenken eines Kfz bis 1,3 ‰
• Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten	5.2.1 b)	ja
• Herzinfarkt oder Schlaganfall	5.2.1 c)	ja
• Epileptische Anfälle oder sonstige Krampfanfälle	5.2.1 d)	ja
Einschluss Infektionen (kein Ausschluss)	5.2.4	ja
Einschluss psychischer Störungen bei unfallbedingter organische Erkrankung des Nervensystems	5.2.5	ja
Beitragsfreistellung des Vertrags		
Nach einem Leistungsfall für die versicherte Person	11.6.1	ab Beginn der Rentenzahlung
Bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit des Versicherungsnehmers (vor dem 60. Lebensjahr)	11.6.2	bis 12 Monate
ARAG Garantien		
Innovationsgarantie (Einschluss nicht beitragspflichtiger Bedingungsverbesserungen)	19.1	ja
Wechseloption während der Vertragslaufzeit (Absenkung des Leistungsendalters)	19.2	ja
Wechseloption in eine dann gültige ARAG Unfallrente ohne Gesundheitsprüfung	19.3	ja

Inhalt

Leistungsübersicht ARAG Existenz-Schutz 2014.....	2
Inhalt	6
Versicherteninformation ARAG Existenz-Schutz nach § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung.....	7
Wichtige Hinweise	10
ARAG Existenz-Schutz 2014 Versicherungsbedingungen.....	11
Der Versicherungsumfang	11
1 Was ist versichert und welche Leistungen erbringen wir?.....	11
2 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir eine Rente?.....	11
3 ARAG Reha-Manager.....	25
4 Welche Wartezeiten sind zu berücksichtigen?.....	26
5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?.....	26
6 Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?	28
Der Leistungsfall	29
7 Was ist bei Eintritt einer Erkrankung und nach einem Unfall sowie während des Bezugs von Rentenleistungen zu beachten (Obliegenheiten)?	29
8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	29
9 Wann sind die Leistungen fällig?.....	30
Allgemeine Vertragsgrundlage	30
10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?	30
11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	31
12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?.....	33
13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?.....	34
14 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?.....	35
15 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?	35
16 Bedingungsänderung	35
17 Welches Gericht ist zuständig?.....	36
18 Welches Recht findet Anwendung?.....	36
19 Sonstiges.....	36
Auszug Allgemeine Rechtsschutz-Bedingungen (ARB 2014)	37
§ 5 Leistungsumfang.....	37
Prämienfaktoren ARAG Existenz-Schutz (Nichtraucher- und Rauchertarif)	40

Versicherteninformation ARAG Existenz-Schutz

nach §1 VVG-Informationspflichtenverordnung

1 Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers

Vertragspartner für Ihre Existenz-Schutz Versicherung ist die
ARAG Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft
ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Dr. h. c. Paul-Otto Faßbender
Vorstand: Uwe Grünewald, Christian Vogée, Dr. Werenfried Wendler
Sitz und Registergericht: Düsseldorf, HRB 10418
USt-ID-Nr.: DE 811 125 216

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 Existenz-Schutz liegen die ARAG Existenz-Schutz Versicherungsbedingungen (AESV 2014) in der bei Antragstellung geltenden Fassung zugrunde. Der Text der jeweils vereinbarten Bedingungen ist beigelegt.

Der ARAG Existenz-Schutz 2014 unterscheidet die folgenden fünf Leistungsarten:

- Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (siehe Ziffer 2.1),
- Rentenleistung bei Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffer 2.2),
- Rentenleistung bei Organschäden (siehe Ziffer 2.3),
- Rentenleistung bei Verlust körperlicher oder geistiger Grundfähigkeiten (siehe Ziffer 2.4) und
- Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung (siehe Ziffer 2.5).

Die Leistung wird als monatliche Rente maximal bis zu dem im Versicherungsschein vereinbarten Leistungsendalter oder bis zur vereinbarten Dauer gezahlt. Unter den für die jeweilige Leistungsart genannten Ziffern finden Sie die jeweils geltenden Leistungsvoraussetzungen und die Angaben zum Beginn und zur Dauer der Rentenleistungen.

Sie haben einen Anspruch auf eine Unfallrente (Ziffer 2.1), Pflegerente (Ziffer 2.2), Rente aufgrund einer Organschädigung (Ziffer 2.3), Rente aufgrund des Verlusts von Grundfähigkeiten (Ziffer 2.4) und Rente aufgrund einer Krebserkrankung (Ziffer 2.5), sobald die Leistungsvoraussetzungen für mindestens eine dieser Leistungsarten vorliegen.

4 Gesamtpreis der Versicherung

Den zu entrichtenden Gesamtpreis für den angebotenen ARAG Existenz-Schutz einschließlich etwaiger Ratenzahlungszuschläge sowie der zurzeit gültigen Versicherungssteuer und die gewählte Zahlungsweise können Sie dem Antrag entnehmen.

5 Zusätzliche Kosten

Zusätzliche vertragliche Kosten fallen nicht an.

6 Beitragszahlung

Der Beitrag einschließlich der Zuschläge ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an gerechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch unterjährig in gleichen Beitragsraten, das heißt monatlich, vierteljährlich oder halbjährlich gezahlt werden. Der Beitrag gilt bei unterjähriger Zahlungsweise bis zur Fälligkeit als gestundet.

Der Erstbeitrag wird nach Abschluss des Vertrags fällig, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Bei späterer Zahlung beginnt der Versicherungsschutz erst mit dem Tag der Zahlung, es sei denn, die verspätete Zahlung beruht nicht auf Ihrem Verschulden.

Folgebeiträge sind jeweils zum Monatsersten des vereinbarten Beitragszeitraums zu zahlen.

Bei erteiltem SEPA-Lastschriftmandat hat der Versicherungsnehmer sicherzustellen, dass das zum Einzug angegebene Konto zum Zeitpunkt der Fälligkeit die erforderliche Deckung aufweist.

Verträge mit Beitrag nach einem Assekuranztarif werden nach dem Wegfall der Voraussetzungen hierfür zum Normaltarif fortgeführt.

7 Gültigkeitsdauer der zur Verfügung stehenden Informationen

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

8 Zustandekommen des Vertrags, Antragsbindefrist, Beginn des Versicherungsschutzes

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 (siehe Ziffer 6).

9 Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen gemäß § 7 Absatz 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312 i Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche. 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 2 11 963-2850,
E-Mail service@ARAG.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um den im Antrag ausgewiesenen rechnerischen Tagesbeitrag pro Tag. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurück zu gewähren und gezogene Nutzungen (zum Beispiel Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung.

10 Laufzeit und Beendigung des Vertrags, insbesondere durch Kündigung

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

Der ARAG Existenz-Schutz kann von Ihnen erstmalig zum Ende der vereinbarten Vertragslaufzeit, spätestens jedoch nach drei Jahren gekündigt werden. Wird er 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. Er ist dann zum Ende des jeweils folgenden Versicherungsjahres kündbar. Ihre Kündigung muss uns drei Monate vor Ablauf der Versicherung vorliegen.

Wir können unser Kündigungsrecht nur ausüben, wenn wir innerhalb eines Monats alle Versicherungsverträge des ARAG Existenz-Schutzes 2014 kündigen, zu denen Ihr Versicherungsvertrag gehört. Nach einem Leistungsfall endet der Vertrag nach Ablauf der Frist für eine Neufeststellung

Kündigen Sie die ARAG Existenz-Schutz-Versicherung, endet der Vertrag mit sofortiger Wirkung. Sie können jedoch bestimmen, dass Ihre Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam werden soll. Spätester Zeitpunkt ist der Schluss des laufenden Versicherungsjahres.

11 Anwendbares Recht/zuständiges Gericht/Kommunikationssprache

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

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. Die ARAG Allgemeine wird die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrags in deutscher Sprache führen.

12 Außergerichtliches Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG ist Mitglied im Verein „Versicherungsombudsmann e. V.“, einer unabhängigen Einrichtung der deutschen Versicherungswirtschaft zur Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Verbrauchern und Versicherungsunternehmen. Sie haben die Möglichkeit, diese Stelle anzurufen, wenn es sich um einen Anspruch aus Ihrem Versicherungsvertrag oder dessen Anbahnung oder Vermittlung handelt. Sie erreichen den Versicherungsombudsmann unter:

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 08 06 32
1006 Berlin

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt für Sie hiervon unberührt.

13 Beschwerdegesuch bei der zuständigen Aufsichtsbehörde

Eine Beschwerde des Versicherungsnehmers kann auch direkt gerichtet werden an die
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn

Wichtige Hinweise

Allgemeine Vertragsvereinbarungen

Für den ARAG Existenz-Schutz gelten die ARAG Existenz-Schutz Versicherungsbedingungen (AESV 2014).

Alle für die ARAG bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind entweder an die ARAG oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen aufgeführte zuständige Stelle zu richten.

Versichert sind die im Versicherungsschein genannten Leistungsarten mit den vereinbarten Versicherungssummen.

Nicht versicherbare berufliche Tätigkeiten

Grundsätzlich nicht versicherbar sind Personen, die zum Vertragsbeginn eine der folgenden beruflichen Tätigkeiten oder Beschäftigungen ausüben:

Akrobaten/Artisten/Trapezkünstler, Bergführer, Bergsteiger, Berufsfeuerwehrleute, Berufs- und Zeitsoldaten (hierzu zählen auch Personen, die einen freiwilligen Wehrdienst leisten), Berufs-/Vertrags-/Lizenzsportler, Berufstaucher (zum Beispiel Bergungstaucher, Forschungstaucher), Bohrschichtführer, Dompteur, Feuerwerker, Lehrer für Luftsportgeräte wie zum Beispiel Drachenflug, Paragliding etc., Flugversuchspilot, Lehrer für das Fallschirmspringen, Mitglieder von Munitionssuch- und -räumtruppen, Mitglieder von Spezialeinsatzkommandos, Mitglieder von U-Boot-Besatzungen, Pyrotechniker, Radrennfahrer, Rennfahrer, Sprengpersonal, Stuntman, Test-/Versuchs-/Werksfahrer, Testpilot, Tierbändiger.

Tarifierungsmerkmale, Anzeigepflicht bei Wechsel vom Nichtraucher zum Raucher

Maßgeblich für die Höhe des Beitrags sind das Eintrittsalter, das gewünschte Rentenendalter, die Mitversicherung einer Leistungsdynamik und die Risikozuordnung in Raucher oder Nichtraucher.

Für den altersabhängigen Beitrag gilt das (taggenaue) Alter der versicherten Person zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns.

Sie können die gewünschte Dauer der Rentenzahlung wählen:

- „Bis zum 67. Lebensjahr“: Die vereinbarte Rentenzahlung endet mit dem Tod der versicherten Person, spätestens zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet hat.
- „Lebenslang“: Die vereinbarte Rentenzahlung endet erst mit dem Tod der versicherten Person.

Sie können weiterhin vereinbaren, dass die Rentenleistung jährlich um den im Antrag genannten Prozentsatz und/oder im Leistungsfall ebenfalls jährlich, jeweils zum 01.01. eines Jahres, erstmals ab dem zweiten Jahr des Rentenbezugs, um 1,5 Prozent steigt.

Sofern Sie den Nichtrauchertarif gewählt haben, beachten Sie bitte Folgendes: Nichtraucher ist, wer in den vergangenen zwölf Monaten vor Antragstellung Nikotin weder durch den Genuss von Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren, Pfeife, Kautabak noch in anderer Form aktiv zu sich genommen hat. Sollten Sie nach Vertragsabschluss anfangen zu rauchen (auch gelegentlich), sind Sie verpflichtet, uns dies anzuzeigen. Unterbleibt eine Anzeige, sind wir berechtigt, im Leistungsfall die Rentenleistung entsprechend dem Beitragsunterschied zwischen Raucher- und Nichtrauchertarif zu kürzen.

ARAG Existenz-Schutz 2014 Versicherungsbedingungen

Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner. Versicherte Person können Sie oder eine andere Person sein. Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

In dem ARAG Existenz-Schutz 2014 können Personen ab dem vollendeten 18. bis zum 59. Lebensjahr versichert werden.

Die Versicherung endet für die versicherte Person, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet hat. Die Vertragsbeendigung zu diesem Zeitpunkt hat keinen Einfluss auf einen bestehenden Leistungsanspruch aus diesem Vertrag. Auf Ihr Recht zum Abschluss einer zu diesem Zeitpunkt angebotenen Unfallversicherung ohne Gesundheitsprüfung weisen wir ausdrücklich hin.

Die Leistungen, die vereinbart werden können, werden in den folgenden Bedingungen beschrieben. Die mit Ihnen vereinbarten Leistungen und Entschädigungsgrenzen ergeben sich aus dem Versicherungsschein.

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert und welche Leistungen erbringen wir?

Wir bieten der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrags in der ganzen Welt Versicherungsschutz für die Folgen von schweren Krankheiten und Unfällen. Die vereinbarten Leistungen und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Versicherungsschein.

Der Eintritt des Leistungsfalls muss vor dem Ablauf des Vertrags liegen.

Der ARAG Existenz-Schutz 2014 unterscheidet die folgenden fünf Leistungsarten:

- Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (siehe Ziffer 2.1),
- Rentenleistung bei Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffer 2.2),
- Rentenleistung bei Organschäden (siehe Ziffer 2.3),
- Rentenleistung bei Verlust körperlicher oder geistiger Grundfähigkeiten (siehe Ziffer 2.4) und
- Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung (siehe Ziffer 2.5).

Die Leistung wird als monatliche Rente maximal bis zu dem im Versicherungsschein vereinbarten Leistungsendalter oder bis zur vereinbarten Dauer gezahlt. Unter den für die jeweilige Leistungsart genannten Ziffern finden Sie die jeweils geltenden Leistungsvoraussetzungen und die Angaben zum Beginn und zur Dauer der Rentenleistungen.

Sie haben einen Anspruch auf eine Unfallrente (Ziffer 2.1), Pflegerente (Ziffer 2.2), Rente aufgrund einer Organschädigung (Ziffer 2.3), Rente aufgrund des Verlusts von Grundfähigkeiten (Ziffer 2.4) und Rente aufgrund einer Krebserkrankung (Ziffer 2.5), sobald die Leistungsvoraussetzungen für mindestens eine dieser Leistungsarten vorliegen. Werden die Voraussetzungen für mehrere der hier genannten Leistungsarten erfüllt, beschränkt sich die Rentenzahlung gleichwohl auf den im Versicherungsschein genannten monatlichen Rentenbetrag

Zusätzlich zur monatlichen Rentenleistung zahlen wir bei

- Feststellung einer Leistungsvoraussetzung für die Unfallrente (Ziffer 2.1), Pflegerente (Ziffer 2.2), Rente aufgrund einer Organschädigung (Ziffer 2.3) und Rente aufgrund des Verlusts von Grundfähigkeiten (Ziffer 2.4) und/oder
- einer Hauttransplantation

eine Kapitalsoforthilfe (Ziffer 2.6.2) in Höhe von bis zu sechs Monatsrenten.

Sofern die Voraussetzungen erfüllt sind, erstatten wir weiterhin bestimmte Kostenpositionen (Ziffer 2.10) und übernehmen die durch einen unabhängigen Dienstleister erbrachten häuslichen Hilfs- und Pflegeleistungen (Ziffer 2.11) bzw. die Betreuungs- und Beratungsleistungen für Ihre medizinische und/oder berufliche Rehabilitation (Ziffer 3).

2 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir eine Rente?

2.1 Rentenleistung bei Invalidität durch einen Unfall (Unfallrente)

2.1.1 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir eine Unfallrente?

Die versicherte Person ist wegen eines Unfalls in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustands nicht erwartet werden kann. Der Unfall muss der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrags zugestoßen sein.

Die Unfallrente wird gezahlt, wenn der Unfall zu einem nach Ziffer 2.1.3 und 2.1.4 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent geführt hat.

2.1.2 Welche Fristen sind für den Eintritt, die ärztliche Feststellung und Geltendmachung einer unfallbedingten Invalidität einzuhalten?

Die Invalidität ist

- innerhalb von 24 Monate nach dem Unfall eingetreten
- und
- innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und bei uns geltend gemacht worden.

- 2.1.3 Was gilt als Unfall?
- 2.1.3.1 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.
- 2.1.3.2 Was gilt darüber hinaus auch als Unfall?
- 2.1.3.2.1 Vergiftungen durch gasförmige Stoffe
Als Unfall gelten auch Vergiftungen durch plötzlich ausströmende gasförmige Stoffe (zum Beispiel Gase, Dämpfe oder Stäube), wenn die versicherte Person diesen unbewusst unentrinnbar ausgesetzt war.
Berufs- und Gewerbskrankheiten bleiben ausgeschlossen.
- 2.1.3.2.2 Tauchtypische Gesundheitsschäden
Als Unfall gelten auch tauchtypische Gesundheitsschäden wie zum Beispiel Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung.
- 2.1.3.2.3 Gesundheitsschäden bei der Rettung oder Verteidigung von Personen, Tieren und Sachen
Als Unfall gelten auch Gesundheitsschäden, welche die versicherte Person bei der rechtmäßigen Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Personen, Tieren und Sachen bewusst in Kauf nimmt.
- 2.1.3.2.4 Ertrinkungs-, Erstickungstod (unter Wasser)
Als Unfall gelten auch Gesundheitsschädigungen durch Ertrinken (bzw. Erstickungstod unter Wasser), Erstickern und Erfrieren.
- 2.1.3.2.5 Unfreiwilliger Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Atemluft
Als Unfall gelten auch Gesundheitsschädigungen durch den unfreiwilligen Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Atemluft.
- 2.1.3.2.6 Gesundheitsschäden durch Hitze oder Kälte
Als Unfall gelten auch Gesundheitsschädigungen durch Einwirkung von Hitze (Sonnenbrand, Sonnenstich, Hitzschlag) oder Kälte (Erfrierungen).
- 2.1.3.2.7 Gesundheitsschäden durch Höhenkrankheit
Als Unfall gilt auch eine durch eine akute Höhenkrankheit verursachte Gesundheitsschädigung.
- 2.1.3.2.8 Verrenkung eines Gelenks, Zerrung und Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern oder Kapseln durch eine Eigenbewegung.
Als Unfall gilt auch, wenn durch eine Eigenbewegung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
- ein Gelenk verrenkt wird oder
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden oder
 - Menisken geschädigt werden oder
 - Bauch- und Unterleibsbrüche entstehen.
- 2.1.4 Bemessung des Invaliditätsgrads nach einer Gliedertaxe für Körperteile und Organe
Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Organe gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:
- 2.1.4.1 Verbesserte Gliedertaxe
- | | |
|--|-------|
| Obere Extremitäten | |
| Arm | 85 % |
| Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks | 80 % |
| Arm unterhalb des Ellenbogengelenks | 75 % |
| Hand bzw. Verlust sämtlicher Finger einer Hand | 70 % |
| Daumen | 35 % |
| Zeigefinger | 25 % |
| Anderer Finger | 15 % |
| Untere Extremitäten | |
| Bein über der Mitte des Oberschenkels | 85 % |
| Bein bis zur Mitte des Oberschenkels | 75 % |
| Bein bis unterhalb des Knies | 65 % |
| Bein bis zur Mitte des Unterschenkels | 60 % |
| Fuß | 55 % |
| Große Zehe | 20 % |
| Andere Zehe | 10 % |
| Sinnesorgane | |
| Auge | 65 % |
| Gehör auf einem Ohr | 45 % |
| Geruchssinn | 20 % |
| Geschmackssinn | 20 % |
| Sprachvermögen | 100 % |

Innere Organe	
Niere	30 %
Milz	15 %
Gallenblase	15 %
Magen	25 %
Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm jeweils	30 %
Lungenflügel	55 %

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

Für die in der Gliedertaxe aufgeführten Organe (zum Beispiel Niere, Milz, Gallenblase, Magen, Darm und Lunge) können Sie anstelle der vorstehenden Invaliditätsgrade wahlweise die Bemessung der Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit nach medizinischen Gesichtspunkten gemäß Ziffer 2.1.4.2 verlangen. Sofern sich aufgrund der individuellen ärztlichen Feststellung ein geringerer Invaliditätsgrad ergibt, gilt dennoch der in der vorstehenden Gliedertaxe vereinbarte Invaliditätsgrad.

- 2.1.4.2 Feststellung des Invaliditätsgrads bei anderen Körperteilen und Organen
Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.
- 2.1.4.3 Feststellung des Invaliditätsgrads bei Verletzung mehrerer Körperteile und Organe
Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.
- 2.1.4.4 Berücksichtigung von bestehenden Vorinvaliditäten bei der Feststellung des unfallbedingten Invaliditätsgrads
Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese sind nach Ziffer 2.1.4.1 und 2.1.4.2 zu bemessen.
- 2.1.4.5 Tod der versicherten Person vor Feststellung des Invaliditätsgrads
Stirbt die versicherte Person aus unfallbedingter Ursache innerhalb sechs Monate nach dem Unfallereignis besteht kein Anspruch auf eine Unfallrente. Stirbt die versicherte Person
- aus unfallbedingter Ursache sechs Monaten nach dem Unfallereignis oder
 - aus unfallfremder Ursache
- und war ein Anspruch auf Leistung entstanden, so leisten wir nach dem Invaliditätsgrad mit dem aufgrund der (letzten) ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.
- 2.1.5 Berücksichtigung bestehender Krankheiten und Gebrechen bei der Bemessung der unfallbedingten Invalidität
Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrads entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.
Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 60 Prozent unterbleibt jedoch die Minderung.
- 2.1.6 Beginn und Dauer der Rentenzahlung
Die Rente zahlen wir
- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat,
 - monatlich im Voraus.
- Die Rente wird gezahlt
- bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt bzw. mindestens bis eine Rentenbezugsdauer von insgesamt fünf Jahren (vom ersten Bezugsmonat an gerechnet) erreicht ist (Rentengarantiezeit), jedoch maximal
 - bis zum Ende des Jahres, in dem die versicherte Person das im Versicherungsschein vereinbarte Leistungsendalter vollendet hat oder
 - bis zum Ende des Monats, in dem eine vorgenommene Neufeststellung (Ziffer 9.2) ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.
- Ist die Rentenzahlung länger als drei Jahre erfolgt, so wird sie nach Maßgabe der vorstehenden Bestimmungen auch dann weitergezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.

2.2 Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente)

- 2.2.1 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir eine Pflegerente?
Die versicherte Person wird während der Vertragslaufzeit in den Pflegegrad 2 oder höher nach § 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit vom 26.05.1994 und § 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit vom 01.01.2017 des Deutschen Sozialgesetzbuch, Elftes Buch, Soziale Pflegeversicherung durch den medizinischen Dienst der öffentlichen oder privaten Krankenkassen eingestuft.
- 2.2.2 Beginn und Dauer der Rentenzahlung
Die Rente zahlen wir
- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem der Pflegegrad 2 oder höher zuerkannt wurde,
 - monatlich im Voraus.
- Die Rente wird gezahlt
- bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt bzw. mindestens bis eine Rentenbezugsdauer von insgesamt fünf Jahren (vom ersten Bezugsmonat an gerechnet) erreicht ist (Rentengarantiezeit), jedoch maximal

- bis zum Ende des Jahres, in dem die versicherte Person das im Versicherungsschein vereinbarte Leistungsendalter vollendet hat oder
- bis zum Ende des Monats, in dem kein Pflegegrad 2 oder höher mehr besteht.

Die versicherte Person ist verpflichtet, den Wegfall des Pflegegrads 2 oder höher zu melden.

Ist die Rentenzahlung länger als drei Jahre erfolgt, so wird sie nach Maßgabe der vorstehenden Bestimmungen auch dann weitergezahlt, wenn die Voraussetzungen für eine Pflegebedürftigkeit nach dem Sozialgesetzbuch (Stand 2017) nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.

2.3 Rentenleistung aufgrund einer Organschädigung

2.3.1 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir eine Rente aufgrund einer Organschädigung?

Als Leistungsfall gilt der Eintritt einer irreversiblen Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der folgenden beschriebenen Organe bzw. einer Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten nach den Bewertungsmaßstäben (Ziffer 2.3.2) während der Vertragslaufzeit. Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe anzusetzen. Die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit ist durch ein ärztliches Gutachten festzustellen.

2.3.2 Bewertungsmaßstäbe

2.3.2.1 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 (Ziffer 2.4) beurteilt.

2.3.2.2 Psychische Störungen oder Geisteskrankheiten

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

- zu einer dauerhaften Betreuung/Vormundschaft oder dauerhaften Pflegschaft oder
- zu einer dauerhaften Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung oder
- zu einem dauerhaften Verlust der zeitlichen und räumlichen Orientierung und der Orientierung zur eigenen Person führen.

Versicherungsschutz besteht jedoch nicht bei einer dauerhaften geschlossenen Unterbringung aufgrund einer Straftat, einer Suchterkrankung und deren Folgen oder eines Suizidversuchs und dessen Folgen.

2.3.2.3 Herzinfarkt und andere Herzerkrankungen

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

Eine erhebliche Minderung der Pumpleistung liegt vor bei einer:

- Ejektionsfraktion kleiner oder gleich 30 Prozent oder
- Fractional Shortening kleiner oder gleich 15 Prozent oder
- Herzinsuffizienz NYHA (New York Heart Association) III oder IV.

Der Zustand muss irreversibel und auch durch Medikamente nicht dauerhaft über das oben beschriebene Maß verbesserbar sein. Werden die Funktionswerte durch eine Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

2.3.2.4 Nierenerkrankungen

Eingeschlossen sind alle Erkrankungen der Nieren, die zum Beispiel aufgrund 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 40 ml/min/1,73 qm Körperoberfläche bzw.
- Kreatinin-Clearance von 30 ml/min/1,73 qm Körperoberfläche nicht überschritten werden oder
- der Kreatininwert 4 mg/dl (350 µmol/l) nicht unterschritten wird.

Werden die Werte durch eine Dialysebehandlung und/oder Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

2.3.2.5 Lungenerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Lungenerkrankung, die die Leistungsfähigkeit der Lungen auf Dauer und irreversibel erheblich reduziert. Eingeschlossen sind alle Erkrankungen der Lungen wie zum Beispiel Asthma, Emphysem, chronische Entzündungen und Verletzungen. Die Leistungskraft der Lungen wird in Prozent von der Norm bestimmt.

Die Funktionsminderung wird ausschließlich anhand eingeführter Leitlinien zur Messung der Lungenfunktion bestimmt.

Erheblich ist eine Reduktion der Lungenleistung, wenn:

- Forciertes expiratorisches Volumen (FEV1) kleiner oder gleich 40 Prozent oder
- Vitalkapazität (VK) kleiner oder gleich 40 Prozent oder
- die arterielle Sauerstoffsättigung SpO2 kleiner oder gleich 50 Prozent ist.

Eine Verbesserung der Werte durch die Benutzung eines Sauerstoffgerätes bzw. durch die künstliche Zufuhr von Sauerstoff gilt nicht als Verbesserung der Funktionsminderung. Werden die Funktionswerte durch eine Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

2.3.2.6 Lebererkrankungen

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

- Auftreten von Bauchwasser (Aszites),
- Auftreten von Krampfadern in der Speiseröhre,
- Bilirubinwert im Serum (gesamt) größer oder gleich 3,0 mg/dl (51 µmol/l),
- Albuminwert im Serum kleiner oder gleich 3,5 g/dl (35 g/l),
- Quickwert kleiner oder gleich 40 Prozent.

Die Funktionsminderung muss irreversibel und auf Dauer sein. Werden die Funktionen der Leber aufgrund einer Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

2.3.3 Beginn und Dauer der Rentenzahlung

Die Rente zahlen wir

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung für die Rente aufgrund einer Organschädigung (Ziffer 2.3.2) erstmals ärztlich festgestellt worden ist,
- monatlich im Voraus.

Die Rente wird gezahlt

- bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt bzw. mindestens bis eine Rentenbezugsdauer von insgesamt fünf Jahren (vom ersten Bezugsmonat an gerechnet) erreicht ist (Rentengarantiezeit), jedoch maximal
- bis zum Ende des Jahres, in dem die versicherte Person das im Versicherungsschein vereinbarte Leistungsendalter vollendet hat oder
- bis zum Ende des Monats, in dem wir Ihnen mitteilen, dass eine vorgenommene Neufeststellung (Ziffer 9.2) ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen für eine Rente aufgrund einer Organschädigung nicht mehr vorliegen.

Ist die Rentenzahlung länger als drei Jahre erfolgt, so wird sie nach Maßgabe der vorstehenden Bestimmungen auch dann weitergezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.

2.4 Rentenleistung aufgrund des Verlusts einzelner definierter Grundfähigkeiten

2.4.1 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir eine Rente aufgrund des Verlusts von Grundfähigkeiten?

Der Leistungsfall tritt ein, wenn der Verlust einzelner nachfolgend definierter Grundfähigkeiten nach den aufgeführten Bewertungsmaßstäben (Ziffer 2.4.2) zu einer Punktezahl von mindestens 100 Punkten führt. Der Verlust der Grundfähigkeiten muss irreversibel und nicht mehr therapierbar sein. Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe anzusetzen. Der Verlust der Grundfähigkeiten ist durch ein ärztliches Gutachten festzustellen.

2.4.2 Bewertungsmaßstäbe

Die einzelnen Grundfähigkeiten werden den folgenden Bewertungskategorien A und B zugeordnet.

2.4.2.1 Grundfähigkeiten der Kategorie A

Versichert ist der vollständige, irreversible Verlust der Grundfähigkeiten

- Sehen,
- Sprechen,
- Hören,
- Sich orientieren.

Der vollständige irreversible Verlust jeder dieser Grundfähigkeiten der Kategorie A wird mit 100 Punkten bewertet.

2.4.2.1.1 Verlust des Sehvermögens (100 Punkte)

Blindheit im Sinne der Grundfähigkeiten ist eine klinisch nachgewiesene, irreversible und nicht therapierbare Reduzierung der Sehfähigkeit entsprechend der nachfolgenden Definition:

Die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln

- a) nicht mehr als 1/50 oder
- b) nicht mehr als 1/35, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 30 Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder
- c) nicht mehr als 1/20, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 15 Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder
- d) nicht mehr als 1/10, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 10 Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder
- e) mehr als 1/10 bis zur vollen Sehschärfe, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 5 Grad oder weiter eingeschränkt ist.

Ein Rentenanspruch besteht nur, wenn nach allgemeiner medizinischer Ansicht die Sehschärfe oder das Sehfeld durch Hilfsmittel, Implantate oder andere therapeutische Maßnahmen nicht derart verbessert werden können, dass eine Blindheit im Sinne dieser Leistungsbeschreibung nicht mehr besteht.

2.4.2.1.2 Verlust des Sprachvermögens (100 Punkte)

Ein Rentenanspruch entsteht, sofern die versicherte Person durch eine irreversible Schädigung entweder des zentralen Nervensystems (Gehirn) oder des Sprechapparats (Kehlkopf, Stimmbänder, Zunge) nicht fähig ist, irgendein verständliches Wort auszusprechen.

Nicht geleistet wird bei Verlust der Sprachfähigkeit durch nicht organische Ursachen. Insbesondere psychogener Sprachverlust ist vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

- 2.4.2.1.3 Verlust des Hörvermögens (100 Punkte)
Ein Rentenanspruch liegt vor, sobald die betreffende Person nach der folgenden Definition auf beiden Ohren vollständig ertaubt ist:
Irreversibler und nicht therapierbarer Verlust der Hörfähigkeit für alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel. Es besteht kein Rentenanspruch, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit durch ein Hörgerät, Implantat oder anderes Hilfsmittel oder durch therapeutische Maßnahmen derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel gehört werden können.
- 2.4.2.1.4 Verlust der Orientierung (100 Punkte)
Geleistet wird, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, sich zeitlich, örtlich und zur eigenen Person zu orientieren. Dieser Zustand muss dauerhaft und irreversibel sein.
- 2.4.2.2 Grundfähigkeiten der Kategorie B
Die Kategorie B unterscheidet die folgenden vier Bewertungsgruppen, denen einzelne Grundfähigkeiten mit entsprechender Punktebewertung zugeordnet sind. Der Verlust der Grundfähigkeiten muss irreversibel und dauerhaft sein.
- 2.4.2.2.1 Obere Extremitäten
Handfunktionen (25 Punkte)
Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, weder mit der linken noch mit der rechten Hand, einen Schreibstift zu benutzen oder eine Tastatur zu bedienen oder kann Messer und Gabel nicht gleichzeitig benutzen oder kann kleine Teile wie zum Beispiel einen Bleistift nicht vom Boden aufheben oder kann weder mit der rechten noch mit der linken Hand eine Dreh- und Hebebewegung mit einer Hantel von zwei Kilogramm ausführen.
- Heben und Tragen (25 Punkte)
Die versicherte Person ist nicht in der Lage, weder mit dem rechten noch mit dem linken Arm einen zwei Kilogramm schweren Gegenstand von einem Tisch zu heben und fünf Meter wegzutragen.
- Arme bewegen (25 Punkte)
Es ist der versicherten Person nicht möglich, eine Jacke oder einen Mantel ohne Hilfestellung anzuziehen. Das heißt: Es ist nicht möglich, nach hinten zu greifen, um einen Mantel oder eine Jacke mit jedem Arm anzuziehen.
„Nach hinten greifen“ bedeutet hierbei die nach oben und hinten sowie die nach unten und hinten gerichtete Bewegung (Nackengriff und Schürzenbindegrieff) beider Arme.
„Jacke oder Mantel“ bedeuten hierbei normale Kleidungsstücke mit Ärmeln.
„Beide Arme“ bedeutet, dass sowohl der linke als auch der rechte Arm in gleicher Weise eingeschränkt ist.
- 2.4.2.2.2 Untere Extremitäten
Treppen steigen
Die versicherte Person kann eine Treppe mit zwölf Stufen nicht hinauf- oder hinabgehen, ohne eine Pause von mindestens einer Minute zu machen.
Die Treppenstufenhöhe soll 18 Zentimeter nicht überschreiten:
- Treppe hinaufgehen (15 Punkte),
 - Treppe hinuntergehen (15 Punkte).
- Nicht gehen können (30 Punkte)
Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, ohne sich abzustützen und/oder ohne sich setzen zu müssen.
Die Zeitdauer für die Strecke soll nicht länger als zehn Minuten betragen. Verordnete Hilfsmittel müssen benutzt werden.
- Stehen (30 Punkte)
Die versicherte Person kann keine zehn Minuten stehen, ohne sich abzustützen. Verordnete Hilfsmittel müssen benutzt werden.
- Knien und Bücken (30 Punkte)
Die versicherte Person ist nicht mehr fähig, sich niederzuknien oder soweit zu bücken, um einen leichten Gegenstand vom Boden aufzuheben und sich dann wieder aufzurichten.
- 2.4.2.2.3 Wirbelsäule und Becken
Sitzen (20 Punkte)
Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, 30 Minuten auf einem Stuhl ohne Armlehnen aufrecht zu sitzen (dabei berühren die Füße beim Sitzen den Boden), ohne die Rückenlehne mit dem Körper zu berühren.
- Erheben (20 Punkte)
Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, ohne Gebrauch der Hände oder Arme von einem Stuhl aufzustehen (dabei berühren die Füße beim Sitzen den Boden).
- „Ohne Gebrauch der Hände und Arme“ bedeutet: ohne die Armlehnen des Stuhls zu gebrauchen und ohne die Hilfe anderer Personen, Hilfsmittel oder anderer Gegenstände.

Beugen (30 Punkte)

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, einen Gegenstand von zwei Kilogramm Gewicht aus einer Höhe von 40 Zentimetern aufzunehmen und auf einem ein Meter hohen Tisch abzusetzen.

2.4.2.2.4 Mobilität

Auto fahren (30 Punkte)

Aus medizinischen Gründen ist der versicherten Person die Fahrberechtigung entzogen worden. Nicht versichert ist der Verlust infolge Verstoßes gegen gesetzliche Vorschriften. Bei der Fahrberechtigung handelt es sich um einen Führerschein der Klasse „B“ – Stand 2012 (alt: Führerscheinklasse III). Berufskraftfahrberechtigungen fallen nicht unter diese Regelung.

2.4.3 Beginn und Dauer der Rentenzahlung

Die Rente zahlen wir

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung für die Rente aufgrund des Verlusts von Grundfähigkeiten (Ziffer 2.4.2) erstmals ärztlich festgestellt worden ist,
- monatlich im Voraus.

Die Rente wird gezahlt

- bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt bzw. mindestens bis eine Rentenbezugsdauer von insgesamt fünf Jahren (vom ersten Bezugsmonat an gerechnet) erreicht ist (Rentengarantiezeit), jedoch maximal
- bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das im Versicherungsschein vereinbarte Leistungsendalter vollendet hat oder
- bis zum Ende des Monats, in dem wir Ihnen mitteilen, dass eine vorgenommene Neufeststellung (Ziffer 9.2) ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen für eine Rente aufgrund des Verlusts von Grundfähigkeiten nicht mehr vorliegen.

Ist die Rentenzahlung länger als drei Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weitergezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.

2.5 Rentenleistung aufgrund einer Krebserkrankung

2.5.1 Voraussetzung für die Leistung

Als Leistungsfall gilt der Eintritt einer Krebserkrankung (bösartige, maligne Tumoren).

Ein bösartiger Tumor liegt vor, wenn es zu unkontrolliertem Wachstum, der Aussaat von Tumorzellen mit Einwanderung in umliegendes Gewebe und der Zerstörung von gesundem Gewebe kommt.

Ausgeschlossen sind:

- alle Carcinoma-in-situ (TIS),
- Gebärmutterhalsdysplasien CIN-1, CIN-2, CIN-3 sowie
- alle Hautkrebserkrankungen der Stadien I und II.

2.5.2 Bewertungsmaßstab

2.5.2.1 Krebserkrankungen ohne Lymphknotenkrebs und Blutkrebs

Als Leistungsfall gelten solche Erkrankungen, die entsprechend der Definition der „TNM classification of malignant tumours, sixth edition“ der International Union Against Cancer (UICC) in vier Stadien klassifiziert (I–IV) sind. Diese Stadieneinteilung folgt dem Schweregrad einer Krebserkrankung. Tumoren des Gehirns werden wie Krebserkrankungen berücksichtigt. Diese Tumoren werden entsprechend der WHO (World Health Organisation) Klassifikation von 2007 (WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System) nicht in Stadien, sondern in die „Grade“ (Schweregrade) I bis IV eingeteilt.

2.5.2.2 Lymphknotenkrebs und Blutkrebs

Als Leistungsfall gilt unter den nachfolgenden Voraussetzungen der Eintritt einer Lymphknoten- und/oder Blutkrebserkrankung.

Unter diesen Begriff fallen alle Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin.

Die Krebserkrankungen der Lymphknoten werden je nach Ausprägung in vier Stadien eingeteilt.

- Stadium 1: Befall einer einzigen Lymphknotenregion ober- oder unterhalb des Zwerchfells,
- Stadium 2: Befall von zwei oder mehr Lymphknotenregionen ober- oder unterhalb des Zwerchfells,
- Stadium 3: Befall auf beiden Seiten des Zwerchfells,
- Stadium 4: Befall von nicht primär lymphatischen Organen (zum Beispiel Leber, Knochenmark).

2.5.2.3 Krebserkrankungen, die nicht der Klassifikation nach „Grade“ oder „Stadien“ entsprechend Krebserkrankungen (Ziffer 2.5.1), die nicht in Stadien entsprechend der „TNM classification of malignant tumours, sixth edition“ der International Union Against Cancer (UICC) eingeteilt sind, werden bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß den Regelungen

- der Pflegerente (Ziffer 2.2),
- der Rente aufgrund einer Organschädigung (Ziffer 2.3) oder
- der Rente aufgrund des Verlusts von Grundfähigkeiten (Ziffer 2.4) verrentet.

- 2.5.3 **Beginn und Dauer der Rentenzahlung**
 Die Rente zahlen wir
- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung für eine Rente aufgrund einer Krebserkrankung (Ziffer 2.5.2) erstmals ärztlich festgestellt worden ist,
 - monatlich im Voraus.
- Die Rente wird gezahlt bei einer Krebserkrankung im Stadium/Grad
- I für die Dauer von maximal 6 Monaten,
 - II für die Dauer von maximal 12 Monaten,
 - III für die Dauer von maximal 36 Monaten,
 - IV für die Dauer von maximal 60 Monaten.
- Die Rente wird gezahlt
- bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt oder
 - bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das im Versicherungsschein vereinbarte Leistungsendalter vollendet hat.
- 2.5.4 **Vorschüssige Zahlungen bei Krebsdiagnose.**
 Steht unsere Leistungspflicht aufgrund der Krebserkrankung (Ziffer 2.5.1) fest, leisten wir vorschüssig sechs Monatsrenten.
- 2.5.5 **Anrechnung bereits geleisteter Rentenzahlungen**
- 2.5.5.1 **Verschlechterung der festgestellten Krebserkrankung**
 Tritt nach der Vorauszahlung oder während der laufenden Rentenzahlung ein höheres Krebsstadium oder ein höherer Grad ein, erhöht sich die Leistungsdauer entsprechend des neuen Stadiums/Grades. Die Vorauszahlung oder bereits gezahlte Renten werden angerechnet.
- 2.5.5.2 **Wiederauftreten einer Krebserkrankung**
 Tritt eine Krebserkrankung, für die bereits Leistungen erbracht wurden, nach vermuteter Heilung erneut auf (Rezidiv bzw. Wiederauftreten eines histologisch gleichartigen Tumors am gleichen Ort oder im gleichen Organ), werden die Einmalzahlung oder bereits gezahlte Renten auf den Leistungsanspruch angerechnet.
- 2.5.5.3 **Auftreten einer weiteren Krebserkrankung**
 Tritt eine weitere Krebserkrankung auf, die im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung steht (zum Beispiel durch Metastasierung), für die bereits Leistungen erbracht wurden, gelten die Ziffern 2.5.5.1 und 2.5.5.2 entsprechend.
- Steht eine neue Krebserkrankung nicht im Zusammenhang mit einer bereits festgestellten Krebserkrankung, gilt dies als neuer Leistungsfall. Erfolgt die Feststellung der neuen Krebserkrankung während des Leistungszeitraums einer bereits festgestellten Krebserkrankung und besteht für beide Krebserkrankungen aufgrund ihrer Einstufung nach Stadien/Grade ein Anspruch auf eine laufende Rentenleistung (Ziffer 2.5.3), so wird die Rentenleistung für die Dauer des gleichen Leistungszeitraums nur aus der länger laufenden Rentenleistung erbracht.
- 2.5.5.4 **Erfüllen der Merkmale von anderen Leistungsarten**
 Sind bei einer Krebserkrankung zugleich die Leistungsvoraussetzungen für
- die Pflegerente (Ziffer 2.2),
 - die Rente aufgrund einer Organschädigung (Ziffer 2.3) oder
 - die Rente aufgrund des Verlusts von Grundfähigkeiten (Ziffer 2.4)
- erfüllt, so wird die Rentenleistung nach den Regelungen der zutreffenden Leistungsart erbracht.
- 2.6 Zusätzliche Kapitalsoforthilfe**
- 2.6.1 **Einmalige Kapitalsoforthilfe bei Leistungsbezug aus einer Unfall-, Pflege-, Rente aufgrund einer Organschädigung bzw. des Verlusts von Grundfähigkeiten.**
 Bei Leistungsbezug für mindestens eine Leistungsart nach Ziffer 2.1 bis 2.4 zahlen wir, zusätzlich zu der vereinbarten Rentenleistung, eine Kapitalsoforthilfe in Höhe von sechs Monatsrenten. Die Auszahlung der Kapitalsoforthilfe erfolgt zusammen mit der ersten Rentenzahlung aus der zutreffenden Leistungsart.
 Die Kapitalsoforthilfe zahlen wir einmalig je versicherten Leistungsfall.
- 2.6.2 **Kapitalsoforthilfe bei autogener Hauttransplantation**
 Als Leistungsfall gilt die Durchführung einer autogenen Hauttransplantation. Bei der autogenen Transplantation handelt es sich um eine Übertragung (Transplantation) von lebenden Zellen, Geweben, Organen oder Organanteilen, bei der der Spender mit dem Empfänger identisch ist.
 Ausgeschlossen sind
- Haartransplantationen/Haarverpflanzungen oder weiterer Hautanhangsgebilde,
 - Verschiebeplastiken (Transpositionsplastiken) zum Beispiel Z-Plastik, Y-Plastik, Fernlappen,
 - Vakuum-Therapien (zum Beispiel VAC), Kunsthaut (zum Beispiel Epigard).
- Ein Leistungsanspruch besteht nach
- einer Vollhaut- oder Spalthauttransplantation (Mesh-Graft) oder
 - einer Lappenplastik
- bei einer Fläche des transplantierten Hautstücks (nicht die Fläche der ursprünglichen Wunde) an der Transplantationsstelle (nicht der Entnahmestelle) von
- bis einschließlich 99,9 cm² in Höhe von einer Monatsrente,
 - größer 99,9 cm² in Höhe von sechs Monatsrenten.

Die Kapitalsoforthilfe wird je Ereignis (zum Beispiel nach einem Unfall) nur einmal gezahlt. Bei mehreren Transplantationsstellen aus einem Ereignis erfolgt eine Addition aller Hauttransplantationsstellen. Ist eine erneute Transplantation an der gleichen Transplantationsstelle und wegen des gleichen Ereignisses erforderlich (weil die erste Transplantation nicht eingehilt ist), ist diese bei der Flächenberechnung nicht mehr zu berücksichtigen.

2.7 Erhöhung der versicherten Rentenleistung (Versicherungssumme) ohne erneute Gesundheitsprüfung (Nachversicherungsgarantie)

Sie können unter den nachfolgenden Voraussetzungen die versicherte monatliche Rente ohne erneute Gesundheitsprüfung zum jeweiligen Ablaufmonat für die versicherte Person einmalig oder stufenweise um 50 Prozent, insgesamt bis zu 500 Euro, erhöhen bei

- Heirat bzw. Registrierung nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) der versicherten Person, als Nachweis sind die entsprechenden Dokumente (zum Beispiel Heiratsurkunde) einzureichen,
- Geburt eines Kindes der versicherten Person, als Nachweis ist die Geburtsurkunde einzureichen,
- Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, als Nachweis ist der amtliche Adoptionsbeschluss einzureichen,
- rechtskräftiger Scheidung oder Aufhebung der Lebenspartnerschaft nach dem LPartG der versicherten Person, der entsprechende Nachweis (zum Beispiel rechtskräftiges Urteil) ist einzureichen,
- Erwerb von Eigentum an einer Immobilie zu Wohnzwecken im Wert von mindestens 50.000 Euro durch die versicherte Person, als Nachweis ist ein amtlicher Grundbuchauszug einzureichen,
- Erhöhung der Einkünfte aus nicht selbstständiger Arbeit um mindestens 15 Prozent innerhalb eines Jahres. Die Erhöhung muss dauerhaft sein und darf sich nicht aus erfolgsabhängigen Gehaltsbestandteilen oder Einmalzahlungen ergeben. Die Erhöhung ist durch einen Gehaltsnachweis oder eine Bestätigung des Arbeitgebers zu belegen,
- Aufnahme einer Finanzierung von mindestens 50.000 Euro im Rahmen einer selbstständigen Tätigkeit der versicherten Person unter der Voraussetzung, dass die versicherte Person mit der selbstständigen Tätigkeit ihr hauptsächliches Erwerbseinkommen bezieht,
- erstmaligem Abschluss einer in Deutschland oder Österreich anerkannten Berufsausbildung oder erstmaligem Abschluss eines Studiums an einer Universität oder Hochschule und Aufnahme einer entsprechenden beruflichen Tätigkeit,
- Abschluss der Meisterprüfung bzw. Abschluss der Prüfung zum gewerblichen Meister und entsprechender beruflicher Tätigkeit,
- erstmaligem Wegfall der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Die Nachversicherungsgarantie setzt weiterhin voraus, dass zum Zeitpunkt der Anpassung die versicherte Person:

- nicht älter als 50 Jahre ist,
- noch keine Leistungen gemäß Ziffer 2.1 bis 2.5 bezogen hat,
- dass dieses Recht innerhalb von drei Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses ausgeübt wird.

Sofern durch die Erhöhung der zum Zeitpunkt der Anpassung in den Annahmerichtlinien festgelegte Höchstrentenbetrag überschritten werden würde, kann maximal nur auf diesen Höchstrentenbetrag erhöht werden.

Der zusätzlich zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten Alter und dem vereinbarten Tarifmerkmal der jeweiligen versicherten Person. Sonstige bereits vertraglich vereinbarte Konditionen (zum Beispiel Klauseln oder Risikozuschläge) werden auf die zusätzliche Absicherung ebenfalls angewendet.

2.8 Jährliche Erhöhung von Leistung und Beitrag (Summendynamik) – sofern vereinbart

Die Summendynamik ist nur dann Vertragsbestandteil, wenn dies ausdrücklich vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert ist.

- 2.8.1 Die für die Rentenleistung vereinbarte Versicherungssumme wird jährlich um den im Versicherungsschein vereinbarten Prozentsatz erhöht. Die Versicherungssumme wird auf einen vollen Euro aufgerundet. Die Erhöhung gilt nicht für laufende Rentenzahlungen aufgrund eingetretener Leistungsfälle.
- 2.8.2 Für den Betrag, um den sich die Versicherungssumme erhöht, wird nach dem diesem Vertrag zugrunde liegenden Tarif der zusätzliche Beitrag entsprechend dem vereinbarten Tarifmerkmal (zum Beispiel Alter) der jeweiligen versicherten Person berechnet.
- 2.8.3 Die Erhöhung der Versicherungssumme erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres; erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.
- 2.8.4 Wir werden Sie über die erhöhte Versicherungssumme unterrichten, spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrags. Über die neue Versicherungssumme erhalten Sie einen Nachtrag zum Versicherungsschein.
- 2.8.5 Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von zwei Monaten, nachdem Ihnen unsere Information über die Erhöhung zugegangen ist, in Textform (zum Beispiel E-Mail, Fax oder Brief) widersprechen. In diesem Fall werden wir Ihnen zu Beginn des folgenden Versicherungsjahres eine erneute Erhöhung der Versicherungssummen anbieten.
- 2.8.6 Die Vereinbarung über die Summendynamik endet, sofern Sie für die versicherte Person die Vereinbarung zur Summendynamik kündigen oder, ohne dass eine Kündigung erforderlich ist, nur für die jeweilige versicherte Person, sobald die Versicherungssumme den Höchstrentenbetrag erreicht hat, der in unseren zum Zeitpunkt der Dynamisierung maßgeblichen Annahmerichtlinien angegeben ist.

2.8.7 Von der jährlichen Erhöhung ausgenommen sind die vereinbarten Versicherungssummen

- für die mitversicherten Kosten (Ziffer 2.10)
- für die Hilfs- und Pflegeleistungen (Ziffer 2.11) und
- für die Dienstleistungen des Reha-Manager (Ziffer 3).

2.9 **Jährliche Erhöhung der Rente im Leistungsfall (Leistungsdynamik) – sofern vereinbart**

Diese Leistungsdynamik ist nur dann Vertragsbestandteil, wenn dies ausdrücklich vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert ist.

Zahlen wir Ihnen aus diesem Vertrag eine Rente gemäß den Ziffern 2.1 bis 2.5, erhöhen wir zum 01.01. eines jeden Jahres den für das jeweils vergangene Kalenderjahr geltenden Monatsrentenbetrag um 1,5 Prozent, erstmals zum 1.1. des zweiten auf den Rentenbeginn folgenden Kalenderjahres. Der Betrag der Monatsrente wird dabei auf volle Euro aufgerundet.

2.10 **Mitversicherte Kosten**

2.10.1 Voraussetzung für die Leistung

Erleidet die versicherte Person einen Unfall (Ziffer 2.1) oder ist nach der letzten aktuellen ärztlichen Diagnose davon auszugehen, dass die Leistungsvoraussetzung für eine

- Pflegerente (Ziffer 2.2) oder
- Rente aufgrund einer Organschädigung (Ziffer 2.3) oder
- Rente aufgrund des Verlusts von Grundfähigkeiten (Ziffer 2.4) oder
- Rente aufgrund einer Krebserkrankung ab Stadium/Grad II (Ziffer 2.5)

erfüllt werden, leisten wir.

Davon abweichende Voraussetzungen entnehmen Sie bitte den nachfolgenden Bestimmungen.

Die Leistungen sind insgesamt auf die im Versicherungsschein genannte Höchstentschädigungssumme je Leistungsfall, maximal das Zweifache der genannten Höchstentschädigungssumme je Vertragsdauer begrenzt, sofern sich aus den folgenden Bestimmungen keine anderen Begrenzungen ergeben. Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten (Ziffer 2.1 bis 2.5) vereinbarten Summenerhöhung (Ziffer 2.8) nicht teil.

Hat ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, kann der Erstattungsanspruch nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Leistet der andere Ersatzpflichtige nicht, können Sie den vollen Leistungsanspruch uns gegenüber geltend machen.

2.10.2 Behandlungskosten

2.10.2.1 Kosmetische Operationen

Die versicherte Person hat sich nach denen unter Ziffer 2.10.1 vereinbarte Voraussetzungen einer kosmetischen Operation unterzogen.

Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte oder eine durch den versicherten Leistungsfall verursachte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbilds der versicherten Person zu beheben.

Sofern keine anderen Fristen als vereinbart gelten, müssen alle Kosten bis zum Ablauf von fünf Jahren nach der Erfüllung der Leistungsvoraussetzung geltend gemacht sein.

Wir erstatten die nachgewiesenen Arzthonorare und sonstige Operationskosten nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ), die Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus.

Abweichend von Ziffer 2.10.1 erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für beschädigte oder zerstörte natürliche Zähne oder künstlichen Zahnersatz (zum Beispiel Brücken, Kronen, Gebisse und Implantate) nur, sofern die Zerstörung oder Beschädigung auf ein unfallbedingtes Ereignis (Ziffer 2.1) zurückzuführen ist.

2.10.2.2 Behandlungen in einer Dekompressionskammer

Wir erstatten die nachgewiesenen Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer nach Tauchunfällen.

2.10.2.3 Erstattung Krankenhauszahlung aus der GKV

Der versicherten Person wurden von der gesetzlichen Krankenversicherung Kosten (Zuzahlungen) gemäß § 61 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch für eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung in Rechnung gestellt.

Die Krankenhauszahlung wird in Höhe des Betrags erstattet, den die versicherte Person von ihrer gesetzlichen Krankenversicherung nachweislich in Rechnung gestellt bekommt.

2.10.2.4 Psychologische telefonische Hilfe

Auf die Anfrage der versicherten Person bzw. einer der versicherten Person nahestehender Person hin vermitteln wir eine angemessene psychologische telefonische Hilfe und übernehmen hierfür die Kosten. Die Leistung ist auf maximal vier Personen begrenzt.

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

2.10.2.5 Kosten für psychologische Betreuung

Die versicherte Person benötigt aufgrund

- einer selbst erlittenen Unfallverletzung oder Erkrankung,
- einer Schwerstverletzung, Erkrankung bzw. eines Todesfalls einer nahestehenden Person oder

- eines Raubüberfalls oder einer Geiselnahme eine psychologische Betreuung.
Wir übernehmen die Kosten für bis zu zehn Sitzungen einer psychologischen Betreuung je Ereignis.

2.10.3 Rettungs-, Bergungs- und Transportkosten

2.10.3.1 Bergungskosten

Erstattet werden 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.

2.10.3.2 Transportkosten

Erstattet werden die nachgewiesenen Kosten für den Transport zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zu einer Dekompressionskammer, soweit dies medizinisch notwendig oder ärztlich angeordnet worden ist.

2.10.3.3 Verlegung der verletzten Person zum Krankenhaus am Wohnsitz

Wir organisieren und erstatten die nachgewiesenen Kosten für die Verlegung (auch Flugrückholung) der verletzten Person in ein Krankenhaus oder eine Spezialklinik in der Nähe ihres ständigen Wohnsitzes, sofern dies medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet wurde.

Diese Kosten werden auch dann ersetzt, wenn eine medizinische Notwendigkeit nicht vorliegt, aufgrund des Verletzungsbildes aber mit einer vollstationären Heilbehandlung im Ausland von mehr als fünf Tagen zu rechnen ist.

2.10.3.4 Rückreise nach vollstationärer Heilbehandlung

Wir erstatten 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 1. Klasse einschließlich Zuschlägen bzw. bis zur Höhe der Kosten eines Linienfluges in der Economy Class.

Nachgewiesene Kosten für Taxifahrten erstatten wir bis zu 100 Euro.

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

2.10.3.5 Außerplanmäßige Rückreise mitreisender Personen/Sachen/Tiere

Wir organisieren 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 1. Klasse einschließlich Zuschlägen bzw. bis zur Höhe der Kosten eines Linienfluges in der Economy Class erstattet.

Nachgewiesene Kosten für Taxifahrten werden bis zu 100 Euro erstattet.

Notwendige Übernachtungskosten werden höchstens für drei Nächte, bis zu je 75 Euro pro Übernachtung und Person gezahlt.

2.10.3.6 Reisepreiserstattung für versicherte Person/Mitreisende

Sofern eine Reise durch einen Unfall oder eine Erkrankung mit notwendigem Krankenrücktransport der versicherten Person abgebrochen werden muss, erstatten wir den anteiligen Reisepreis für die versicherte Person und die mitreisenden Personen, wenn und sofern 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.

2.10.4 Überführungs- und Bestattungskosten im Todesfall

Wir erstatten die nachgewiesenen Überführungskosten bei einem Todesfall im Ausland, gleich aus welchem Grund, bis zum letzten ständigen Wohnsitz in Deutschland der versicherten Person oder, nach Abstimmung mit den Angehörigen, die angemessenen Bestattungskosten im Ausland.

2.10.5 Behinderungsbedingte Mehraufwendungen

Abweichende von Ziffer 2.10.1 erbringen wir diese Leistungen ausschließlich, sofern

- die Leistungsvoraussetzung für eine der versicherten Leistungsarten (Ziffer 2.1 bis 2.5) erfüllt sind und

- die erforderlichen Maßnahmen durch einen

- objektiven, am Stand der medizinischen Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht von Ihnen nachgewiesen worden sind oder

- durch einen von uns beauftragten Reha-Manager (Ziffer 3) begründet wurden.

Alle Mehraufwendungen müssen bis zum Ablauf von drei Jahren nach der Feststellung der Leistungsvoraussetzung entstanden und geltend gemacht sein.

Wir erstatten die nachgewiesenen Kosten für

- die behindertengerechte Umrüstung des eigenen Pkws,

- 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,

- die Anschaffung eines Blindenhunds,

- Prothesen und medizinische Hilfsmittel (§ 31 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch), soweit ärztlich verordnet,

- Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen.

- 2.10.6 **Finanzielle Beihilfe zur Kur- oder Erholung**
 Die versicherte Person hat wegen der durch das versicherte Ereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen innerhalb von drei Jahren, nach Feststellung der Leistungsvoraussetzungen an gerechnet und für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen eine medizinisch notwendige Kur durchgeführt. Die medizinische Notwendigkeit ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
 Wir erstatten dem Versicherungsnehmer die tatsächlich entstandenen Kosten bis zu 5.000 Euro.
- 2.10.7 **Kinder- und Haustierbetreuung**
- 2.10.7.1 **Kinderbetreuung**
 Wir organisieren bzw. vermitteln eine 24-Stunden-Betreuung für Kinder der versicherten Person, die das 14. Lebensjahr noch nicht erreicht haben, für zum Beispiel
- Wegbegleitung
 - Hausaufgabenbetreuung
 - Zubereitung der Mahlzeiten
 - Betreuung in der Freizeit
 - zu Bett bringen
- Die Betreuung erfolgt nach Möglichkeit in der Wohnung der versicherten Person, und zwar solange, bis sie anderweitig, zum Beispiel durch einen Verwandten oder eine im Haushalt lebende Person, übernommen werden kann.
 Voraussetzung ist, dass
- sich die versicherte Person unfallbedingt und vollstationär im Krankenhaus befindet und
 - eine Beaufsichtigung oder Versorgung der Kinder nicht sichergestellt werden kann.
- Die Kosten für die Kinderbetreuung tragen wir bis maximal 100 Euro pro Tag, begrenzt auf insgesamt 3.000 Euro.
- 2.10.7.2 **Kosten für notwendige Fahrdienste für Kinder**
 Wir organisieren bzw. vermitteln die notwendigen 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 zahlen wir bis maximal bis zu 100 Euro pro Tag, begrenzt auf insgesamt 3.000 Euro insgesamt.
- 2.10.7.3 **Haustierbetreuung**
 Für die Haustiere der versicherten Person wird eine Unterbringung oder eine Betreuung vermittelt bzw. organisiert. Haustiere sind die im Haushalt der versicherten Person lebenden Hunde (außer Hunde, die nach den Verordnungen oder Gesetzen des jeweiligen Bundeslandes, in dem diese gehalten werden, als gefährlich oder als Kampfhunde eingestuft sind), Katzen, Vögel, Nagetiere, Fische und Schildkröten.
- Die Organisation der Unterbringung ist nur möglich, wenn das Haustier einen gültigen Impfpass besitzt (gilt bei Hunden, Katzen, Frettchen und Kaninchen), keine ansteckenden Krankheiten hat und/oder keinen Parasitenbefall aufweist. 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 bis maximal 100 Euro pro Tag, begrenzt auf insgesamt 3.000 Euro. Etwaige Zusatzkosten für besondere Unterbringungswünsche, Betreuungspersonen, Tierärzte, besonderes Futter oder andere Sonderleistungen sind von der versicherten Person zu tragen.
- 2.10.8 **Hausbetreuung**
- 2.10.8.1 **Winter-/Streudienst**
 Wir übernehmen, sofern 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:
 Hier werden ausschließlich nur die Kosten übernommen. Die Planung, Vermittlung und Organisation obliegt nicht uns. Jegliche Ansprüche, die sich aus der Verletzung der Verkehrssicherungspflicht ergeben, sind somit ausgeschlossen.
- 2.10.8.2 **Gartenpflege**
 Wir organisieren bzw. vermitteln Dienstleister, die den Garten am amtlichen Wohnsitz der versicherten Person pflegen, sofern dies notwendig ist.
 Die Kosten für die Gartenpflege werden bis zu 100 Euro pro Woche übernommen. Weitere Kosten sind von der versicherten Person zu bezahlen.
- 2.10.8.3 **Kleine hausmeisterliche Tätigkeiten**
 Wir übernehmen, sofern 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:
 Hier werden ausschließlich nur die Kosten übernommen. Die Planung, Vermittlung und Organisation obliegt nicht uns.

- 2.10.8.4 Briefkastenleerung
Wir organisieren, vermitteln und entschädigen die Dienstleister, die den Briefkasten am amtlichen Wohnsitz der versicherten Person einmal pro Woche leeren, sofern dies notwendig ist.
- 2.10.9 Sonstige Kosten
- 2.10.9.1 Kosten für Schadenmeldung aus dem Ausland
Für Anrufe aus dem Ausland zur Schadenmeldung erstatten wir Ihnen je Schadenereignis pauschal 25 Euro.
- 2.10.9.2 ARAG Soforthilfe weltweit
Kommt die versicherte Person nach den Voraussetzungen (Ziffer 2.10.1) in eine unvorhersehbare besondere Notlage, die zu einem erheblichen Nachteil für ihre Gesundheit oder ihr Vermögen führt und die nicht zu einer der vorgenannten Leistungen versichert ist, veranlassen wir schnellstmöglich die zumutbaren und erforderlichen Maßnahmen und tragen die hierdurch entstehenden Kosten bis zu 1.000 Euro.
Kosten im Zusammenhang mit der Nicht- oder Schlechterfüllung von Verträgen, die von der versicherten Person abgeschlossen wurden, sowie Wiederbeschaffungs- und Reparaturkosten werden nicht erstattet.
- 2.11 Hilfs- und Pflegeleistungen**
- 2.11.1 Was ist versichert?
Führt ein Unfall (Ziffer 2.1) oder ein nach Ziffer 2.2 bis 2.5 versichertes Ereignis zu einer Hilfsbedürftigkeit, erbringen wir im Rahmen des nachstehend beschriebenen Umfangs Hilfs- und Pflegeleistungen. Wir bedienen uns dazu qualifizierter Dienstleister.
Die Hilfs- und Pflegeleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.
- 2.11.2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Hilfs- und Pflegeleistungen?
- 2.11.2.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person ist durch das versicherte Ereignis in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.
Sie bedarf daher für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe (Hilfsbedürftigkeit).
- 2.11.2.2 Art und Umfang der Leistung
Wir ermitteln den individuellen Bedarf an Hilfs- und Pflegeleistungen aus Art und Umfang der Hilfsbedürftigkeit. Diesen Bedarf decken wir mit den in Ziffer 2.11.3 aufgeführten Leistungen.
- 2.11.2.3 Haben bestehende Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das versicherte Ereignis verursachten Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt, schränken wir unsere Hilfs- und Pflegeleistungen nicht ein.
- 2.11.3 Welche Leistungen sind versichert?
- 2.11.3.1 Hilfsleistungen
- Menüservice
Die versicherte Person wird täglich mit einem Menü aus dem Angebot des Dienstleisters versorgt.
- Einkaufsservice
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 übernehmen wir nicht.
- Wäscheservice
Einmal pro Woche wird die notwendige Kleidung und Wäsche der versicherten Person gewaschen und gepflegt (trocknen, bügeln, etc.).
Etwaige Kosten hierfür werden übernommen.
- Wohnungsreinigung
Einmal pro Woche wird der Wohnraum (zum Beispiel Flur, Schlafzimmer, Wohnzimmer, Küche, Bad und Toilette) der versicherten Person im allgemein üblichen Umfang gereinigt. Voraussetzung ist, dass die Räume vor dem Ereignis in einem ordnungsgemäßen Zustand waren.
- Hausnotruf
Der versicherten Person wird eine Hausnotrufanlage zur Verfügung gestellt und in der Wohnung installiert, sofern die erforderlichen technischen Voraussetzungen (Strom und Telefonanschluss) hierfür in der Wohnung vorhanden sind. Über die Hausnotrufanlage ist für die versicherte Person rund um die Uhr eine Notrufzentrale erreichbar, die im Notfall entsprechende Hilfe veranlasst.
- Begleitung bei 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, sofern dieser medizinisch indiziert ist, den Transport der versicherten Person durch einen von uns beauftragten Dienstleister.
Die Begleitperson unterstützt die versicherte Person beim zum Beispiel Ein- und Aussteigen, Treppensteigen, Türen öffnen etc.

Eine fachliche und inhaltliche Unterstützung erfolgt nicht durch die Begleitperson.

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.

Sonstige notwendige Hilfsleistungen

Wir erbringen weitere von uns organisierte Hilfsleistungen, sofern diese notwendig, 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 begrenzt.

2.11.3.2 Pflegeleistungen

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, die Hilfe bei der Nahrungszubereitung, -aufnahme und Notdurft.

Pflegeberatung

Wir informieren zur gesetzlichen Pflegeversicherung und beraten bei der Auswahl und Anschaffung von notwendigen Hilfsmitteln.

Pfleges Schulung für Angehörige

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

2.11.3.3 Pflegeleistung für eine von der versicherten Person zu versorgende pflegebedürftige Person

Wir erbringen die oben genannten Pflegeleistungen (Ziffer 2.11.3.2) auch für Ehe-, Lebenspartner und Verwandte ersten Grades der versicherten Person, sofern und soweit die versicherte Person sie gepflegt hat und wegen des Ereignisses hierzu nicht mehr in der Lage ist.

Hierzu müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Die zu pflegende Person lebt in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person.
- Für sie wurde eine Pflegebedürftigkeit im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt.

Wir erbringen die Pflegeleistungen ergänzend zu den Sachleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung, solange die versicherte Person die oben genannten Voraussetzungen nacherfüllt.

Hat die zu pflegende Person Geldleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, erbringen wir unsere Hilfs- und Pflegeleistungen bis zu einem Monat. Werden die Geldleistungen innerhalb dieses Zeitraums auf Sachleistungen umgestellt, gilt die maximale Leistungsdauer gemäß Ziffer 2.11.4.

Wird für die versicherte Person eine Pflegebedürftigkeit im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt, enden unsere Leistungen einen Monat nach der Anerkennung. Dies gilt auch bei Tod der versicherten Person.

2.11.4 Dauer der Leistung und Verhältnis zur gesetzlichen Pflegeversicherung

Wir erbringen die Hilfs- und Pflegeleistungen, solange die Voraussetzungen nach Ziffer 2.11.2.1. erfüllt sind, längstens für einen Zeitraum von neun Monaten, ab Feststellung der Leistungsvoraussetzung an gerechnet.

Was passiert nach Anerkennung einer Pflegebedürftigkeit nach der gesetzlichen Pflegeversicherung?

Werden ausschließlich Sachleistungen gewählt, erbringen wir ergänzend zur gesetzlichen Pflegeversicherung im Umfang von Ziffer 2.11.3.1 und Ziffer 2.11.3.2 Hilfs- und Pflegeleistungen, soweit zusätzlicher Bedarf besteht.

Werden Geldleistungen gewählt, lässt sich der zusätzliche Bedarf nicht objektiv feststellen. Unsere Leistungen enden dann insgesamt.

2.11.5 Was ist nach einem Leistungsfall zu beachten? (Obliegenheiten)

2.11.5.1 Zu Beginn der Leistungserbringung sind wir über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person umfassend zu informieren. Auch während der Leistungserbringung sind uns Veränderungen des Gesundheitszustands mitzuteilen.

Dies gilt auch für die Personen, die unsere Leistungen gemäß Ziffer 2.11.3.3 erhalten.

2.11.5.2 Nach einem Leistungsfall der versicherten Person, der zu einer Pflegebedürftigkeit im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung führen kann, sind beim zuständigen Versicherungsträger Leistungen unverzüglich zu beantragen.

2.11.5.3 Die Anerkennung einer Pflegebedürftigkeit sowie der Bezug von Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung sind uns unverzüglich anzuzeigen. Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, gilt Ziffer 8 dieser Bedingungen entsprechend.

2.11.6 Rechtsverhältnis versicherte Person – Dienstleister

Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.

Kosten für von Ihnen oder der versicherten Person in Auftrag gegebene Dienstleistungen werden von uns nicht getragen.

2.11.7 Die Gewährung von Hilfs- und Pflegeleistungen nach Ziffer 2.11 begründet keinen Leistungsanspruch nach Ziffer 2.1 bis 2.5.

2.12 Weitere Serviceleistungen

- 2.12.1 Information über die Möglichkeiten einer ärztlichen Versorgung
Wir informieren Sie auf Anfrage über die Möglichkeiten einer ärztlichen Unfall- oder Krankheitsversorgung im In- und Ausland.
- 2.12.2 Information über/Vermittlung eines niedergelassenen Arztes
Soweit möglich, benennen wir einen deutschen, englischen oder die Muttersprache sprechenden Arzt (In- und Ausland).
Die Beauftragung des Arztes erfolgt nicht durch uns.
- 2.12.3 Kontaktherstellung zwischen Hausarzt und dem behandelnden Arzt
Wir stellen, soweit erforderlich, den Kontakt zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her (In- und Ausland).
- 2.12.4 Benachrichtigungsservice von Angehörigen, Arbeitgeber und sonstigen Personen
Wir benachrichtigen bei einem Unfall oder in einem Krankheitsfall auf Wunsch Ihre Angehörigen, den Arbeitgeber oder sonstige für Sie wichtige Personen.
- 2.12.5 Beratung über behindertengerechtes Wohnen, Umzug, Umbau des Fahrzeugs
Wir erstatten die Beratungskosten 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 Pkws.
- 2.12.6 Versand von Arzneimittel und sonstige Hilfsmittel
Sind Sie zur Aufrechterhaltung Ihrer Gesundheit auf verschreibungspflichtige Arzneimittel oder sonstige medizinische Hilfsmittel, die vor Ort nicht besorgt werden können, angewiesen, sorgen wir – nach Abstimmung mit Ihrem Hausarzt – für die Zusendung und übernehmen die entstehenden Versandkosten sowie die Kosten der Abholung beim Zoll.

Ein Arzneimittelversand erfolgt nicht, wenn keine Genehmigung zur Ein- und Ausfuhr erlangt werden kann, ein im Ausland erhältliches Ersatzpräparat (Generika) benannt werden kann oder das Arzneimittel als Suchtmittel gilt

3 ARAG Reha-Manager

3.1 Voraussetzung für die Leistung

Der Reha-Manager unterstützt Sie aktiv bei der Wiedereingliederung. Ist auf Grundlage der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde eine Rentenzahlung aus diesem Vertrag nach den Leistungsvoraussetzungen der Ziffern 2.1 bis 2.5 zu erwarten oder wurde eine Hilfsbedürftigkeit festgestellt, so entsteht ein Anspruch auf die Rehabilitationsleistungen.

3.2 Art der Leistung

Der von uns beauftragte Reha-Manager berät die versicherte Person, 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 fachkundigem Dienstleistern sowie durch Koordination der Versorgungsmaßnahmen. Eine Haftung für die Leistung wird von uns nicht übernommen.

- 3.2.1 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 Hausmeisterdiensten,
 - Anbietern von Wellness- und Gesundheitsreisen.
- 3.2.2 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.
- 3.2.3 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).

- 3.2.4 **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, Familienmitgliedern (bereits involvierten), Ämtern und sozialen Einrichtungen sowie Anwälten und
 - Umschulungen: Herstellen von Kontakten zu Personal-/Berufsberatern und Bildungsträgern sowie Schulen.
- 3.2.5 **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.
- 3.3 **Dauer der Leistung/Leistungsort**
 Die Leistung wird bis zu drei Jahre, vom Unfallereignis an gerechnet, erbracht.
 Die Leistungen werden ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht.
- 3.4 **Entschädigungsgrenze**
 Die Leistungen des Reha-Managers sind insgesamt auf 30.000 Euro je Versicherungsfall begrenzt.
 Etwaige Aufwendungen für Reha-Maßnahmen selbst werden nicht erstattet.

4 Welche Wartezeiten sind zu berücksichtigen?

Die Wartezeit beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Vertragsbeginn. Für alle Leistungen aus diesem Vertrag

- bei Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffer 2.2),
- bei Organschäden (siehe Ziffer 2.3),
- bei Verlust einzelner definierter Grundfähigkeiten (siehe Ziffer 2.4) und
- bei Feststellung einer Krebserkrankung (siehe Ziffer 2.5)

beträgt die Wartezeit sechs Monate. Sie verlängert sich auf zwölf Monate für Leistungsansprüche aufgrund von Multiple Sklerose.

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.

5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

5.1 Für alle Leistungsarten gemäß Ziffer 2 bestehen folgende Ausschlüsse:

Wir leisten nicht, wenn die Beeinträchtigung verursacht worden ist

- 5.1.1 durch bewusste Herbeiführung von Krankheiten oder Kräfteverfall, bewusste Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung der versicherten Person.
 Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung(-bildung) ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten.
- 5.1.2 unmittelbar oder mittelbar durch vorsätzliche Ausführung einer Straftat oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person.
 Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person
- a) bei inneren Unruhen und sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen an den Gewalttätigkeiten nicht aktiv teilgenommen hat.
 - b) zum Zeitpunkt des Schadenereignisses wegen ihres geistigen oder körperlichen Zustands unter Beaufsichtigung im Sinn des § 832 BGB stehen,
 1. ein Land- oder Wasserfahrzeug lenkt oder fährt, ohne im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis (§ 21 StVG) zu sein oder ein unbefugter Gebrauch eines Fahrzeugs vorliegt (§ 248 b Strafgesetzbuch);
 2. diese durch die Herstellung oder Gebrauch selbstgebauter Feuerwerkskörper eine Gesundheitsschädigung erleidet.
 Voraussetzung für unsere Leistung nach b) ist, dass keine weitere Straftat (zum Beispiel Straßenverkehrsgefährdung) zur Ermöglichung der Fahrt begangen bzw. dass durch die Herstellung und den Gebrauch der Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung billigend in Kauf genommen wurde.
- 5.1.3 durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen innerhalb der ersten 14 Tage im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem Krieg oder Bürgerkrieg herrscht.
 Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht.

Sie gilt auch nicht

- für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg,
- für Unfälle durch ABC-Waffen,
- im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

Mitversichert sind Beeinträchtigungen durch Terroranschläge, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden.

- 5.1.4 durch Unfälle oder Krankheiten, die die versicherte Person erleidet
- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt. Nicht versichert ist daher zum Beispiel das Führen von Ultraleichtflugzeugen oder das Fallschirmspringen.

Versicherungsschutz besteht jedoch

- bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeugs (nicht aber Luftsportgerätes) auszuübenden beruflichen Tätigkeit (zum Beispiel Berufspiloten, Flugbegleiter etc.). Diese Erweiterung gilt nicht für die nicht versicherbaren Berufe gemäß Ziffer 6.1 (zum Beispiel Testpilot/Flugversuchspilot);
- als Flugschüler, weil dafür keine Lizenz erforderlich ist, sowie als Passagier in Luftfahrzeugen einschließlich Luftsportgeräten, wie zum Beispiel in Ballonen oder Segelflugzeugen sowie bei Fallschirm-Tandemspringen. Ebenso bieten wir Versicherungsschutz beim Kitesurfen;
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

- 5.1.5 durch Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeugs an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

Versicherungsschutz besteht jedoch

- bei der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen, bei denen es hauptsächlich auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt (zum Beispiel Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten, Ballonverfolgungsfahrten sowie Sicherheitstrainings);
- bei gelegentlichen Fahren mit Leihkarts auf einer Indoor-, Outdoor- oder Crosskart-Anlage, wobei es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, sofern hierfür keine Lizenz erforderlich ist.

- 5.1.6 durch Strahlen aufgrund von Kernenergie.

Versicherungsschutz besteht jedoch

- wenn die versicherte Person berufsmäßig diesem Risiko ausgesetzt ist oder
- eine Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt erfolgt.

Ein möglicher Leistungsanspruch für Schäden durch Kernenergie (Krebserkrankungen – Ziffer 2.5) bleibt hiervon unberührt.

Versicherungsschutz besteht demnach für Gesundheitsschäden durch Strahlen, soweit sie nicht im Zusammenhang mit der Kernenergie stehen.

- 5.1.7 anlässlich eines Aufenthalts in Ländern, für die zum Zeitpunkt der Beeinträchtigung eine Reisewarnung des deutschen Außenministeriums (Auswärtiges Amt) bestanden hat.

- 5.1.8 durch Unfälle oder daraus resultierende Folgen, die der versicherten Person als Fahrer(in) eines motorisierten Fahrzeugs zustoßen, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt des Ereignisses unter Drogeneinfluss stand.

5.2 Darüber hinaus gelten ausschließlich für die Leistungsart Unfallrente gemäß Ziffer 2.1 folgende Ausschlüsse:

Kein Versicherungsschutz besteht für

- 5.2.1 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn

- a) die Bewusstseinsstörung durch Trunkenheit verursacht ist, beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,3 Promille liegt,
- b) die Bewusstseinsstörung durch die Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten hervorgerufen wird,
- c) die Bewusstseinsstörung durch einen akuten Herzinfarkt oder einen akuten Schlaganfall verursacht wurde, die unmittelbaren Gesundheitsschäden durch den Herzinfarkt oder den Schlaganfall selbst fallen nicht unter die Leistungspflicht der Leistungsart Unfallrente (Ziffer 2.1); ein Leistungsanspruch kann sich gegebenenfalls aus der Leistungsart Pflagerente (Ziffer 2.2), Rente aufgrund einer Organschädigung (Ziffer 2.3) oder Rente aufgrund des Verlusts von Grundfähigkeiten (Ziffer 2.4) ergeben,
- d) der Unfall durch einen epileptischen Anfall oder anderen Krampfanfall, der den ganzen Körper der versicherten Person ergreift, hervorgerufen wird oder die Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.

Einschlafen infolge einer Übermüdung („Sekundenschlaf“ im Straßenverkehr) gilt nicht als Bewusstseinsstörung. Die daraus resultierenden Unfälle und Beeinträchtigungen der versicherten Person sind deshalb mitversichert.

- 5.2.2 Schäden an Bandscheiben.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis (Ziffer 2.1) die überwiegende Ursache ist.

5.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren. Werden infolge solcher unfallbedingter Heilmaßnahmen oder Eingriffe wiederum Gesundheitsschäden durch Infektionen verursacht, sind diese abweichend von Ziffer 5.2.4 ebenfalls mitversichert. Das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut gehört nicht zu den ausgeschlossenen Eingriffen am Körper der versicherten Person.

5.2.4 Infektionen
Eingeschlossen in die Versicherung sind alle entstandenen Infektionen, bei denen aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch ein plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind.

Die im Rahmen der Leistungsart Unfallrente genannten Fristen (Ziffer 2.1.6) beginnen nicht mit dem Unfall (zum Beispiel mit dem Zeitpunkt eines Insektenstichs), sondern erst mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.

5.2.5 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden. Wir leisten jedoch für 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 Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

6 Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

Sobald eine versicherte Person eine der unter Ziffer 6.1 aufgeführten nicht versicherbaren Berufstätigkeiten oder Beschäftigungen ausübt, müssen Sie uns das unverzüglich mitteilen.

6.1 Nur eingeschränkt versicherbar (Ziffer 6.2) sind die folgende Berufstätigkeiten/Beschäftigungen, die die versicherte Person ausübt:

- Akrobaten/Artisten/Trapezkünstler
- Bergführer
- Bergsteiger
- Berufsfeuerwehrleute
- Berufs- und Zeitsoldaten (hierzu zählen auch Personen, die einen freiwilligen Wehrdienst leisten)
- Berufs-/Vertrags-/Lizenzsportler, Berufstaucher (zum Beispiel Bergungstaucher, Forschungstaucher)
- Bohrschichtführer
- Dompteur
- Feuerwerker
- Lehrer für Luftsportgeräte wie zum Beispiel Drachenflug, Paragliding etc.
- Flugversuchspilot
- Lehrer für das Fallschirmspringen,
- Mitglieder von Munitionsuch- und -räumtruppen
- Mitglieder von Spezialeinsatzkommandos
- Mitglieder von U-Boot-Besatzungen
- Pyrotechniker
- Radrennfahrer
- Rennfahrer
- Sprengpersonal
- Stuntman
- Test-/Versuchs-/Werksfahrer
- Testpilot
- Tierbändiger

6.2 Einschränkung des Versicherungsschutzes aufgrund eines Unfallereignisses
Sobald die versicherte Person eine der aufgeführten Berufstätigkeiten oder Beschäftigungen (Ziffer 6.1) aufnimmt, besteht kein Versicherungsschutz bei Unfällen (Ziffer 2.1), die der versicherten Person im Zusammenhang mit der Ausübung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung zustoßen. Versicherungsschutz besteht jedoch auf dem Weg zu oder von der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

6.3 Ergeben sich im Rahmen der im Antrag genannten Tätigkeit ausnahmsweise Sondergefahren, so besteht hierfür Versicherungsschutz, wenn die Sondergefahr vorübergehender bzw. kurzfristiger Natur, also kein Dauerzustand ist.

7 Was ist bei Eintritt einer Erkrankung und nach einem Unfall sowie während des Bezugs von Rentenleistungen zu beachten (Obliegenheiten)?

Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.

- 7.1 Benachrichtigen Sie uns unverzüglich, sobald eine Beeinträchtigung entsprechend der jeweiligen Leistungsart vorliegen könnte, und suchen Sie umgehend einen Arzt auf. Wenn Sie uns eine Beeinträchtigung nicht zeitnah melden oder nicht umgehend einen Arzt aufsuchen, kann dies Nachteile für Sie bei unserer Leistungsentscheidung zur Folge haben, da uns gegenüber der Nachweis des Eintritts und des ununterbrochenen irreversiblen Vorliegens einer versicherten Beeinträchtigung durch einen Arzt erbracht werden muss.
Schiene im Fall eines Unfalls die Unfallfolgen zunächst geringfügig zu sein oder wurde fälschlicherweise davon ausgegangen, dass der Unfall keine Leistungspflicht auslöst, sind diese Obliegenheiten nachzuholen, sobald der wirkliche Umfang erkennbar wird. Die ärztlichen Anordnungen sind zu befolgen.
- 7.2 Uns sind eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Beeinträchtigung sowie ausführliche schriftliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, insbesondere über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer der Beeinträchtigung einzureichen. Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir in voller Höhe.
- 7.3 Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen und Prüfungen durch von uns beauftragte Personen verlangen. Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, bei denen sie in Behandlung war, ist oder sein wird, und Pflegeheime, Pflegepersonen, Behörden sowie Träger der gesetzlichen oder privaten Kranken- bzw. Pflegeversicherung zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen. Des Weiteren können wir auch Auskünfte über Ihre wirtschaftlichen Verhältnisse verlangen.
- 7.4 Die versicherte Person hat die Möglichkeit, diese Ermächtigungen in Form einer allgemeinen Schweigepflichtentbindungserklärung oder für die jeweiligen Anfragen einzelfallbezogene Entbindungserklärungen abzugeben. Für die mit jeder Einzelfallermächtigung verbundenen Mehrkosten können wir eine angemessene Kostenbeteiligung verlangen. Es steht Ihnen frei, diese Erklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen.
- 7.5 Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. Die Reisekosten sind von der versicherten Person zu zahlen.
- 7.6 Die versicherte Person hat sich allen zumutbaren ärztlichen und medizinischen Maßnahmen zu unterziehen, die eine wesentliche Besserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen erwarten lassen.
Zumutbar sind allerdings nur Untersuchungen und Behandlungen, bei denen ein Schaden für Leben oder Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann, mit denen keine erheblichen Schmerzen verbunden sind und die keinen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten.
Immer zumutbar sind damit Maßnahmen im Rahmen der medizinischen Grundversorgung (zum Beispiel Blutkontrollen, das Einhalten von Diäten, Physiotherapie, Allergiebehandlung) und die Verwendung allgemein gebräuchlicher medizinisch-technischer Hilfsmittel (zum Beispiel Verwendung von Prothesen, Seh- oder Hörhilfen).
Nicht unter die zumutbaren ärztlichen und medizinischen Maßnahmen fallen operative Behandlungen, spezielle Therapien wie Chemo- oder Strahlentherapie oder medikamentöse Behandlungen, mit denen regelmäßig unangemessen hohe Nebenwirkungen einhergehen. Eine Ablehnung derartiger Maßnahmen hat keinen Einfluss auf die Anerkennung unserer Leistungspflicht.
- 7.7 Eine Minderung oder einen Fortfall der jeweiligen Beeinträchtigung sowie der Tod der versicherten Person müssen uns unverzüglich mitgeteilt werden.

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Bei vorsätzlicher Verletzung einer nach Eintritt einer Krankheit und eines Unfalls zu erfüllenden Obliegenheit (Ziffer 7) können wir leistungsfrei werden. Wird eine Obliegenheit grob fahrlässig verletzt, sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Der Versicherungsschutz bleibt jedoch bestehen,

- a) wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben,
- b) wenn die Obliegenheitsverletzung versehentlich erfolgte und die Erfüllung bei Erkennen unverzüglich nachgeholt wurde,
- c) wenn Sie nachweisen, dass die Obliegenheitsverletzung weder für den Eintritt oder die Feststellung des Leistungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Der Versicherungsschutz entfällt trotz nachgewiesener fehlender Ursächlichkeit, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben,
- d) wenn wir es unterlassen hatten, Sie durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf die vorgenannten Rechtsfolgen der Obliegenheitsverletzung hinzuweisen.

Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

9 Wann sind die Leistungen fällig?

- 9.1 Wir sind verpflichtet, nach Abschluss der Heilbehandlung und nach Vorliegen aller Unterlagen – spätestens aber drei Monate nach Beantragung einer Leistung – die Prüfung der Leistungsvoraussetzungen vorzunehmen. Bei Ablehnung eines Leistungsfalls sind Sie berechtigt
- bei der Leistungsart Unfallrente (Ziffer 2.1) den Grad der Invalidität einmal jährlich, längstens bis drei Jahre nach dem Unfallereignis, erneut ärztlich bemessen zu lassen
 - bei den Leistungsarten Pflegerente (Ziffer 2.2), Rente aufgrund einer Organschädigung (Ziffer 2.3), Rente aufgrund des Verlusts von Grundfähigkeiten (Ziffer 2.4) und Rente aufgrund einer Krebserkrankung (Ziffer 2.5) bei jeder Verschlechterung des Gesundheitsstatus erneut einen Leistungsantrag zu stellen
- 9.2 Während der Dauer unserer Leistungspflicht für eine Unfallrente (Ziffer 2.1), Rente aufgrund einer Organschädigung (Ziffer 2.3) oder Rente aufgrund des Verlusts von Grundfähigkeiten (Ziffer 2.4) können wir das Fortbestehen der jeweiligen Beeinträchtigung und ihren Umfang überprüfen. Wir sind dazu auf unsere Kosten für eine Dauer von drei Jahren
- bei der Leistungsart Unfallrente (Ziffer 2.1) ab dem Unfallereignis;
 - bei den Leistungsarten Rente aufgrund einer Organschädigung (Ziffer 2.3) oder Rente aufgrund des Verlusts von Grundfähigkeiten (Ziffer 2.4) ab Beginn des Monats, in dem die jeweilige Leistungsvoraussetzung erstmals ärztlich festgestellt worden ist
- berechtigt.
Zu Prüfzwecken können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. Hierfür gelten die Regelungen der Ziffern 7.3 bis 7.5 und Ziffer 8 entsprechend.
- 9.3 Wir sind zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug berechtigt, „Lebensbescheinigungen“ anzufordern. Wenn uns diese angeforderten Bescheinigungen nicht unverzüglich übersandt werden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

Allgemeine Vertragsgrundlage

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 11.2 zahlen.

10.2 Dauer und Ende des Vertrags

Der Vertrag ist für den im Versicherungsschein angegebenen Zeitraum abgeschlossen. Er verlängert sich mit dem Ablauf der Vertragslaufzeit um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr stillschweigend, wenn nicht bis zum jeweiligen Ablauftermin der anderen Vertragspartei eine Kündigung in Textform zugegangen ist.

Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.

10.2.1 Grundsätzliches

Der Vertrag endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf, spätestens mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet.

Entfallen bei vereinbarter lebenslanger Rentenzahlung die Leistungsvoraussetzungen für einen bereits eingetretenen Leistungsfall nach Vollendung des 67. Lebensjahres, so endet der Vertrag mit dem Wegfall der Leistungspflicht.

Der Vertrag endet weiterhin, wenn nach Ablauf der Frist für eine Neufeststellung (Ziffer 9.2) ein dauerhafter Rentenanspruch festgestellt wurde. Die Vertragsbeendigung hat keinen Einfluss auf die Erbringung der festgestellten Versicherungsleistung und die Erfüllung Ihrer Obliegenheiten

10.2.2 Kündigung des Vertrags durch Sie

Während der ursprünglich vereinbarten Vertragslaufzeit ist die Kündigung, unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten, nur zum Ablauf möglich. Eine weitere Kündigungsmöglichkeit finden Sie unter Ziffer 10.3.

10.2.3 Kündigung des Vertrags durch uns

Wir verzichten auf unser Recht einer Vertragskündigung mit folgenden Ausnahmen:

Wir können unser Kündigungsrecht nur ausüben, wenn wir innerhalb eines Monats alle Versicherungsverträge des ARAG Existenz-Schutzes 2014 kündigen, zu denen Ihr Versicherungsvertrag gehört. Der Rücktritt oder die Kündigung nach Ziffer 11 (Nichtzahlung des Erst- bzw. Folgebeitrags, Widerruf des SEPA-Lastschriftmandats) Ziffer 13 (Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht) oder Ziffer 7 (Nichtbeachtung von Obliegenheiten im Leistungsfall) sind vom Verzicht nicht betroffen und bleiben daher als Rechte für uns bestehen.

10.3 Kündigung nach Leistungsfall

Den Vertrag können Sie durch Kündigung beenden, wenn wir nach einem Leistungsfall eine versicherte Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage erhoben haben.

Die Kündigung muss uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform zugegangen sein.

Ihre Kündigung wird sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu jedem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ablauf des Versicherungsjahres, wirksam wird.

10.4 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

Der Versicherungsschutz für die Leistung gemäß Ziffer 2.1 tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

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

11.1 Beitrag und Versicherungsteuer

11.1.1 Beitragszahlung

Je nach Vereinbarung werden die Beiträge entweder durch laufende Zahlungen monatlich, vierteljährlich, halbjährlich, jährlich oder als Einmalbeitrag im Voraus gezahlt. Entsprechend der Vereinbarung über laufende Zahlungen umfasst die Versicherungsperiode einen Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr.

11.1.2 Versicherungsteuer

Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungsteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben.

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung des ersten Beitrags

11.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins zur Zahlung fällig.

Ist für die Zahlung ein späterer Fälligkeitszeitpunkt vereinbart und im Versicherungsschein angegeben und obige Frist von 14 Tagen nach Erhalt des Versicherungsscheins abgelaufen, so ist der Beitrag unverzüglich zum vereinbarten Zeitpunkt zu zahlen.

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes bei Zahlungsverzug

Zahlen Sie nicht unverzüglich nach dem in Ziffer 11.2.1 bestimmten Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst, nachdem die Zahlung bewirkt ist. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

11.2.3 Zahlung bei abweichendem Versicherungsschein

Weicht der Versicherungsschein von Ihrem Antrag oder getroffenen Vereinbarungen ab, ist der erste oder einmalige Beitrag frühestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

11.2.4 Rücktritt

Wird der erste oder einmalige Beitrag nicht zu dem maßgebenden Fälligkeitszeitpunkt gemäß Ziffer 11.2.1 oder Ziffer 11.2.3 gezahlt, so können wir vom Vertrag zurücktreten, solange die Zahlung nicht bewirkt ist. Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

11.2.5 Leistungsfreiheit des Versicherers

Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht zu dem nach Ziffer 11.2.1 oder Ziffer 11.2.3 maßgebenden Fälligkeitszeitpunkt zahlen, so sind wir für einen vor Zahlung des Beitrags eingetretenen Leistungsfall nicht zur Leistung verpflichtet, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags aufmerksam gemacht haben. Die Leistungsfreiheit tritt jedoch nicht ein, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Ein Folgebeitrag wird zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie innerhalb des im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitraums bewirkt ist.

11.3.2 Schadenersatz bei Verzug

Sind Sie mit der Zahlung eines Folgebeitrags in Verzug, sind wir berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

- 11.3.3 **Leistungsfreiheit und Kündigungsrecht nach Mahnung**
Wir werden Sie bei nicht rechtzeitiger Zahlung eines Folgebeitrags auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und eine Zahlungsfrist von mindestens 2 Wochen ab Zugang der Zahlungsaufforderung bestimmen (Mahnung). Die Mahnung ist nur wirksam, wenn wir je Vertrag die rückständigen Beträge des Beitrags, der Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und außerdem auf die Rechtsfolgen – Leistungsfreiheit und Kündigungsrecht – aufgrund der nicht fristgerechten Zahlung hinweisen.
- Tritt nach Ablauf der in der Mahnung gesetzten Zahlungsfrist ein Leistungsfall ein und sind Sie bei Eintritt des Leistungsfalls mit der Zahlung des Beitrags oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei.
- Wir können nach Ablauf der in der Mahnung gesetzten Zahlungsfrist den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist mit sofortiger Wirkung in Textform kündigen, sofern Sie mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug sind. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug sind. Hierauf sind Sie von uns bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen.
- 11.3.4 **Zahlung des Beitrags nach Kündigung**
Die Kündigung wird unwirksam, wenn Sie innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leisten. Für Leistungsfälle, die nach dem Zugang der Kündigung, aber vor erfolgter Beitragszahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz (siehe Ziffer 11.3.3).
- 11.4 SEPA-Lastschriftmandat als Geschäftsgrundlage/Rechtzeitigkeit der Zahlung/Kündigungsrecht bei Widerruf**
- 11.4.1 **Pflichten des Versicherungsnehmers**
- Voraussetzung und Geschäftsgrundlage für den Abschluss und den Fortbestand des Versicherungsvertrags ist, dass wir von Ihnen oder von einer anderen Person zum Einzug des jeweils fälligen Beitrags von Ihrem bzw. deren Bankkonto im Wege des Lastschriftverfahrens ermächtigt wurden und diese Ermächtigung aufrechterhalten wird. Zur Sicherstellung des erfolgreichen Beitragseinzugs im Lastschriftverfahren haben Sie dafür Sorge zu tragen, dass Ihr Konto zum Zeitpunkt der Fälligkeit des Beitrags eine ausreichende Deckung aufweist.
 - Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.
- 11.4.2 **Kündigungsrecht bei Widerruf des SEPA-Lastschriftmandats**
Wird das SEPA-Lastschriftmandat widerrufen, so können wir den Vertrag zum Ende des laufenden Versicherungsmonats außerordentlich kündigen.
- 11.4.3 **Änderung des Zahlungswegs**
Kann der fällige Beitrag mangels Kontodeckung nicht abgebucht werden oder wird eine Lastschrift von dem/der Kontoinhaber/in bzw. deren Bankinstitut trotz korrekter Abbuchung zurückgegeben, sind wir hinsichtlich der offenen und zukünftig fällig werdenden Beiträge berechtigt, von Ihnen die Beitragszahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Begleichung der rückständigen sowie zukünftig fällig werdenden Beiträge auf einem alternativen Zahlungsweg erst verpflichtet, wenn Sie hierzu von uns in Textform aufgefordert wurden. Durch die Banken erhobene Bearbeitungsgebühren für fehlgeschlagenen Lastschrifteinzug können wir Ihnen in Rechnung stellen.
- 11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung**
Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.
- 11.6 Ende der Beitragspflicht bei Bezug einer Rentenleistung oder bei Arbeitslosigkeit**
- 11.6.1 **Ende der Beitragspflicht für die versicherte Person bei Bezug einer Rentenleistung**
Sobald aus diesem Vertrag für eine versicherte Person Anspruch auf Zahlung einer Rentenleistung gemäß Ziffern 2.1 bis 2.5 besteht, endet die Pflicht zur Zahlung des auf diese Person entfallenden Beitrags für die Dauer des vereinbarten Leistungsbezugs.
Ergibt sich aufgrund einer ärztlichen Neufeststellung (Ziffer 9.2), dass die Voraussetzungen für den eingetretenen Leistungsfall nicht mehr bestehen, wird zu diesem Zeitpunkt die Rentenzahlung eingestellt. Gleichzeitig tritt die Pflicht zur Beitragszahlung wieder in Kraft.
- Ergibt sich aufgrund einer ärztlichen Neufeststellung (Ziffer 9.2), dass die Voraussetzungen für einen dauerhaften Rentenanspruch gemäß Ziffern 2.1 bis 2.4 vorliegen, endet der Vertrag gemäß Ziffer 10.2.1.
- 11.6.2 **Befristete Beitragsbefreiung für die im Vertrag mitversicherten Personen bei Arbeitslosigkeit des Versicherungsnehmers**
Voraussetzungen für die Beitragsfreistellung
Bei einer unverschuldeten Arbeitslosigkeit, die bei Ihnen als Versicherungsnehmer vor Vollendung des 60. Lebensjahres eintritt, wird der Versicherungsvertrag bei Vorliegen der nachfolgenden Kriterien in dem dort genannten zeitlichen Umfang bei fortbestehendem Versicherungsschutz beitragsfrei gestellt.

Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn Sie als Versicherungsnehmer

- keiner bezahlten Vollbeschäftigung (wöchentliche Arbeitszeit von mindestens 30 Stunden) nachgehen,
- beim Arbeitsamt als arbeitslos gemeldet sind,
- Arbeitslosengeld oder -hilfe beziehen

und sich aktiv um Arbeit bemühen.

Waren Sie bei Eintritt der Arbeitslosigkeit

- mindestens 24 Monate ununterbrochen sozialversicherungspflichtig vollbeschäftigt (wöchentliche Arbeitszeit von mindestens 30 Stunden) und
- bestand der Versicherungsvertrag bei Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 24 Monate und
- ist der Beitrag bei Eintritt der Arbeitslosigkeit bezahlt,

so wird der Versicherungsvertrag ab der der Arbeitslosigkeit bzw. der Meldung bei uns folgenden Fälligkeit für bis zu zwölf Monate beitragsfrei gestellt.

Sollten Sie während dieser zwölf Monate eine Beschäftigung annehmen und dann erneut arbeitslos werden, wird der Versicherungsvertrag ab der erneuten Arbeitslosigkeit bzw. der Meldung bei uns folgenden Fälligkeit nochmals beitragsfrei gestellt. Die Beitragsfreistellung des Versicherungsvertrags gilt insgesamt jedoch für maximal zwölf Monate.

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.

11.7 Vertragliche Beitragsanpassung mit steigendem Alter

Der Beitrag für den ARAG Existenz-Schutz steigt mit dem erreichten Alter der versicherten Person. Bei Vertragsabschluss teilen wir Ihnen die zukünftige Beitragsentwicklung für das erreichte Alter der versicherten Person mit. Als erreichtes Alter gilt das zur Hauptfälligkeit vollendete Lebensalter der versicherten Person.

Bei Beitragsänderungen durch Eintritt in eine andere Altersgruppe werden wir besonders vereinbarte Risikozuschläge im Verhältnis der Veränderung anpassen.

Erhöht sich der Beitrag wegen Eintritts in eine andere Altersgruppe, können Sie das Vertragsverhältnis für die betroffene versicherte Person innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung (Nachtrag zum Versicherungsschein) zu dem Zeitpunkt kündigen, an dem die Beitragserhöhung wirksam werden würde.

11.8 Tarifierpassung

Entsprechend § 163 VVG können wir die vereinbarten Beiträge nur erhöhen, wenn sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen des vereinbarten Beitrags geändert hat,

1. der nach den berechtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Beitrag angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten, und ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die Voraussetzungen der Nummern 1 und 2 überprüft und bestätigt hat.
2. Eine Erhöhung des Beitrags ist insoweit ausgeschlossen, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

Die Erhöhung des Beitrags wird mit Beginn des nächsten Versicherungsjahres wirksam. Die Erhöhung des Beitrags wird nur wirksam, wenn wir Ihnen die Änderung spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitteilen und Sie schriftlich über Ihr Kündigungsrecht belehren.

Sie können verlangen, dass anstelle einer Erhöhung des Beitrags die Versicherungsleistung herabgesetzt wird.

Sie können Ihren Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung zu dem Zeitpunkt kündigen, an dem die Beitragserhöhung wirksam werden würde.

Vermindert sich der Tarifbeitrag, verpflichten wir uns, den Beitrag vom Beginn der nächsten Versicherungsperiode an auf die Höhe des neuen Tarifbeitrags zu senken.

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

12.1 Ist die Versicherung gegen Beeinträchtigungen durch Krankheiten und Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern Ihnen zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

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

12.3 Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

13.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

13.1.1 Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1 in Textform stellen.

Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben Ihnen für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich.

Wird der Vertrag von Ihrem Vertreter geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

13.1.2 Welche besonderen Regeln gelten bei Vereinbarung eines Nichtrauchertarifs?

Nichtraucher ist, wer in den vergangenen zwölf Monaten vor Antragstellung Nikotin weder durch den Genuss von Zigaretten, Zigarren, Pfeife, Kautabak noch in anderer Form aktiv zu sich genommen hat.

Erfüllt die versicherte Person nach Abschluss des Versicherungsvertrags die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht mehr, stellt dies eine Gefahrerhöhung dar. Sie sind – neben der versicherten Person – dafür verantwortlich, dass nach Vertragsschluss keine Gefahrerhöhung vorgenommen wird. Nimmt die versicherte Person nach Vertragsschluss dennoch eine Gefahrerhöhung vor, sind Sie – neben der versicherten Person – verpflichtet, uns diese Gefahrerhöhung unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

Wird eine Gefahrerhöhung gemäß Absatz 2 vorgenommen, können wir rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung einen unseren Geschäftsgrundsätzen entsprechenden höheren Beitrag verlangen. Eine Beitragserhöhung ist jedoch ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass die Vornahme der Gefahrerhöhung unverschuldet erfolgt ist. Unser Recht zur Beitragsanpassung erlischt, wenn wir es nicht innerhalb eines Monats ab dem Zeitpunkt geltend machen, zu dem wir von der Gefahrerhöhung Kenntnis erlangen.

Sollte die Beitragserhöhung mehr als zehn Prozent betragen, können Sie Ihren Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Wir verzichten auf unsere gesetzlichen Rechte, den Vertrag wegen einer Gefahrerhöhung zu kündigen oder die erhöhte Gefahr vom Versicherungsschutz auszuschließen.

Kommen Sie Ihrer Anzeigepflicht nicht nach, so vermindert sich im Leistungsfall der versicherten Person die Leistung. Die auszuzahlende Versicherungssumme wird dann unter Zugrundelegung des Rauchertarifs nach unseren Geschäftsgrundsätzen rückwirkend ab Gefahrerhöhung neu berechnet.

Diese Verringerung unserer Leistungspflicht gilt nicht, wenn die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalls war. Wir werden uns im Fall der Gefahrerhöhung nicht auf die Leistungsverringerung berufen, wenn zwischen Gefahrerhöhung und Eintritt des Versicherungsfalls mehr als zehn Jahre vergangen sind.

13.2 Rücktritt

13.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.

Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen.

Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

13.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.

Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

13.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Leistungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Leistungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.

Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Uns steht der Teil des Beitrags zu, der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

13.3 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

13.3.1 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Textform (zum Beispiel E-Mail, Telefax oder Brief) kündigen.
Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.
Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.

Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Das Kündigungsrecht ist auch ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

13.3.2 Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen.

Wir können uns auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als zehn Prozent oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Textform (zum Beispiel E-Mail, Telefax oder Brief) kündigen.

13.4 Anfechtung

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrags zu, der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

14 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

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

14.2 Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

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

15.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständiger bezeichneter Geschäftsstelle gerichtet werden.
Alle Erklärungen und Mitteilungen, die den Leistungsfall betreffen, werden uns gegenüber erst dann wirksam, wenn sie in Textform erfolgen und uns zugegangen sind.

15.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.

16 Bedingungsänderung

Ist eine Bestimmung in diesen Bedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels Ihre Belange als Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

Die neue Regelung wird zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Vertragsbestandteil.

16.1 Unwirksamkeit einzelner Regelungen

Die Regelung in diesen Versicherungsbedingungen ist unwirksam geworden durch folgende Ereignisse:

- ein Gesetz, auf dem die Bestimmungen des Versicherungsvertrags beruhen, ändert sich oder
- es ergeht höchstrichterliche Rechtsprechung, die den Versicherungsvertrag unmittelbar betrifft oder
- es ergeht eine konkrete, individuelle, uns bindende Weisung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder der Kartellbehörden im Wege eines bestandskräftigen Verwaltungsakts.

Das gilt auch, wenn eine im Wesentlichen inhaltsgleiche Regelung in den Versicherungsbedingungen eines anderen Versicherers durch eines der genannten Ereignisse unwirksam geworden ist.

16.2 Störung des Gleichgewichts zwischen Leistung und Gegenleistung

Durch die Unwirksamkeit ist eine Vertragslücke entstanden, die das bei Vertragsschluss vorhandene Gleichgewicht zwischen Leistung und Gegenleistung in nicht unbedeutendem Maße stört, und es besteht keine konkrete gesetzliche Regelung zum Füllen der Lücke.

16.3 Keine Schlechterstellung

Die angepassten Regelungen dürfen Sie als einzelne Bedingungen oder im Zusammenwirken mit anderen Bedingungen des Vertrags nicht schlechter stellen als die bei Vertragsschluss vorhandenen Regelungen.

16.4 Durchführung der Anpassung

Die nach den Ziffern 16.1 bis 16.3 zulässigen Änderungen werden Ihnen in Textform bekannt gegeben und erläutert. Sie finden Anwendung, wenn wir Ihnen die Änderung sechs Wochen vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitteilen und Sie in Textform auf Ihr Kündigungsrecht nach Ziffer 16.5 hinweisen.

16.5 Kündigung

Machen wir von unserem Recht zur Bedingungsanpassung Gebrauch, können Sie den Vertrag innerhalb von einem Monat nach Zugang unserer Mitteilung kündigen. Die Kündigung ist sofort wirksam, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Bedingungsanpassung.

17 Welches Gericht ist zuständig?

17.1 Klagen gegen uns

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

17.2 Klagen gegen Sie

Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.

18 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

19 Sonstiges

19.1 Künftige Bedingungsverbesserungen (Innovationsgarantie)

Ändern wir im Laufe der Versicherungsdauer für neue Versicherungsverträge die „Bedingungen zum ARAG Existenz-Schutz 2014“ ausschließlich zu Ihren Gunsten, ohne dass dafür ein Zusatzbeitrag berechnet wird, so gelten diese neuen Bedingungen ab ihrem Gültigkeitstag auch für diesen Vertrag für alle ab diesem Zeitpunkt neu eintretenden Leistungsfälle.

19.2 Wechseloption bei der Wahl des Leistungsendalters („Lebenslang“/„bis zum 67. Lebensjahr“)

Sie können während der Vertragslaufzeit des ARAG Existenz-Schutzes entscheiden, ob Sie von einer lebenslangen Rentenleistung auf ein Leistungsendalter zum Ablauf des 67. Lebensjahr wechseln möchten. Ihre Entscheidung ist uns jeweils bis zwei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres mitzuteilen.

19.3 Wechseloption zur Unfallversicherung ohne Gesundheitsprüfung

Sie können während der Vertragslaufzeit des ARAG Existenz-Schutzes entscheiden, ob Sie ohne Gesundheitsprüfung in eine dann gültige ARAG Unfallversicherung wechseln möchten. Ihre Entscheidung ist uns jeweils bis zwei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres, letztmalig vor Ablauf des Versicherungsjahres, in dem Sie das 67. Lebensjahr vollenden, mitzuteilen.

Auszug Allgemeine Rechtsschutz-Bedingungen (ARB 2014)

§ 5 Leistungsumfang

- (1) Wir erbringen und vermitteln Dienstleistungen, damit Sie Ihre Interessen im nachfolgend erläuterten Umfang wahrnehmen können:
- a) Bei Eintritt des Versicherungsfalls im Inland übernehmen wir folgende Kosten:
Die Vergütung eines Rechtsanwalts, der Ihre Interessen vertritt. (Wenn Sie mehr als einen Rechtsanwalt beauftragen, tragen wir die dadurch entstehenden Mehrkosten nicht. Auch Mehrkosten aufgrund eines Anwaltswechsels tragen wir nicht.)
Wir erstatten maximal die gesetzliche Vergütung eines Rechtsanwalts, der am Ort des zuständigen Gerichts ansässig ist oder wäre. Die gesetzliche Vergütung richtet sich nach dem Rechtsanwaltsvergütungsgesetz.
Wohnen Sie mehr als 100 Kilometer Luftlinie vom zuständigen Gericht entfernt?
Dann übernehmen wir weitere anwaltliche Kosten, und zwar bis zur Höhe der gesetzlichen Vergütung eines Rechtsanwalts, der nur den Schriftverkehr mit dem Anwalt am Ort des zuständigen Gerichts führt (sogenannter Verkehrsanwalt) oder stattdessen in gleicher Höhe Reisekosten und Abwesenheitsgelder des für Sie tätigen Rechtsanwalts.
Dies gilt nur für die erste Instanz.
Ausnahme: Im **Straf-, Ordnungswidrigkeiten-, Disziplinar- und Standes-Rechtsschutz** tragen wir diese weiteren Kosten nicht.
Wenn sich die Tätigkeit des Anwalts auf die folgenden Leistungen beschränkt, dann tragen wir je Versicherungsfall 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) Bei einem Versicherungsfall im Ausland tragen wir die Kosten für einen Rechtsanwalt, der für Sie am zuständigen Gericht im Ausland tätig wird. Dies kann sein entweder
- ein am Ort des zuständigen Gerichts ansässiger ausländischer Rechtsanwalt oder
 - ein Rechtsanwalt in Deutschland.
- Den Rechtsanwalt in Deutschland vergüten wir so, als wäre der Rechtsstreit am Ort seines Anwaltsbüros in Deutschland.
Diese Vergütung ist begrenzt auf die gesetzliche Vergütung.
Ist ein ausländischer Rechtsanwalt für Sie tätig und wohnen Sie mehr als 100 Kilometer Luftlinie vom zuständigen Gericht (im Ausland) entfernt? Dann übernehmen wir zusätzlich die Kosten eines Rechtsanwalts an Ihrem Wohnort. Diesen Rechtsanwalt bezahlen wir dann bis zur Höhe der gesetzlichen Vergütung eines Rechtsanwalts, der den Schriftverkehr mit dem Anwalt am Ort des zuständigen Gerichts führt (sogenannter Verkehrsanwalt).
Dies gilt nur für die erste Instanz.
Wenn sich die Tätigkeit des Anwalts auf die folgenden Leistungen beschränkt, dann tragen wir je Versicherungsfall 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.
- Haben Sie einen Versicherungsfall, der aufgrund eines Verkehrsunfalls im europäischen Ausland eingetreten ist, und haben Sie daraus Ansprüche?
Dann muss zunächst eine Regulierung mit dem Schadenregulierungsbeauftragten bzw. mit der Entschädigungsstelle im Inland erfolgen. Erst wenn diese Regulierung erfolglos geblieben ist, tragen wir auch Kosten für eine Rechtsverfolgung im Ausland. Die zusätzlichen Kosten der Regulierung im Inland übernehmen wir im Rahmen der gesetzlichen Gebühren, und zwar bis zur Höhe einer 1,5-fachen Gebühr nach § 13 RVG für dessen gesamte Tätigkeit.
Bei Eintritt eines Versicherungsfalls im Rahmen des § 6 Absatz 2 tragen wir abweichend von (1) b) Absatz 1 die Vergütung eines für Sie tätigen ausländischen Rechtsanwalts bis zur Höhe der gesetzlichen Gebühren, die bei der Wahrnehmung der rechtlichen Interessen in Deutschland durch einen Rechtsanwalt nach deutschem Gebührenrecht und unter Ansatz der hier üblichen Gegenstands- und Streitwerte angefallen wären.
- c) Wir tragen
- die Gerichtskosten einschließlich der Entschädigung für Zeugen und Sachverständige, die vom Gericht herangezogen werden,
 - die Kosten des Gerichtsvollziehers.
- d) Wir übernehmen die Gebühren eines Schieds- oder Schlichtungsverfahrens, und zwar bis zur Höhe der Gebühren, die im Falle der Anrufung eines zuständigen staatlichen Gerichts erster Instanz entstünden.
Versicherungsschutz für Mediation besteht nur nach § 5 a) im Inland.
- e) Wir übernehmen die Verfahrenskosten vor Verwaltungsbehörden, die Ihnen von der Behörde in Rechnung gestellt werden.
- f) Wir übernehmen die übliche Vergütung für einen öffentlich bestellten technischen Sachverständigen oder eine rechtsfähige technische Sachverständigenorganisation (Beispiel: TÜV oder Dekra) in Fällen
- der Verteidigung in einem verkehrsrechtlichen Straf- und Ordnungswidrigkeitenverfahren,
 - wenn Sie Ihre rechtlichen Interessen aus Kauf- und Reparaturverträgen von Kraftfahrzeugen und Anhängern wahrnehmen.
- g) Wir tragen die übliche Vergütung eines im Ausland ansässigen Sachverständigen. Dies tun wir, wenn Sie Ersatzansprüche wegen der im Ausland eingetretenen Beschädigung eines Kraftfahrzeugs oder eines Anhängers geltend machen wollen.

- h) Wir tragen Ihre Kosten für eine Reise zum Gericht, wenn
- Sie dort als Beschuldigter oder Prozesspartei erscheinen müssen und
 - Sie Rechtsnachteile nur durch Ihr persönliches Erscheinen vermeiden können.
- Die Reisekosten zu einem inländischen Gericht übernehmen wir jedoch nur, wenn Sie – über die vorgenannten Voraussetzungen hinaus – mehr als 100 Kilometer Luftlinie vom Gerichtsort entfernt wohnen.
- Wir übernehmen die tatsächlich entstehenden Kosten bis zur Höhe der für Geschäftsreisen von deutschen Rechtsanwälten geltenden Sätze. Wenn Sie diese Kosten in fremder Währung bezahlt haben, erstatten wir Ihnen diese in Euro.
- i) Wir übernehmen die Anwalts- und Gerichtskosten Ihres Prozessgegners, wenn Sie zur Erstattung dieser Verfahrenskosten aufgrund gerichtlicher Festsetzung verpflichtet sind.
- (2) Wir erstatten die von uns zu tragenden Kosten, wenn Sie nachweisen, dass Sie
- zu deren Zahlung verpflichtet sind oder
 - diese Kosten bereits gezahlt haben.
- Bei fremder Währung erstatten wir Ihnen diese in Euro und benutzen als Abrechnungsgrundlage den Wechselkurs des Tages, an dem Sie die Kosten vorgestreckt haben.
- (3) Wir können folgende Kosten nicht erstatten:
- a) Kosten, die Sie übernommen haben, ohne rechtlich dazu verpflichtet zu sein;
- b) Kosten,
- aa) die bei einer gütlichen Einigung entstanden sind und die nicht dem Verhältnis des von Ihnen angestrebten Ergebnisses zum erzielten Ergebnis entsprechen; (Beispiel: Sie verlangen Schadenersatz in Höhe von 10.000 Euro. In einem Vergleich mit dem Gegner erlangen Sie einen Betrag von 8.000 Euro = 80 Prozent des angestrebten Ergebnisses. In diesem Fall übernehmen wir 20 Prozent der entstandenen Kosten – nämlich für den Teil, den Sie nicht durchsetzen konnten.)
dies bezieht sich auf die gesamten Kosten der Streitigkeit;
Ausnahme: Es ist gesetzlich eine andere Kostenregelung vorgeschrieben;
- bb) Sie einigen sich auch über unstrittige oder nicht versicherte Ansprüche. In diesem Fall zahlen wir die darauf entfallenden Kosten nicht;
- c) von den von uns zu tragenden Kosten ziehen wir die vereinbarte Selbstbeteiligung je Versicherungsfall ab.
Ausnahme: Hängen mehrere Versicherungsfälle zeitlich und ursächlich zusammen, ziehen wir zu Ihren Gunsten die Selbstbeteiligung nur einmal ab;
im Aktiv-Rechtsschutz Premium nach § 26 p und im Aktiv-Rechtsschutz Premium für Selbstständige nach § 28 p ziehen wir keine Selbstbeteiligung ab, sofern der Versicherungsfall mit einem ersten Beratungsgespräch nach § 34 Rechtsanwaltsvergütungsgesetz (RVG) abgeschlossen ist;
- d) Kosten von Zwangsvollstreckungsmaßnahmen (zum Beispiel Kosten eines Gerichtsvollziehers), die aufgrund der vierten oder jeder weiteren Zwangsvollstreckungsmaßnahme je Vollstreckungstitel entstehen;
- e) Kosten von Zwangsvollstreckungsmaßnahmen, die später als fünf Jahre nach Rechtskraft des Vollstreckungstitels eingeleitet werden („Vollstreckungstitel“ sind unter anderem Vollstreckungsbescheid und Urteil);
- f) Kosten für Strafvollstreckungsverfahren jeder Art, bei denen vom Gericht eine Geldstrafe oder Geldbuße unter 250 Euro verhängt wurde;
- g) Kosten, zu deren Übernahme ein anderer verpflichtet wäre, wenn der Rechtsschutzversicherungsvertrag nicht bestünde;
- h) Kosten, die im Rahmen von Zwangsvollstreckungsmaßnahmen in Bezug auf gewerblich genutzte Grundstücke, Gebäude oder Gebäudeteile für eine erforderliche umweltbedingte Beseitigung und Entsorgung von Schadstoffen und Abfällen entstehen;
- i) Kosten, die bei Teileintrittspflicht auf den nicht gedeckten Teil entfallen. Treffen Ansprüche zusammen, für die teils Versicherungsschutz besteht, teils nicht, tragen wir nur den Teil der angefallenen Kosten, der dem Verhältnis des Wertes des gedeckten Teils zum Gesamtstreitwert (Quote) entspricht. In den Fällen des § 2 h) bis j) sowie n) 1) bis 3) richtet sich der von uns zu tragende Kostenanteil nach Gewichtung und Bedeutung der einzelnen Vorwürfe im Gesamtzusammenhang;
- j) die Umsatzsteuer, soweit Sie zum Vorsteuerabzug berechtigt sind.
- (4) Wir zahlen in jedem Versicherungsfall höchstens die in unserem Vertrag vereinbarte Versicherungssumme.
Zahlungen für Sie selbst und für mitversicherte Personen in demselben Versicherungsfall rechnen wir zusammen. Dies gilt auch für Zahlungen aufgrund mehrerer Versicherungsfälle, die zeitlich und ursächlich zusammenhängen.
- (5) Wir sorgen
- a) für die Übersetzung der Unterlagen, wenn dies notwendig ist, um Ihre rechtlichen Interessen im Ausland wahrzunehmen. Wir übernehmen dabei auch die Kosten, die für die Übersetzung anfallen;
- b) für die Zahlung einer Kaution, wenn nötig, um Sie vorübergehend von Strafverfolgungsmaßnahmen zu verschonen. Dies geschieht in Form eines zinslosen Darlehens bis zu der in unserem Vertrag vereinbarten Höhe;
- c) für die Auswahl und Beauftragung eines Dolmetschers, wenn Sie, Ihr mitversicherter Lebenspartner oder Ihre mitversicherten Kinder im Ausland verhaftet oder mit Haft bedroht werden, und tragen auch die hierfür anfallenden Kosten; ferner benachrichtigen wir in diesen Fällen von Ihnen benannte Personen und bei Bedarf diplomatische Vertretungen;
- d) auf Ihren Wunsch für die Aufbewahrung von Kopien wichtiger privater Unterlagen und privater Dokumente, um im Notfall schnell Ersatz beschaffen zu können. Voraussetzung ist, dass Sie uns die Kopien rechtzeitig, das heißt mindestens vierzehn Tage vor der Reise zusenden.

Verlieren Sie, Ihr mitversicherter Lebenspartner oder Ihre mitversicherten Kinder auf einer Reise im Ausland ein für die Reise benötigtes privates Dokument, benennen wir bei Bedarf diplomatische Vertretungen und übernehmen die dort anfallenden Gebühren für die Erstellung von Ersatzdokumenten.

Reise ist jede mehrtägige Abwesenheit vom ständigen Wohnsitz bis zu einer Höchstdauer von einem Jahr.

- (6) Alle Bestimmungen, die den Rechtsanwalt betreffen, gelten
- a) im Steuer-Rechtsschutz (siehe § 2 e) auch für Angehörige der steuerberatenden Berufe (Beispiel: Steuerberater);
 - b) in Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit sowie im Beratungs-Rechtsschutz im Familien-, Lebenspartnerschafts- und Erbrecht (§ 2 k) Absatz 1 und 2 für Notare;
 - c) im Ausland auch für dort ansässige rechts- und sachkundige Bevollmächtigte.

Prämienfaktoren ARAG Existenz-Schutz (Nichtraucher- und Rauchertarif)

Wie sich ihre altersangepassten Beiträge in Zukunft entwickeln, können Sie anhand der Beitragstabelle und der unten genannten Beispielrechnung errechnen

- Vereinbarte Rentendauer: Lebenslang, ohne Leistungsdynamik
- Ihre aktueller Jahresbeitrag Alter 35: 109,09 Euro
- Prämienfaktor bei Alter 35: 0,808
- Prämienfaktor bei Alter 60: 4,279
- Rechenweg:
 $\text{Jahresbeitrag/Prämienfaktor „35“} \times \text{Prämienfaktor „60“}$
 $109,09 \text{ Euro} / 0,808 \times 4,279 = 577,72 \text{ Euro}$
 Beitragsabweichungen durch Rundungen sind möglich!

Jahresbeitrag je 1.000 Euro monatliche Rente (inklusive 19 % Versicherungssteuer)

Dauer der Rentenzahlung: Lebenslang			Dauer der Rentenzahlung: bis 67 Jahre		
Alter	Ohne Leistungsdynamik	1,5 % Leistungsdynamik	Alter	Ohne Leistungsdynamik	1,5 % Leistungsdynamik
18	0,593	0,691	18	0,608	0,704
19	0,605	0,701	19	0,619	0,713
20	0,614	0,707	20	0,627	0,719
21	0,621	0,711	21	0,633	0,721
22	0,626	0,713	22	0,637	0,722
23	0,631	0,714	23	0,641	0,722
24	0,632	0,710	24	0,641	0,717
25	0,641	0,715	25	0,649	0,721
26	0,648	0,718	26	0,655	0,722
27	0,659	0,726	27	0,665	0,728
28	0,665	0,727	28	0,669	0,728
29	0,673	0,730	29	0,675	0,729
30	0,682	0,735	30	0,684	0,733
31	0,703	0,752	31	0,706	0,752
32	0,716	0,760	32	0,718	0,759
33	0,751	0,790	33	0,755	0,792
34	0,781	0,816	34	0,784	0,817
35	0,808	0,839	35	0,809	0,837
36	0,839	0,865	36	0,839	0,863
37	0,866	0,887	37	0,863	0,882
38	0,908	0,923	38	0,905	0,919
39	0,964	0,971	39	0,965	0,972
40	1,000	1,000	40	1,000	1,000
41	1,046	1,039	41	1,044	1,038
42	1,086	1,072	42	1,083	1,070
43	1,164	1,140	43	1,161	1,140
44	1,247	1,212	44	1,243	1,214
45	1,359	1,310	45	1,361	1,321
46	1,443	1,382	46	1,443	1,393
47	1,541	1,468	47	1,537	1,478
48	1,660	1,573	48	1,654	1,584
49	1,794	1,691	49	1,783	1,701

Dauer der Rentenzahlung: Lebenslang			Dauer der Rentenzahlung: bis 67 Jahre		
Alter	Ohne Leistungsdynamik	1,5 % Leistungsdynamik	Alter	Ohne Leistungsdynamik	1,5 % Leistungsdynamik
50	1,971	1,847	50	1,965	1,865
51	2,117	1,975	51	2,102	1,989
52	2,269	2,109	52	2,242	2,115
53	2,476	2,293	53	2,435	2,290
54	2,687	2,479	54	2,628	2,463
55	2,912	2,679	55	2,827	2,644
56	3,138	2,878	56	3,015	2,812
57	3,375	3,088	57	3,190	2,967
58	3,642	3,323	58	3,322	3,079
59	3,976	3,615	59	3,504	3,234
60	4,279	3,882	60	3,624	3,334
61	4,608	4,172	61	3,740	3,428
62	4,943	4,471	62	3,796	3,473
63	5,398	4,879	63	3,868	3,524
64	5,843	5,273	64	3,847	3,504
65	6,366	5,730	65	3,013	2,745
66	6,928	6,231	66	2,563	2,335