



# **ARAG Unfall-Schutz (AUS 2016)**

Unfallversicherung (AUB 2016)  
Unfall-Schutzbrief, Alltagshelfer,  
Alltagshelfer Plus (USB 2016)

Versicherteninformation und Bedingungen

Stand 01.2016

# ARAG Unfall-Schutz 2016 – Leistungsübersicht

Zeichenerklärung

● mitversichert

○ versicherbar

– nicht versichert

Geltungsbereich, Unfallbegriff	Basis	Komfort	Premium	Nr.
<b>Geltungsbereich</b>				
Weltweit, 24 Stunden	●	●	●	A Ziff. 1.2
<b>Unfallbegriff</b>				
Allgemeiner Unfallbegriff	●	●	●	A Ziff. 1.3
Vergiftung durch Gase, Dämpfe, Dünste, Stäube oder Säuren	●	●	●	B Ziff. 1.1
Gesundheitsschäden durch Erfrierungen	●	●	●	B Ziff. 1.2
Gesundheitsschäden durch Ertrinken bzw. Erstickungstod unter Wasser	●	●	●	B Ziff. 1.2
Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Atemluft	●	●	●	B Ziff. 1.3
Tauchtypische Gesundheitsschäden	●	●	●	B Ziff. 1.4
Rettung/Verteidigung von Personen, Tieren oder Sachen	●	●	●	B Ziff. 1.5
Gesundheitsschäden durch Höhenkrankheit	–	–	●	D Ziff. 1.1
Gesundheitsschäden durch Sonnenbrand, Sonnenstich	–	–	●	D Ziff. 1.2
Gesundheitsschäden durch Hitzschlag	–	–	●	D Ziff. 1.3
Verrenkung Gelenk, Zerrung/Zerreißen Muskel, Sehnen, Bänder, Kapseln durch erhöhte Kraftanstrengung	●	●	●	A Ziff. 1.4
Verrenkung Gelenk, Zerrung/Zerreißen Muskel, Sehnen, Bänder, Kapseln durch Eigenbewegung (bis zum 67. Lebensjahr)	–	–	●	D Ziff. 1.4

Invalidität	Basis	Komfort	Premium	Nr.
<b>Fristen Unfallmeldung, Invaliditätsfeststellung, -anmeldung</b>				
15/24/24 Monate	●	–	–	A Ziff. 2.1.1.2 + 3.
18/24/24 Monate	–	●	–	C Ziff. 4.1
24/36/36 Monate	–	–	●	D Ziff. 4.1
Fristenunterbrechung bei Verschulden durch den behandelnden Arzt	–	–	●	D Ziff. 4.2
<b>Invaliditätsgrade für Verlust oder Funktionsunfähigkeit</b>				
Arm	70 %	80 %	85 %	
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %	75 %	80 %	
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %	70 %	75 %	
Hand	55 %	65 %	70 %	
Sämtliche Finger einer Hand	55 %	65 %	70 %	
Daumen	20 %	30 %	35 %	
Zeigefinger	10 %	20 %	25 %	
anderer Finger	5 %	10 %	15 %	
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %	80 %	85 %	A Ziff. 2.1.2.2.1
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %	70 %	75 %	C Ziff. 2.1
Bein bis unterhalb des Knies	50 %	60 %	65 %	D Ziff. 4.1
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %	55 %	60 %	
Fuß	40 %	50 %	55 %	
große Zehe	5 %	15 %	20 %	
andere Zehe	2 %	5 %	10 %	
Auge	50 %	60 %	65 %	

<b>Invalidität</b>	<b>Basis</b>	<b>Komfort</b>	<b>Premium</b>	<b>Nr.</b>
Gehör auf einem Ohr	30 %	40 %	45 %	
Geruchssinn	10 %	15 %	20 %	
Geschmackssinn	5 %	15 %	20 %	
Sprachvermögen	individuelle Feststellung	100 %	100 %	
eine Niere	individuelle Feststellung	25 %	30 %	
Milz	individuelle Feststellung	10 %	15 %	
Gallenblase	individuelle Feststellung	10 %	15 %	
Magen	individuelle Feststellung	20 %	25 %	
Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm	individuelle Feststellung	25 %	30 %	
ein Lungenflügel	individuelle Feststellung	50 %	55 %	
<b>Zusatzhilfe (eigenständige Leistung)</b>				
Zusatzhilfe bei Brustkrebs, Hodenkrebs, Gebärmutterhalskrebs, Eierstockkrebs oder Gehirntumor bis 10 Prozent der Invaliditätssumme, bis zum 67. Lebensjahr	-	-	bis 10.000 €	D Ziff. 1.5
<b>Progressionsmodelle</b>				
225 Prozent (bis zum 75. Lebensjahr versicherbar)	o	o	o	H Ziff. 1
350 Prozent (bis zum 67. Lebensjahr versicherbar)	o	o	o	H Ziff. 2
500 Prozent (bis zum 67. Lebensjahr versicherbar)	o	o	o	H Ziff. 3
<b>Integralfranchise</b>				
vertraglicher Leistungsanspruch, wahlweise, erst ab 15 Prozent oder 25 Prozent)	o	o	o	I Ziff. 1

<b>Unfallrente (sofern vereinbart)</b>	<b>Basis</b>	<b>Komfort</b>	<b>Premium</b>	<b>Nr.</b>
Lebenslange Unfallrente ab 50 Prozent Invaliditätsgrad	o	o	o	J Ziff. 1.1
Fortführung der Rente bei Tod während der Rentenbezugszeit an die Hinterbliebenen (Rentengarantie für die Unfallrente ab 50 Prozent Invaliditätsgrad)	bis Ablauf Versicherungsjahr	bis 60. Lebensj., min. 10 Jahre	bis 60. Lebensj., min. 10 Jahre	J Ziff. 1.4
Unfallrente Plus (zusätzlich bis 200 Prozent; bis 67. Lebensjahr)	o	o	o	J Ziff. 2

<b>Frakturengeld, Soforthilfe, Übergangsleistung (sofern vereinbart)</b>	<b>Basis</b>	<b>Komfort</b>	<b>Premium</b>	<b>Nr.</b>
<b>Übergangsleistung</b>				
100 Prozent Leistung nach sechs Monaten bei 50 Prozent Beeinträchtigung	o	o	o	A Ziff. 2.2
100 Prozent Leistung nach drei Monaten bei 100 Prozent Beeinträchtigung	●	●	●	E Ziff. 1
<b>Soforthilfe bei Schwerstverletzung</b>				
Soforthilfe in Höhe der vereinbarten Übergangsleistung bei bestimmten Verletzungen	●	●	●	E Ziff. 2
Keine Anrechnung der Soforthilfe auf die Übergangsleistung	●	●	●	E Ziff. 2
Soforthilfe bei Oberschenkelhalsfraktur (in Prozent der Übergangsleistung)	30 %	30 %	30 %	E Ziff. 3
Soforthilfe bei sonstigen Frakturen (in Prozent der Übergangsleistung)	5 %	5 %	5 %	E Ziff. 3
Soforthilfe bei Bänderrissen (in Prozent der Übergangsleistung)	1 %	1 %	1 %	E Ziff. 3

<b>Unfall-Krankenhaustagegeld</b> (sofern vereinbart)	<b>Basis</b>	<b>Komfort</b>	<b>Premium</b>	<b>Nr.</b>
<b>Krankenhaustagegeld für die Dauer der vollstationären Heilbehandlung</b>				
Leistungsdauer	5 Jahre	5 Jahre	5 Jahre	G Ziff. 1
Pauschale Entschädigung bei ambulanter Operation	3 Tagessätze	3 Tagessätze	3 Tagessätze	A Ziff. 2.3.2
Pauschale Entschädigung bei vollstationärem Krankenhausaufenthalt bis drei Tage	3 Tagessätze	3 Tagessätze	3 Tagessätze	G Ziff. 2
Verdoppelung der Entschädigung im Ausland bis 21 Tage	●	●	●	G Ziff. 3
<b>Unfall-Tagegeld (sofern zusätzlich vereinbart)</b>				
Entschädigung bei Arbeitsunfähigkeit nach Abschluss des vollstationären Krankenhausaufenthalts	o	o	o	G Ziff. 4.1
Leistungsdauer	max. 28 Tage	max. 28 Tage	max. 28 Tage	G Ziff. 4.2
Zahlung auch bei vorzeitiger Wiederaufnahme der Tätigkeit aus Pflichtgefühl	●	●	●	G Ziff. 4.3

<b>Todesfall-Leistung</b> (sofern vereinbart)	<b>Basis</b>	<b>Komfort</b>	<b>Premium</b>	<b>Nr.</b>
Leistungen bei Unfalltod	●	●	●	A Ziff. 2.4
Anspruch auf Todesfall-Leistung auch bei unfallbedingtem Tod im zweiten Jahr	●	●	●	F Ziff. 1
Anspruch bereits nach Tod-Erklärung (Verschollenheitsgesetz)	●	●	●	F Ziff. 2
Zusätzliche Versorgungsleistung für Kinder bis zum 18. Lebensjahr bei Tod des Versicherungsnehmers und/oder des Lebenspartners	Auszahlung der Todesfall-Leistung des Kindes, maximal bis zur Todesfall-Leistung der verstorbenen Person			F Ziff. 3
Verlängerte Meldefrist im Todesfall	8 Wochen	8 Wochen	8 Wochen	F Ziff. 4

<b>ARAG Reha-Manager</b>	<b>Basis</b>	<b>Komfort</b>	<b>Premium</b>	<b>Nr.</b>
Hilfe bei der Rehabilitation und notwendigen Veränderungen im beruflichen, medizinischen und privaten Bereich – Kosten für den persönlichen Reha-Manager bis	10.000 €	20.000 €	30.000 €	B Ziff. 3 C Ziff. 4.4 D Ziff. 4.5

<b>Versicherte Kosten</b>	<b>Basis</b>	<b>Komfort</b>	<b>Premium</b>	<b>Nr.</b>
Entschädigungsgrenzen für alle Kostenpositionen (sofern nachfolgend nicht etwas anderes vereinbart ist)	25.000 €	50.000 €	75.000 €	B Ziff. 2.1.1 C Ziff. 3.1.1 D Ziff. 3.1.1
Soforthilfe weltweit	1.000 €	1.000 €	1.000 €	B Ziff. 2.2
Kosmetische Operationen	●	●	●	B Ziff. 2.3
Kosmetische Operationen bei Brustkrebs (bis 67. Lebensjahr)	–	–	10.000 €	D Ziff. 3.2
Zahnersatz-/Zahnbehandlungskosten bei Verlust natürlicher Schneide- oder Eckzähne	●	●	●	B Ziff. 2.3
Zusätzlicher Verlust von Backenzähnen und/oder Zahnersatz (z. B. Brücken, Kronen, Gebissen, Implantate)	–	●	●	C Ziff. 3.2 D Ziff. 3.3
Behandlungskosten Dekompressionskammer	●	●	●	B Ziff. 2.4
Bergungskosten	●	●	●	B Ziff. 2.5
Transportkosten zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder Dekompressionskammer	●	●	●	B Ziff. 2.6
Kosten für die Krankenrückverlegung zum Wohnsitz (auch Flugrückholung)	●	●	●	B Ziff. 2.7
Mehraufwand für die Rückreise nach Abschluss der vollstationären Heilbehandlung	–	●	●	C Ziff. 3.10 D Ziff. 3.11
Mehraufwand für Rückreise mitreisender Personen	–	●	●	C Ziff. 3.11 D Ziff. 3.12

<b>Versicherte Kosten</b>	<b>Basis</b>	<b>Komfort</b>	<b>Premium</b>	<b>Nr.</b>
Bestattungs- (nur im Ausland) oder Überführungskosten zum Wohnsitz (In- oder Ausland)	●	●	●	B Ziff. 2.8
Behinderungsbedingte Mehraufwendungen (Umbau Wohnung, Pkw etc.)	-	●	●	C Ziff. 3.8 D Ziff. 3.9
Kinderbetreuung bis zu 14 Tagen (bis zum 14. Lebensjahr)	-	100 €/Tag	100 €/Tag	C Ziff. 3.3 D Ziff. 3.4
Fahrdienst für Kinder bis zu 14 Tagen (bis zum 14. Lebensjahr)	-	100 €/Tag	100 €/Tag	C Ziff. 3.4 D Ziff. 3.5
Nachhilfestunden bis zu 14 Tagen (bis zum 14. Lebensjahr)	-	100 €/Tag	100 €/Tag	C Ziff. 3.5 D Ziff. 3.6
Krankenbesuche von versicherten Kindern (bis zum 14. Lebensjahr)	-	●	●	C Ziff. 3.6 D Ziff. 3.7
Rooming-in bis zu 14 Tagen (bis zum 14. Lebensjahr)	-	100 €/Tag	100 €/Tag	C Ziff. 3.7 D Ziff. 3.8
Kurbeihilfe	-	1.500 €	5.000 €	C Ziff. 3.9 D Ziff. 3.10
Erstattung der Krankenhaus-Zuzahlung aus der gesetzlichen Krankenversicherung	-	●	●	C Ziff. 3.12 D Ziff. 3.13
Psychologische telefonische Hilfe	●	●	●	B Ziff. 2.9
Kosten für psychologische Betreuung bis zu zehn Sitzungen	-	-	●	D Ziff. 3.14

<b>Mitwirkungsanteil bei Krankheit</b>	<b>Basis</b>	<b>Komfort</b>	<b>Premium</b>	<b>Nr.</b>
Anrechnung bei > 25 Prozent Krankheit oder Gebrechen	●	-	-	A Ziff. 3.2
Anrechnung bei > 40 Prozent Krankheit oder Gebrechen	-	●	-	C Ziff. 4.2
Anrechnung bei > 60 Prozent Krankheit oder Gebrechen bis zum 67. Lebensjahr; 40 Prozent ab dem 67. Lebensjahr	-	-	●	D Ziff. 4.3

<b>Verbesserung bei den allgemeinen Ausschlüssen</b>	<b>Basis</b>	<b>Komfort</b>	<b>Premium</b>	<b>Nr.</b>
<b>Bewusstseinsstörung</b>				
Unfälle infolge alkoholbedingter Bewusstseinsstörung / Kfz < 1,1Promille	●	●	●	B Ziff. 1.6
Unfälle infolge der Einnahme von ärztliche verordneten Medikamenten	-	●	●	C Ziff. 1.1 D Ziff. 1.6
Unfälle als Folge eines Schlaganfalls oder Herzinfarkts	-	●	●	C Ziff. 1.2 D Ziff. 1.9
Unfälle als Folge eines epileptischen Anfalls oder sonstigen Krampfanfalls	-	-	●	D Ziff. 1.7
Unfälle als Folge von Übermüdung	-	-	●	D Ziff. 1.8
<b>Straftaten</b>				
Unfälle bei Fahren ohne Führerschein bei Personen unter 18 Jahren	-	-	●	D Ziff. 1.10
Unfälle durch selbstgebautes Feuerwerk bei Personen unter 18 Jahren	-	-	●	D Ziff. 1.11
<b>Krieg</b>				
Zeitliche Begrenzung bei überraschenden Kriegsereignissen (nach Einreise)	14 Tage	14 Tage	14 Tage	A Ziff. 4.1.3
<b>Fahrveranstaltung</b>				
Fahrveranstaltungen auf öffentlich zugänglichen Gokartbahnen mit Leihkarts sowie Tourenfahrten, Sternfahrten und Rallyefahrten	-	●	●	C Ziff. 1.3 D Ziff. 1.12
<b>Strahlen</b>				
Röntgen-, Laser-, Maser-, UV-Strahlung (ohne Beruf)	●	●	●	B Ziff. 1.7

## Verbesserung bei den allgemeinen Ausschlüssen

	Basis	Komfort	Premium	Nr.
<b>Heilmaßnahmen</b>				
Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper (Maniküre, Pediküre)	-	-	●	D Ziff. 1.13
<b>Infektionen</b>				
Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch eine Unfallverletzung in den Körper gelangt sind, sowie Tollwut und Wundstarrkrampf	●	●	●	A Ziff. 4.2.4
Infektionen durch Insektenstiche/-bisse oder durch Tiere verursachte Hautverletzungen	●	●	●	B Ziff. 1.8
Gesundheitsschäden durch bestimmte Infektionen: Cholera, Echinokokkose (Fuchsbandwurm), Diphtherie, Gürtelrose, Keuchhusten, spinale Kinderlähmung, Masern, Mumps, Pfeiffer-sches Drüsenfieber, Pocken/Windpocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Lepra, Tuberkulose, Tularämie (Hasenpest) und Typhus/Paratyphus	-	●	●	C Ziff. 1.4 D Ziff. 1.14
Vorbeugende Schutzimpfungen gegen die genannten Infektions-krankheiten, sofern gesetzlich vorgeschrieben und ärztlich verordnet, wenn die versicherte Person Gesundheitsschäden dadurch erleidet	-	●	●	C Ziff. 1.4 D Ziff. 1.14
Wartezeit	3 Monate	3 Monate	3 Monate	B Ziff. 1.8 C Ziff. 1.4 D Ziff. 1.14
<b>Vergiftung</b>				
Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund, bei Personen bis	bis 14 Jahre	bis 18 Jahre	bis 18 Jahre	A Ziff. 4.2.5 C Ziff. 1.6 D Ziff. 1.16
Gesundheitsschäden durch Nahrungsmittelvergiftungen	-	●	●	C Ziff. 1.5 D Ziff. 1.15
<b>Psychische Reaktion</b>				
Unfallbedingte psychische und nervöse Störungen (mit organischer Ursache)	-	-	●	D Ziff. 1.17
<b>Bauch- und Unterleibsbrüche</b>				
Bauch- und Unterleibsbrüche durch erhöhte Kraftanstrengung (bis zum 75. Lebensjahr)	-	●	●	C Ziff. 1.7 D Ziff. 1.18
Bauch- und Unterleibsbrüche durch Eigenbewegung (bis zum 67. Lebensjahr)	-	-	●	D Ziff. 1.19

## Rechtsschutz-Leistung der ARAG SE

	Basis	Komfort	Premium	Nr.
ARAG Online Rechts-Service (AORS)	●	●	●	Police
ARAG JuraTel	●	●	●	Police
Opfer-Rechtsschutz	●	●	●	Police
Schadenersatz-Rechtsschutz nach einem Unfall	●	●	●	Police
Patienten-Rechtsschutz nach Behandlungsfehlern	●	●	●	Police
Beratungs-Rechtsschutz für Vorsorgevollmacht, Patienten- und Sorgerechtsverfügung	●	●	●	Police
Beratungs-Rechtsschutz im Familien-, Lebenspartnerschafts- und Erbrecht	●	●	●	Police
Beratungs-Rechtsschutz zur Testamentserstellung	●	●	●	Police
Sozial-Rechtsschutz	●	●	●	Police

<b>Altersanpassung/Änderung Beruf oder Beschäftigung</b>	<b>Basis</b>	<b>Komfort</b>	<b>Premium</b>	<b>Nr.</b>
<b>Altersanpassung Personen 0 bis 18 Jahre</b>				
Umstellung Kind-/Erwachsenentarif (≥ 18 Jahre); mit Beitrag/Summe Wahlrecht	●	●	●	A Ziff. 5.1
Verlängerung Umstellung Kind-/Erwachsenentarif (≥ 25 Jahre)	-	-	●	D Ziff. 4.6
<b>Änderung Beruf oder Beschäftigung</b>				
Keine Leistungseinschränkung bei versehentlicher Unterlassung der Meldung	-	●	●	C Ziff. 4.3 D Ziff. 4.4

<b>Beitragsfreistellung des Vertrags</b>	<b>Basis</b>	<b>Komfort</b>	<b>Premium</b>	<b>Nr.</b>
<b>Beitragsfreistellung Kinder</b>				
Bei Tod des Versicherungsnehmers bis zum 18. Lebensjahr des Kinds	●	●	●	A Ziff. 10.7.1
Erweiterung auf Pflegestufe II und Invalidität ab 50 Prozent, maximal bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres des Versicherungsnehmers	-	●	●	C Ziff. 4.5 D Ziff. 4.7
Erweiterte Beitragsfreistellung bis zum 25. Lebensjahr der mitversicherten Kinder	-	-	●	D Ziff. 4.7.2
Beitragsfreistellungsvoraussetzungen gelten auch bei Tod, Pflegestufe II oder Invalidität von mindestens 50 Prozent des mitversicherten Partners	-	●	●	C Ziff. 4.5 D Ziff. 4.7
<b>Beitragsfreistellung Erwachsene</b>				
Bei Tod des Versicherungsnehmers bis zum zweiten nachfolgenden Ablauftermin (maximal bis zum 60. Lebensjahr der versicherten Person)	-	●	●	C Ziff. 4.5 D Ziff. 4.7
Erweiterung auf Pflegestufe II und Invalidität ab 50 Prozent	-	●	●	C Ziff. 4.5 D Ziff. 4.7

<b>Vorsorgeversicherung für neu hinzukommende Personen</b>	<b>Basis</b>	<b>Komfort</b>	<b>Premium</b>	<b>Nr.</b>
50.000 € Invalidität/10.000 € Todesfall-Leistung	●	●	●	K Ziff. 1

<b>Anpassungsgarantie</b>	<b>Basis</b>	<b>Komfort</b>	<b>Premium</b>	<b>Nr.</b>
ARAG Leistungsgarantie gegenüber den GDV-Musterbedingungen	●	●	●	A Ziff. 18
Künftige Leistungsverbesserungen (Update-Garantie) bei beitragsfreien Bedingungsanpassungen	●	●	●	A Ziff. 19

<b>Vertragsdauerabhängige beitragsfreie Erhöhung der Versicherungssummen</b>	<b>Basis</b>	<b>Komfort</b>	<b>Premium</b>	<b>Nr.</b>
Leistungsbonus (Geschäftsbericht)	●	●	●	L Ziff. 1

# ARAG Unfall-Schutzbrief, Alltagshelfer, Alltagshelfer Plus 2016 – Leistungsübersicht

Zeichenerklärung

● mitversichert

○ versicherbar

– nicht versichert

Versicherte Ereignisse	Unfall-Schutzbrief	Alltagshelfer	Alltagshelfer Plus	Nr.
<b>Leistungen nach einem Unfall</b>	●	●	●	Ziff. 1.1
• Leistungsdauer ab Datum des Unfallereignis bis	9 Monate	9 Monate	9 Monate	Ziff. 2.2
<b>Hilfeleistung bei ambulanten Operationen oder vollstationären Krankenhausbehandlung</b>	–	●	●	Ziff. 1.2
• <b>Versicherte bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres:</b> Leistungsdauer ab Datum der ambulanten Operation bis	–	1 Monat	1 Monat	Ziff. 2.2
• <b>Versicherte bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres:</b> Leistungsdauer ab Datum des vollstationären Krankenhausaufenthalts bis ... nach der Entlassung	–	1 Monat	1 Monat	Ziff. 2.2
• <b>Versicherte ab 67 Jahren:</b> Leistungsdauer ab Datum der ambulanten Operation bis zu	–	10 Tage	10 Tage	Ziff. 2.2
• <b>Versicherte ab 67 Jahren:</b> Leistungsdauer ab Datum des vollstationären Krankenhausaufenthalts bis zu ... nach der Entlassung	–	10 Tage	10 Tage	Ziff. 2.2
<b>Leistung bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit von mindestens 8 Kalendertagen</b>	–	–	●	Ziff. 1.3
• <b>Versicherte bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres:</b> Leistungsdauer ab Datum der Arbeitsunfähigkeit, bis zu ... pro Fall, maximal dreimal je Versicherungsjahr	–	–	20 Tage	Ziff. 2.2
• <b>Versicherte ab 67 Jahren:</b> Leistung ab Datum der Krankheit, bis zu einmal je Versicherungsjahr	–	–	10 Tage	Ziff. 2.2
<b>Geburt eines Kindes</b> von einer im Haushalt lebenden Personen Leistungen: Täglicher Menüservice, Einkäufe und Besorgungen, Wäscheservice, Wohnungsreinigung, Kinder- und Haustierbetreuung, psychologische telefonische Erstberatung	–	●	●	Ziff. 1.4.1
Leistungszeitraum ab Datum der Entbindung bis	–	14 Tage	14 Tage	Ziff. 2.2
<b>Todesfall in der Familie</b> Leistungen: Täglicher Menüservice, Einkäufe und Besorgungen, Wäscheservice, Wohnungsreinigung, Kinder- und Haustierbetreuung, psychologische telefonische Erstberatung	–	●	●	Ziff. 1.4.2
Leistungszeitraum ab Todesfalldatum	–	14 Tage	14 Tage	Ziff. 2.2
<b>Leistung bei gewerkschaftlich organisierten Streik</b> bei den öffentlichen Verkehrsmitteln, öffentlichen Kindertagesstätten, Pflegeheim oder Krankenhäuser Aufwandsentschädigung mit Nachweis (z.B. Taxirechnung)	–	–	50 Euro/Tag maximal 5 Tage je Versicherungsjahr	Ziff. 1.4.3

Rechtsschutz-Leistungen der ARAG SE	Unfall-Schutzbrief	Alltagshelfer	Alltagshelfer Plus	Nr.
ARAG Online Rechts-Service (AORS)	●	●	●	Police
ARAG JuraTel	●	●	●	Police
Opfer-Rechtsschutz	●	●	●	Police
Schadenersatz-Rechtsschutz nach einem Unfall	●	●	●	Police
Patienten-Rechtsschutz nach Behandlungsfehlern	●	●	●	Police
Beratungs-Rechtsschutz für Vorsorgevollmacht, Patienten- und Sorgerechtsverfügung	●	●	●	Police
Beratungs-Rechtsschutz im Familien-, Lebenspartnerschafts- und Erbrecht	●	●	●	Police
Beratungs-Rechtsschutz zur Testamentserstellung	●	●	●	Police
Sozial-Rechtsschutz	●	●	●	Police

## Versicherte Hilfs- und Pflegeleistungen (Organisation und Kostenerstattung)

Anspruchsvoraussetzungen	Unfall	Ambulante OP Krankenhaus	Arbeits- unfähigkeit	Geburt Todesfall	Nr.
Versorgungleistungen für verletzte oder erkrankten Person					
Täglicher Menüservice	●	●	●	●	Ziff. 3.1
Einkaufsdienst (1 mal wöchentlich)	●	●	●	●	Ziff. 3.2
Versorgung der Wäsche (1 mal wöchentlich)	●	●	●	●	Ziff. 3.3
Reinigung der Wohnung (1 mal wöchentlich)	●	●	●	●	Ziff. 3.4
Installation einer Hausnotrufanlage	●	●	●	–	Ziff. 3.5
Begleitung zu Arzt- und Behördengängen (bis 7 mal pro Woche)	●	●	●	–	Ziff. 3.6
Fahrdienste zur Krankengymnastik und zu Therapien (bis 7 mal pro Woche)	●	●	●	–	Ziff. 3.7
Sonstige notwendige Hilfeleistungen bis 1.000 Euro	●	–	–	–	Ziff. 3.8
Tägliche persönliche Grundpflege (Körperpflege, An- und Auskleiden, Lagern, Betten, Nahrungsmittelzubereitung, -aufnahme, Notdurft)	●	●	●	–	Ziff. 3.9.1
Hilfe und Pflege eines pflegebedürftigen Partners/Verwandten ersten Grades (Verhinderungspflege)	●	●	●	–	Ziff. 3.10
Pflegeberatung (Info gesetzliche Pflegeversicherung, Beratung, Auswahl, Anschaffung, Hilfsmittel)	●	●	●	–	Ziff. 3.9.2
Pfleges Schulung für Angehörigen (einmalig)	●	●	●	–	Ziff. 3.9.3

## Versicherte Kosten bis insgesamt maximal 30.000 Euro

Anspruchsvoraussetzungen	Unfall	Ambulante OP Krankenhaus	Arbeits- unfähigkeit	Geburt Todesfall	Nr.
ARAG Soforthilfe weltweit bis 1.000 Euro	●	–	–	–	Ziff. 4.2
Kinderbetreuung bis zu 14 Tagen (bis 100 Euro pro Tag)	●	●	●	●	Ziff. 4.3
Fahrdienst für Kinder bis zu 14 Tagen (bis 100 Euro pro Tag)	●	●	●	–	Ziff. 4.4
Nachhilfestunden bis zu 14 Tagen (bis 100 Euro pro Tag)	●	●	●	–	Ziff. 4.5
Kosten für Krankenbesuch versicherter Kindern (bis zum 14. Lebensjahr)	●	●	●	–	Ziff. 4.6
Rooming-In Kosten bis zu 14 Tagen (bis zum 14. Lebensjahr)	●	●	●	–	Ziff. 4.7
Haustierunterbringung/Haustierbetreuung bis zu 14 Tagen (bis 100 Euro pro Tag)	●	●	●	●	Ziff. 4.8
Winter-/Streudienste, sofern zur Verkehrssicherungspflicht notwendig (bis 100 Euro pro Woche)	●	●	●	–	Ziff. 4.9
Gartenpflege (bis 100 Euro pro Woche)	●	●	●	–	Ziff. 4.10
Kleine hausmeisterliche Tätigkeiten (bis 500 Euro)	●	●	●	–	Ziff. 4.11
Briefkastenleerung (1 mal wöchentlich, bis 100 Euro)	●	●	●	–	Ziff. 4.12
Psychologische, telefonische Hilfe	●	●	●	●	Ziff. 4.13
Beratung für behindertengerechtes Wohnen, Umzug und Fahrzeugumbau	●	●	●	–	Ziff. 4.14
Reisepreiserstattung für die versicherte Person und Mitreisende bis zu 50 % der Gesamtreisekosten, max. 1.000 Euro	●	–	–	–	Ziff. 4.15
Transportkosten zum Krankenhaus, Spezialklinik und Dekompressionskammer	●	–	–	–	Ziff. 4.16
Krankenrücktransport (inkl. Übernachtungskosten)	●	–	–	–	Ziff. 4.17
Mehraufwand für die Rückkehr der verletzten Person nach vollstationärer Heilbehandlung zum Wohnsitz	●	–	–	–	Ziff. 4.18
Mehraufwand für die Rückkehr mitreisender Personen	●	–	–	–	Ziff. 4.19
Mehraufwand für außerplanmäßige Rückreise von Gepäck und Haustieren	●	–	–	–	Ziff. 4.20
Such-, Rettungs- und Bergungskosten	●	–	–	–	Ziff. 4.21
Überführungs- (In- und Ausland) und Bestattungskosten (Ausland)	●	–	–	–	Ziff. 4.22

## Versicherte Kosten bis insgesamt maximal 30.000 Euro

Anspruchsvoraussetzungen	Unfall	Ambulante OP Krankenaus	Arbeits- unfähigkeit	Geburt Todesfall	Nr.
Kosten für Arzneimittel- und Brillenversand	●	-	-	-	Ziff. 4.23/24
Ersatz der Kosten für Schadenmeldung aus dem Ausland bis 25 Euro	●	-	-	-	Ziff. 4.25

## Reha-Management

Anspruchsvoraussetzungen	Unfall	Ambulante OP Krankenaus	Arbeits- unfähigkeit	Geburt Todesfall	Nr.
<b>Leistungsdauer bis zu 3 Jahre; maximal bis insgesamt 30.000 Euro. Voraussetzung ist eine voraussichtliche Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 25%</b>	●	●	●	-	Ziff. 5.1 Ziff. 5.3 Ziff. 5.4
Persönliche Reha-Betreuung, -Begleitung, -Beratung, -Unterstützung im medizinischen, beruflichen und privaten Bereich	●	●	●	-	Ziff. 5.2
Kontinuierliche Überwachung des gesamten Heilungsprozesses Koordination der Versorgungsmaßnahmen, Bedürftigkeitsprüfung für gegebenenfalls mitversicherte Hilfs- und Pflegeleistungen	●	●	●	-	Ziff. 5.2
Informationsdienstleistungen (Behindertensport, Selbsthilfegruppen, behindertengerechtes Bauen/Umbauen, Verbände und Institutionen, soziale Einrichtungen, Möglichkeiten einer betreuten Rückkehr ins eigene Heim etc.)	●	●	●	-	Ziff. 5.2

## Serviceleistung (Benennung von Dienstleistern)

<b>Notwendige versicherte Ereignisse</b>	Keine	Ziff. 6
<b>Benennung von Dienstleistern</b> (keine Beauftragung und Kostenübernahme) <b>zum Thema:</b>	●	Ziff. 6.1
• Rechtsberatung	Fachanwalts aus dem ARAG Anwaltsnetzwerk	Ziff. 6.1
• Versorgungleistungen für verletzte oder erkrankten Person	Menüservice, Pflegekräfte, Fahrdienste	Ziff. 6.1
• Versorgung des Haushalts	Einkaufs-, Wäsche- und Wohnungsreinigungsdienste	Ziff. 6.1
• Hausmeisterdienste	Hausmeisterdienstleistungen	Ziff. 6.1
• Beratung über Pflege	●	Ziff. 6.1
• Betreuung von im Haushalt lebenden Personen über 18 und Kindern	●	Ziff. 6.1
• Beratung über technische Hilfsmittel	●	Ziff. 6.1
• Hilfe auf Reisen	●	Ziff. 6.1
• technische Hilfsmittel im Haushalt	●	Ziff. 6.1
Informationen über die Möglichkeit einer ärztlichen Versorgung (In- und Ausland)	●	Ziff. 6.2
Information über einen niedergelassenen Arzt/Vermittlung eines niedergelassenen Arztes (In- und Ausland)	●	Ziff. 6.3
Kontaktherstellung Hausarzt zum behandelnden Arzt (In- und Ausland)	●	Ziff. 6.4
Benachrichtigung von Angehörigen, Arbeitgeber, sonstigen Personen (In- und Ausland)	●	Ziff. 6.5
Beratung für behindertengerechtes Wohnen, Umzug und Fahrzeugumbau	●	Ziff. 6.6

# Inhaltsverzeichnis

Sie sind, als Versicherungsnehmer, unser Vertragspartner. Versicherte Person können Sie oder ein anderer sein. Wir, als Versicherer, erbringt die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Die Leistungen und Leistungsarten, die vereinbart werden können, werden im ARAG Unfall-Schutz beschrieben. Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungen und Leistungsarten sowie die Versicherungssummen/Entschädigungsgrenzen ergeben sich aus dem Versicherungsschein

ARAG Unfall-Schutz 2016 – Leistungsübersicht .....	2
ARAG Unfall-Schutzbrief, Alltagshelfer, Alltagshelfer Plus 2016 – Leistungsübersicht.....	8
Inhaltsverzeichnis.....	11
Versicherteninformation ARAG Unfall-Schutz (AUS 2016) gemäß § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung (VVG-Info) .....	12
ARAG Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2016).....	15
Teil A Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen .....	15
Teil B Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung „Basis“ .....	28
Teil C Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung „Komfort“ .....	32
Teil D Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung „Premium“ .....	37
Teil E Besondere Bedingungen für Frakturergeld, Soforthilfe, Übergangsleistung – falls vereinbart .....	44
Teil F Besondere Bedingungen für die Todesfall-Leistung – falls vereinbart .....	45
Teil G Besondere Bedingungen für das Unfall-Krankenhaustagegeld – falls vereinbart .....	46
Unfall-Tagegeld (Ergänzung zum Unfall-Krankenhaustagegeld) – falls vereinbart .....	46
Teil H Besondere Bedingungen für die progressive Invaliditätsstaffel (Progressionsmodelle) – falls vereinbart.....	47
Teil I Besondere Bedingungen für die Vereinbarung einer eingeschränkten Invaliditätsleistung (Integral-Franchise) – falls vereinbart.....	50
Teil J Besondere Bedingungen für die Unfallrente und Unfallrente Plus – falls vereinbart.....	51
Teil K Besondere Bedingungen für die Vorsorgeversicherung (vertragliche Zusatzleistung) .....	53
Teil L Besondere Bedingungen für die vertragsdauerabhängige Sonderzahlung im Leistungsfall (Leistungsbonus) – vertragliche Zusatzleistung .....	54
ARAG Unfall-Schutzbrief Bedingungen (USB 2016) .....	55
Unfall-Schutzbrief .....	55
Alltagshelfer .....	55
Alltagshelfer Plus.....	55
Auszug Allgemeine Rechtsschutz-Bedingungen (ARB 2016) .....	71

# Versicherteninformation ARAG Unfall-Schutz (AUS 2016)

gemäß § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung (VVG-Info)

## 1 Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers

---

Vertragspartner für Ihren Unfall-Schutz ist die  
ARAG Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft (nachfolgend: ARAG)  
ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf  
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Dr. h. c. Paul-Otto Faßbender  
Vorstand: Wolfgang Mathmann, Christian Vogée  
Sitz und Registergericht: Düsseldorf, HRB 10418  
USt-ID-Nr.: DE 811 125 216

Risikoträger für die Rechtsberatung und Rechtsschutzleistungen ist die  
ARAG SE  
ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf  
Aufsichtsratsvorsitzender: Gerd Peskes  
Vorstand: Dr. Dr. h. c. Paul-Otto Faßbender (Vors.),  
Dr. Renko Dirksen, Dr. Johannes Kathan,  
Dr. Matthias Maslaton, Werner Nicoll,  
Hanno Petersen, Dr. Joerg Schwarze  
Sitz und Registergericht: Düsseldorf, HRB 66846  
Ust-ID-Nr.: DE 119 355 995

## 2 Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

---

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

## 3 Vertragsbedingungen und wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

---

Der Unfallversicherung liegen die Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2016) in der bei Antragstellung geltenden Fassung zugrunde. Dem Unfall-Schutzbrief, dem Alltagshelfer bzw. dem Alltagshelfer Plus liegen die Unfall-Schutzbrief Bedingungen (USB 2016) in der bei Antragstellung geltenden Fassung zugrunde. Der Text der jeweils vereinbarten Bedingungen ist beigelegt.

Die Unfallversicherung versichert Sie und die im Vertrag mitversicherten Personen gegen die finanziellen Folgen einer unfallbedingten Invalidität oder eines Todesfalls. Sofern Sie es wünschen, können Sie (unter anderem) die unfallbedingten Mehraufwendungen bei einem Krankenhausaufenthalt durch ein Unfall-Krankenhaustagegeld versichern.

Der Umfang des Versicherungsschutzes richtet sich nach den individuell ausgewählten Leistungsarten (zum Beispiel Invaliditäts- und Todesfall-Leistung, Unfall-Krankenhaustagegeld, Frakturergeld, Soforthilfe/Übergangsleistungen, Unfall-Schutzbrief etc.) und Versicherungssummen.

Der Unfall-Schutzbrief unterstützt die versicherte Person, sofern diese nicht mehr in der Lage ist den Alltag wie bisher alleine zu meistern, weil Sie aufgrund eines Unfall oder, sofern vereinbart, nach einer Krankheit für die gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtung im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe bedürfen.

## 4 Gesamtpreis der Versicherung

---

Den zu entrichtenden Gesamtpreis für den angebotenen Unfall-Schutz einschließlich etwaiger Ratenzahlungszuschläge sowie der zurzeit gültigen Versicherungssteuer und die gewählte Zahlweise können Sie dem Produktinformationsblatt sowie 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 haben Sie sicherzustellen, dass das zum Einzug angegebene Konto zum Zeitpunkt der Fälligkeit die erforderliche Deckung aufweist.

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

## 7 Gültigkeitsdauer der zur Verfügung stehenden Informationen

---

An konkrete Informationen zu unseren Produkten, insbesondere hinsichtlich der genannten Beiträge, halten wir uns einen Monat gebunden.

## 8 Zustandekommen des Vertrags, Antragsbindefrist, Beginn des Versicherungsschutzes

---

Eine Antragsannahme durch uns erfolgt durch die Ausstellung eines Versicherungsscheins oder einer Annahmeerklärung. Bei einer Anfrage durch Sie (Invitatio-Antrag) erfolgt das Angebot durch uns und die Annahme des Angebots durch Ihre Annahmeerklärung.

Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt, sofern der Erstbeitrag rechtzeitig gezahlt wird (siehe Ziffer 6).

## 9 Abweichender Versicherungsschein

---

- (1) Weicht der Inhalt des Versicherungsscheins von dem in Ihren Antrag oder den getroffenen Vereinbarungen ab, gilt die Abweichung als genehmigt, wenn die Voraussetzungen des Absatzes 2 erfüllt sind und Sie nicht innerhalb eines Monats nach Zugang des Versicherungsscheins in Textform widersprechen.
- (2) Wir haben Sie bei Übermittlung des Versicherungsscheins darauf hinzuweisen, dass Abweichungen als genehmigt gelten, wenn Sie nicht innerhalb eines Monats nach Zugang des Versicherungsscheins in Textform widersprechen. Auf jede Abweichung und die hiermit verbundenen Rechtsfolgen haben wir Sie durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam zu machen.
- (3) Haben wir die Verpflichtungen nach Absatz 2 nicht erfüllt, gilt der Vertrag als mit dem Inhalt ihres Antrags geschlossen.
- (4) Eine Vereinbarung, durch die Sie darauf verzichten, den Vertrag wegen Irrtums anzufechten, ist unwirksam.

## 10 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 Gesetzbuch. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG, ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf, Telefax +49 211 963-2850,  
E-Mail [service@ARAG.de](mailto: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 Produktinformationsblatt unter Ziffer 3 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 zurückzugewähren 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.

---

## **11 Laufzeit und Beendigung des Vertrags, insbesondere durch Kündigung**

---

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

Der Unfall-Schutz kann von beiden Parteien 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. Es ist dann zum Ende des jeweils folgenden Versicherungsjahres kündbar. Kündigungen müssen dem jeweils anderen Vertragspartner drei Monate vor Ablauf der Versicherung vorliegen.

Erbringt wir eine Leistung aus diesem Vertrag, kann der Vertrag vorzeitig in Textform (zum Beispiel E-Mail, Telefax oder Brief) gekündigt werden. Die Kündigungsfrist beträgt einen Monat.

---

## **12 Anwendbares Recht/zuständiges Gericht/Kommunikationssprache**

---

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

Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gelten die inländischen Gerichtsstände gemäß §§ 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.

---

## **13 Außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren**

---

Wir sind 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  
10006 Berlin

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

---

## **14 Beschwerdegesuch bei der zuständigen Aufsichtsbehörde**

---

Eine Beschwerde des Versicherungsnehmers kann auch direkt gerichtet werden an die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht  
Graurheindorfer Str. 108  
53117 Bonn

# ARAG Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2016)

Die Bedingungen der Unfallversicherung AUB 2016 gelten, sofern Sie eine Unfallversicherung mit uns vereinbart haben (siehe Versicherungsschein).

## Teil A Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen

### Der Versicherungsumfang

---

#### 1 Was ist versichert?

##### 1.1 Versicherungsschutz bei Unfällen

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

##### 1.2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr.

##### 1.3 Allgemeiner Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein

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

##### 1.4 Erweiterter Unfallbegriff

Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder Wirbelsäule verrenkt.

Beispiel: Die versicherte Person stützt einen schweren Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.

- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.

Beispiel: Die versicherte Person zerrt sich bei einem Klimmzug die Muskulatur am Unterarm.

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

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

##### 1.5 Einschränkung unserer Leistungspflicht

Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen können wir keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen.

Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 3) und zu den Ausschlüssen (Ziffer 4).

## 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

### Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

Im Folgenden beschreiben wir verschiedene Arten von Leistungen und deren Voraussetzungen.

Es gelten immer nur die Leistungsarten und Versicherungssummen, die Sie mit uns vereinbart haben, und die in Ihrem Versicherungsschein und dessen Nachträgen genannt sind.

#### 2.1 Invaliditätsleistung

##### 2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

##### 2.1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

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

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

- 2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität  
Die Invalidität ist innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall
- eingetreten und
  - von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

- 2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität  
Sie müssen die Invalidität innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

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

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

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

- 2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr  
Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

In diesem Fall zahlen wir eine Todesfallleistung (Ziffer 2.4), sofern diese vereinbart ist.

## 2.1.2 Art und Höhe der Leistung

- 2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung  
Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalbeitrag.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingten Invaliditätsgrad.

Beispiel: Bei einer Versicherungssumme von 100.000 Euro und einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 20 Prozent zahlen wir 20.000 Euro.

- 2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung  
Der Invaliditätsgrad richtet sich
- nach der Gliedertaxe (Ziffer 2.1.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
  - ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (Ziffer 2.1.2.2.2).

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Neubemessungen der Invalidität (Ziffer 8.4).

- 2.1.2.2.1 Gliedertaxe  
Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade:

<b>Arm</b>	Arm	70 %
	Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
	Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
<b>Hand</b>	Hand	55 %
	Daumen	20 %
	Zeigefinger	10 %
	Anderer Finger	5 %

<b>Bein</b>	Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
	Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
	Bein bis unterhalb des Knies	50 %
	Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
<b>Fuß</b>	Fuß	40 %
	große Zehe	5 %
	andere Zehe	2 %
<b>Sinne</b>	Auge	50 %
	Gehör auf einem Ohr	30 %
	Geruchssinn	10 %
	Geschmackssinn	5 %

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

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 70 Prozent. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von sieben Prozent (= ein Zehntel von 70 Prozent).

#### 2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

Für andere Körperteile und Sinnesorgane richtet sich der Invaliditätsgrad danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt dauerhaft beeinträchtigt ist. Maßstab ist eine durchschnittliche Person gleichen Alters und Geschlechts.

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

#### 2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt waren. Sie wird nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 bemessen.

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad 70 Prozent. War dieser Arm schon vor dem Unfall um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität sieben Prozent (= ein Zehntel von 70 Prozent). Diese sieben Prozent Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 63 Prozent.

#### 2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

Durch einen Unfall können mehrere Körperteile oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein. Dann werden die Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten wurden, zusammengerechnet.

Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.

Beispiel: Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig (70 Prozent) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (35 Prozent). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 105 Prozent ergibt, ist die Invalidität auf 100 Prozent begrenzt.

#### 2.1.2.3 Invaliditätsleistungen bei Tod der der Versicherten Person

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

- Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (Ziffer 2.1.1.4) und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1.1 sind erfüllt.

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

## 2.2 Übergangsleistung

### 2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

#### 2.2.1.1 Die versicherte Person ist unfallbedingt

- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich,
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen,
- zu mindestens 50 Prozent in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Beeinträchtigung dauert, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen mehr als sechs Monate an.

2.2.1.2 Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von sieben Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mehr als sechs Monaten ausgehen.

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

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

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Übergangsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

### 2.3 Krankenhaustagegeld

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder
- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation.

Kuren oder Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für zwei Jahre ab dem Tag des Unfalls,
- für drei Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen.

### 2.4 Todesfall-Leistung

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall.

Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziffer 6.5.

2.4.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfallleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

## 3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

### 3.1 Krankheiten und Gebrechen

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

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

Beispiele: Krankheiten sind z. B. Diabetes oder Gelenkserkrankungen; Gebrechen sind z. B. Fehlstellungen der Wirbelsäule, angeborene Sehnenverkürzung.

### 3.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

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

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

Beispiel: Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von zehn Prozent. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 50 Prozent mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher fünf Prozent.

3.2.2 Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 Prozent, nehmen wir keine Minderung vor.

## 4 Was ist nicht versichert?

### 4.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

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

Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist.

Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:

- eine gesundheitliche Beeinträchtigung,
- die Einnahme von Medikamenten,
- Alkoholkonsum,
- Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen.

Beispiele: Die versicherte Person

- stürzt infolge einer Kreislaufstörung die Treppe hinunter.
- kommt unter Alkoholeinfluss mit dem Fahrzeug von der Straße ab.
- torkelt alkoholbedingt auf dem Heimweg von der Gaststätte und fällt in eine Baugrube.
- balanciert aufgrund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab.

Ausnahme:

Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall wurde durch ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 verursacht, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Beispiel: Die versicherte Person hatte während der Vertragslaufzeit einen Unfall mit einer Hirnschädigung. Ein neuer Unfall ereignet sich durch einen epileptischen Anfall, der auf die alte Hirnschädigung zurückzuführen ist. Wir zahlen für die Folgen des neuen Unfalls.

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

4.1.3 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Ausnahme:

Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Diese Ausnahme gilt nicht

- bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht,
- für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg,
- für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

4.1.4 Unfälle der versicherten Person

- als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, Beispiel: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger
- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs, Beispiel: Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter,
- bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind. Beispiel: Luftfotograf, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung.

4.1.5 Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen.

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

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

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

## 4.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

4.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Ausnahme:

- Ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50
- Prozent) verursacht und
- für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

4.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

4.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen.

Ausnahme:

- Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst, und
- für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

#### 4.2.4 Infektionen.

Ausnahme:

Die versicherte Person infiziert sich

- mit Tollwut oder Wundstarrkrampf,
- mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen,
- durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (Ziffer 4.2.3).

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

#### 4.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre).

Ausnahme:

Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet. Für diesen Fall gilt der Ausschluss nicht, es sei denn, die Vergiftung ist durch Nahrungsmittel verursacht.

#### 4.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Beispiele: Posttraumatische Belastungsstörung nach Beinbruch durch einen Verkehrsunfall oder Angstzustände des Opfers nach einer Straftat

#### 4.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Ausnahme:

- Sie sind durch eine gewaltsame, von außen kommende Einwirkung entstanden, und
- für die Einwirkung besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

## 5 Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif, bei Erreichung eines bestimmten Lebensjahres und bei der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

### 5.1 Umstellung des Kinder-Tarifs

5.1.1 Nach Ablauf des Versicherungsjahres (Ziffer 9.4), in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Erwachsenentarif um.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

- Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend oder
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.

5.1.2 Wir werden Sie rechtzeitig über Ihr Wahlrecht informieren. Haben Sie bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres noch keine Wahl getroffen, führen wir den Vertrag mit reduzierten Versicherungssummen fort.

### 5.2 Vertragliche Anpassung des Beitrags mit steigendem Alter

Der Beitrag steigt mit dem erreichten Alter der versicherten Person. Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das

- 60. Lebensjahr
- 67. Lebensjahr
- 75. Lebensjahr
- 80. Lebensjahr
- 85. Lebensjahr

vollendet hat, stellen wir auf den für diesen Vertrag gültigen Altersgruppen-Tarif um.

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.

Über die Anpassungen werden wir Sie rechtzeitig informieren. Auf Ihren Wunsch können Sie die Versicherungssummen zum Umstellungstermin reduzieren.

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.

### **5.3 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung**

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

Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis (unternehmensindividueller Text zur Fundstelle).

#### **5.3.1 Mitteilung der Änderung**

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

#### **5.2.2 Auswirkungen der Änderung**

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

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

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

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

## **Der Leistungsfall**

---

### **6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?**

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in Ziffer 2 geregelt.

Im Folgenden beschreiben wir Verhaltensregeln (Obliegenheiten). Sie oder die versicherte Person müssen diese nach einem Unfall beachten, denn ohne Ihre Mithilfe können wir unsere Leistung nicht erbringen.

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

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

6.3 Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen.

Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstausfall, der durch die Untersuchung entsteht.

6.4 Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

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

Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten.

Dazu kann die versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Ansonsten kann die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.

6.5 Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden.

Soweit zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich, ist uns das Recht zu verschaffen, eine Obduktion – durch einen von uns beauftragten Arzt – durchführen zu lassen.

### **7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?**

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziffer 6 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den Versicherungsschutz.

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

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

Weisen Sie nach, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

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

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

## **8 Wann sind die Leistungen fällig?**

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

### **8.1 Erklärung über die Leistungspflicht**

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

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

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

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 6.

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

### **8.2 Fälligkeit der Leistung**

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

### **8.3 Vorschüsse**

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

Beispiel: Es steht fest, dass Sie von uns eine Invaliditätsleistung erhalten. Allerdings ist die Höhe der Leistung noch nicht bestimmbar.

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.

### **8.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads**

Nach der Bemessung des Invaliditätsgrads können sich Veränderungen des Gesundheitszustands ergeben.

Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.

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

Wenn wir eine Neubemessung wünschen, teilen wir Ihnen dies zusammen mit der Erklärung über unsere Leistungspflicht mit.

Wenn Sie eine Neubemessung wünschen, müssen Sie uns dies vor Ablauf der Frist mitteilen.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits gezahlt haben, ist der Mehrbetrag mit fünf Prozent jährlich zu verzinsen.

## Die Versicherungsdauer

---

### 9 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

#### 9.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass Sie den ersten oder den einmaligen Beitrag unverzüglich, nach Ablauf von 14 Tagen, nach Zugang des Versicherungsscheins, zahlen.

#### 9.2 Dauer und Ende des Vertrags

##### 9.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

##### 9.2.2 Stillschweigende Verlängerung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht gekündigt wird. Kündigen können sowohl Sie als auch wir. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf der Vertragszeit zugehen.

##### 9.2.3 Vertragsbeendigung

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

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugehen.

#### 9.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Sie oder wir können den Vertrag kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht haben, oder wenn Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits zugegangen sein.

Wenn Sie kündigen, wird Ihre Kündigung wirksam, sobald sie uns zugeht. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird; spätestens jedoch am Ende des Versicherungsjahres. Unsere Kündigung wird einen Monat, nachdem Sie sie erhalten haben, wirksam.

#### 9.4 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

Ausnahme:

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

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

## Der Versicherungsbeitrag

---

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

#### 10.1 Beitrag und Versicherungsteuer

##### 10.1.1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode

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

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

##### 10.1.2 Versicherungsteuer

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

## **10.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag**

### **10.2.1 Fälligkeit der Zahlung**

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

### **10.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes**

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

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

### **10.2.3 Rücktritt**

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

## **10.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag**

### **10.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung**

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

### **10.3.2 Verzug**

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, geraten Sie in Verzug, auch ohne dass Sie eine Mahnung von uns erhalten haben.

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

Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist (Ziffer 10.3.3).

### **10.3.3 Zahlungsfrist**

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

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

- Die ausstehenden Beträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
- die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die nach Ziffer 10.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.

### **10.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung**

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

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

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

## **10.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat**

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

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

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

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

## **10.5 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung**

Sofern die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart ist, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate in Verzug ist.

Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen

## **10.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung**

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

## 10.7 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- Sie bei Versicherungsbeginn das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
  - die Versicherung nicht gekündigt war und
  - Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,
- gilt Folgendes:

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

10.7.2 Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

## Weitere Bestimmungen

---

### 11 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

#### 11.1 Fremdversicherung

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

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

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

#### 11.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

#### 11.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

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

### 12 Einzelkumulrisiko

Besteht für eine versicherte Person bei uns weiterer Unfallversicherungsschutz, so gilt für diese Person eine Höchstentschädigung von 1.750.000 Euro für alle Versicherungen zusammen.

### 13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

#### 13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

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

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

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

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

#### 13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

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

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

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

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine vorsätzliche,
- noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

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

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

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

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

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

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

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

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

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

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (Ziffer 10.1.1) Vertragsbestandteil.

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

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

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

### 13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

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

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

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

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

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

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

## **13.4 Anfechtung**

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

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

## **13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes**

Die Ziffern 13.1. bis 13.4 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

## **14 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?**

### **14.1 Gesetzliche Verjährung**

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

### **14.2 Aussetzung der Verjährung**

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

## **15 Welches Gericht ist zuständig?**

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

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

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

## **16 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?**

16.1 Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:

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

16.2 Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.

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

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

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

## **17 Welches Recht findet Anwendung?**

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

## **Unsere Garantien**

---

### **18 ARAG-Leistungsgarantie gegenüber den GDV-Musterbedingungen**

Wir garantieren Ihnen, dass die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen und Besonderen Bedingungen ausschließlich zu Ihrem Vorteil von den durch den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Bedingungen vom März 2014 (AUB 2014) abweichen.

### **19 Künftige Leistungsverbesserungen (Update-Garantie)**

Werden die dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen oder Besondere Bedingungen ausschließlich zu Ihrem Vorteil und ohne Beitragsänderung geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für Ihren Vertrag.

## Teil B Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung „Basis“

Haben Sie mit uns eine Unfallversicherung mit der Leistungsvariante „Basis“ vereinbart (siehe Versicherungsschein) gelten die nachfolgenden vertraglichen Vereinbarungen – Leistungsverbesserungen, Erweiterungen und Abweichungen – gegenüber den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (Teil A).

### 1 Erweiterungen des Versicherungsschutzes

#### 1.1 Vergiftungen durch Gase, Dämpfe oder Stäube

Als Unfall im Sinne von Teil A Ziffer 1.3 gelten auch Gesundheitsschädigungen durch Einwirkungen plötzlich ausströmender

- Gase,
- Dämpfe, Dünste,
- Stäube oder Säuren,

auch wenn die versicherte Person diesen Einwirkungen unbeabsichtigt und durch unabwendbare Umstände mehrere Stunden lang ausgesetzt war.

Ausgeschlossen bleiben die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung allmählich zustande kommenden Schädigungen (Berufs- und Gewerkrankheiten).

#### 1.2 Ertrinken, Ersticken oder Erfrierungen

Als Unfall im Sinne von Teil A Ziffer 1.3 gelten auch Gesundheitsschädigungen durch

- Ertrinken (bzw. Erstickungstod unter Wasser),
- Ersticken und
- Erfrieren.

#### 1.3 Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Atemluft

Als Unfall im Sinne von Teil A Ziffer 1.3 gelten auch Gesundheitsschädigungen durch den unfreiwilligen Entzug von

- Flüssigkeit,
- Nahrungsmitteln und
- Atemluft.

#### 1.4 Tauchtypische Gesundheitsschäden

Als Unfall im Sinne von Teil A Ziffer 1.3 gelten auch tauchtypische Gesundheitsschäden wie zum Beispiel Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung.

#### 1.5 Gesundheitsschäden bei der Rettung oder Verteidigung von Personen, Tieren und Sachen

Als Unfall im Sinne von Teil A Ziffer 1.3 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.

#### 1.6 Unfälle infolge alkoholbedingter Bewusstseinsstörungen

Abweichend von Teil A Ziffer 4.1.1 sind Unfälle infolge alkoholbedingter Geistes- und Bewusstseinsstörungen in den Versicherungsschutz eingeschlossen.

Unfälle beim Lenken von Kraftfahrzeugen infolge alkoholbedingter Geistes- oder Bewusstseinsstörungen sind jedoch nur mitversichert, wenn zum Unfallzeitpunkt der Blutalkoholgehalt unter 1,1 Promille liegt.

Ausgeschlossen bleiben Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, die durch oder unter Mitwirkung von nicht ärztlich verordneten Medikamenten oder Drogen verursacht wurden.

#### 1.7 Gesundheitsschäden durch Strahlen

Abweichend von Teil A Ziffer 4.2.2 sind Gesundheitsschäden durch Röntgen-, Laser- oder Maserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen versichert.

Ausgeschlossen sind Gesundheitsschädigungen, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten eintreten sowie Berufs- bzw. Gewerkrankheiten.

#### 1.8 Infektionen durch Insektenstiche, -bisse oder sonstige durch Tiere verursachte Hautverletzungen

Abweichend von Teil A Ziffer 4.2.4 besteht Versicherungsschutz beim erstmaligen Ausbruch von Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche, -bisse oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden.

Versichert sind: Borreliose, Brucellose, Enzephalitis, Fleckfieber, Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), Gelbfieber, Dreitagefieber, Malaria, Meningitis, Pest.

Versicherungsschutz besteht auch

- bei vorbeugenden Schutzimpfungen gegen die oben genannten Infektionskrankheiten, sofern diese gesetzlich vorgeschrieben oder ärztlich verordnet sind,
- bei allergischen Reaktionen als Folge von Insektenstichen.

Abweichend von Teil A Ziffer 9.1 beginnt der Versicherungsschutz für diese Infektionen erst nach einer Wartezeit von drei Monaten nach dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.  
Voraussetzung für die Leistung ist, dass der Nachweis durch einen objektiven am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht unter Beifügung der Laborbefunde erbracht wird.

## **2 Mitversicherte Kostenpositionen „Basis“**

### **2.1 Versicherung von unfallbedingten Kosten**

Ergänzend zu Teil A Ziffer 2 leisten wir nach einem gemäß den Bestimmungen dieses Vertrags definierten Unfallereignis Ersatz für die nachgewiesenen unfallbedingten Kosten, nach den im Versicherungsschein vereinbarten Besondere Bedingungen.

#### **2.1.1 Maximale Kostenerstattung**

Die Leistungen gemäß Teil B Ziffer 2.2 bis 2.9 sind insgesamt auf die im Versicherungsschein genannte Höchstentschädigungssumme je Unfallereignis begrenzt, sofern sich aus den folgenden Bestimmungen keine anderen Begrenzungen ergeben.

#### **2.1.2 Weitere Versicherungen bei uns**

Bestehen bei uns weitere Verträge für die versicherte Person, so werden die genannten Leistungen nur aus einem dieser Verträge erbracht.

#### **2.1.3 Verhältnis zu anderen Ersatzpflichtigen**

Hat ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, kann der Erstattungsanspruch uns gegenüber nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Leistet der andere Ersatzpflichtige nicht, können Sie den vollen Leistungsanspruch uns gegenüber geltend machen.

### **2.2 ARAG Soforthilfe weltweit**

Kommt die versicherte Person in Folge einer unfallbedingten Verletzung in eine unvorhersehbare besondere Notlage, zu deren Beseitigung Hilfe notwendig ist, um einen erheblichen Nachteil für ihre Gesundheit oder ihr Vermögen zu vermeiden, veranlassen wir die zumutbaren und erforderlichen Maßnahmen schnellstmöglich und tragen die hierdurch entstehenden Kosten.

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

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

### **2.3 Kosmetische Operationen/Behandlungskosten**

#### **2.3.1 Kosten für kosmetische Operationen**

##### **2.3.1.1 Voraussetzung für die Leistung**

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

Soweit Zähne betroffen sind, gehören nur Schneide- und Eckzähne zum äußeren Erscheinungsbild.

Nicht übernommen werden die Kosten für die Wiederherstellung von unfallbedingt beschädigten oder zerstörten Zahnersatz (zum Beispiel Brücken, Kronen, Gebisse und Implantate).

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 23. Lebensjahres.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

##### **2.3.1.2 Art und Höhe der Leistung**

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

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

insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme (Ziffer 2.1.1)

### **2.4 Behandlung in einer Dekompressionskammer**

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

### **2.5 Bergungskosten**

Wir erstatten 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.

## 2.6 **Transportkosten**

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

## 2.7 **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 Verletzungsbilds aber mit einer vollstationären Heilbehandlung im Ausland von mehr als 14 Tagen zu rechnen ist.

## 2.8 **Überführungs- und Bestattungskosten im Todesfall im Ausland**

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

## 2.9 **Psychologische telefonische Hilfe nach einem Unfall**

Wir vermitteln, abweichend von Teil A Ziffer 4.2.6, auf Anfrage der versicherten Person bzw. einer der versicherten Person nahestehenden Person, eine angemessene psychologische telefonische Hilfe.

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

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

Die Kosten für die telefonische psychologische Hilfe tragen wir.

# 3 **ARAG Reha-Manager**

## 3.1 **Voraussetzung für die Leistung**

Voraussetzung für die Leistung ist eine nach ärztlicher Feststellung voraussichtlich zu erwartende dauerhafte Einschränkung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 25 Prozent.

## 3.2 **Art der Leistung**

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

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

Dies geschieht durch Informationen und den Nachweis bzw. die Vermittlung fachkundiger Dienstleister sowie durch Koordination der Versorgungsmaßnahmen. Eine Haftung für die Leistung wird von der ARAG 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.

3.2.6 Weitere Leistungen bei Kindern  
Der Reha-Manager unterstützt durch Informationen, Kontakte und Vermittlung von  
• spezialisierten Kindergärten/Schulen,  
• Nachhilfebetreuungen/Tagesmüttern, Kinderkrankenschwestern,  
• Elternbegleitungen und  
• Freizeitgestaltungsmöglichkeiten  
bei versicherten Kindern, die das 18 Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

### **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 10.000 Euro je Versicherungsfall begrenzt.  
Etwaige Aufwendungen für Reha-Maßnahmen selbst werden nicht erstattet.

## **4 Zusätzliche Erweiterungen „Basis“**

### **4.1 Fristverlängerung bei der Invaliditätsleistungsanmeldung und -feststellung**

Abweichend von Teil A Ziffer 2.1.1.2 muss die Invalidität  
• innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und  
• innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall bei der ARAG geltend gemacht werden.

### **4.2 Fristverlängerung bei überraschenden Kriegsereignissen**

Abweichend von Teil A Ziffer 4.1.3 erlischt der Versicherungsschutz erst am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Kriegs oder Bürgerkriegs.

### **4.3 Geringfügig erscheinende Unfallfolgen (Versehensklausel)**

Abweichend von Teil A Ziffer 6.2 liegt bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang der unfallbedingten Gesundheitsschädigung erkennbar wird. Diese Bestimmung erweitert nicht die sonstigen vereinbarten Fristen wie zum Beispiel für den Eintritt, die ärztliche Feststellung sowie die Geltendmachung einer Invalidität.

### **4.4 Pauschale Vergütung des Verdienstauffalls**

Wird in Ergänzung zu Teil A Ziffer 6.3 bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbstständigen oder freiberuflich Tätigen der Verdienstauffall nicht konkret nachgewiesen, so wird ein pauschaler Betrag in Höhe von 500 Euro je Unfallereignis erstattet.

### **4.5 Gewährung einer Vorschussleistung vor Abschluss der Heilbehandlung**

Abweichend von Teil A Ziffer 8.3 können Sie einen Vorschuss vor Abschluss des Heilverfahrens innerhalb eines Jahres nach dem Unfall auch dann beanspruchen, wenn keine Todesfallsumme vereinbart wurde.

## **5 Kündigung bei Pflegebedürftigkeit**

### **5.1 Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers**

Wird bei der versicherten Person eine dauernde Schwer- oder Schwerstpflegebedürftigkeit im Sinne der sozialen Pflegeversicherung (§§ 14, 15 SGB XI) ärztlich festgestellt, so können Sie rückwirkend zum Zeitpunkt der Feststellung kündigen.

### **5.2 Beitragsrückerstattung**

Wir erstatten den Beitrag für die betroffene Person ab dem Zeitpunkt der Feststellung.

## Teil C Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung „Komfort“

Haben Sie mit uns eine Unfallversicherung mit der Leistungsvariante „Komfort“ vereinbart (siehe Versicherungsschein) gelten die nachfolgenden vertraglichen Vereinbarungen – Leistungsverbesserungen, Erweiterungen und Abweichungen – gegenüber den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (Teil A) sowie den Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung „Basis“ (Teil B).

### 1 Erweiterungen des Versicherungsschutzes (Ergänzungen zur Unfallversicherung „Basis“)

#### 1.1 Unfälle infolge der Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten

Abweichend von Teil A Ziffer 4.1.1 sind Unfälle aufgrund der Einnahme ärztlich verordneter Medikamente eingeschlossen. Ausgeschlossen bleiben Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, die durch Medikamentenmissbrauch oder durch nicht ärztlich verordnete Medikamente und Drogen verursacht wurden.

#### 1.2 Unfälle als Folge eines Schlaganfalls oder Herzinfarkts

Abweichend von Teil A Ziffer 4.1.1 besteht Versicherungsschutz für Unfälle infolge von Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, wenn diese unmittelbar durch einen Schlaganfall oder einen Herzinfarkt verursacht wurden. Versichert sind die daraus resultierenden Unfallfolgen. Die durch den eigentlichen Schlaganfall oder Herzinfarkt hervorgerufenen Gesundheitsschäden sind nicht versichert.

#### 1.3 Unfälle bei Fahrveranstaltungen

Abweichend von Teil A Ziffer 4.1.5 besteht Versicherungsschutz für Unfälle mit Motorfahrzeugen bei Tourenfahrten, Sternfahrten und Rallyefahrten, bei denen es allein um die Einhaltung einer Durchschnittsgeschwindigkeit geht. Versicherungsschutz besteht auch bei Unfällen bei gelegentlichen Fahrveranstaltungen auf einer öffentlich zugänglichen Gokartbahn mit Leihkarts, sofern hierfür keine Lizenz erforderlich ist.

#### 1.4 Gesundheitsschäden durch bestimmte Infektionskrankheiten

Abweichend von Teil A Ziffer 4.2.4 und Teil B Ziffer 1.8 besteht Versicherungsschutz beim erstmaligen Ausbruch folgender Infektionskrankheiten:

Cholera, Echinokokkose (Fuchsbandwurm), Diphtherie, Gürtelrose, Keuchhusten, spinale Kinderlähmung, Lepra, Masern, Mumps, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken/Windpocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Tuberkulose, Tularämie (Hasenpest) und Typhus/Paratyphus.

Versicherungsschutz besteht auch bei vorbeugenden Schutzimpfungen gegen die oben genannten Infektionskrankheiten, sofern gesetzlich vorgeschrieben oder ärztlich verordnet, wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet.

Abweichend von Teil A Ziffer 9.1 beginnt der Versicherungsschutz für diese Infektionen erst nach einer Wartezeit von drei Monaten nach dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

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

#### 1.5 Gesundheitsschäden durch Nahrungsmittelvergiftungen

Abweichend von Teil A Ziffer 4.2.5 sind Nahrungsmittelvergiftungen mitversichert.

#### 1.6 Vergiftungen durch Verschlucken fester oder flüssiger Stoffe

Für Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund besteht abweichend von Teil A Ziffer 4.2.5 Versicherungsschutz für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

#### 1.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche durch erhöhte Kraftanstrengung

Abweichend zu Teil A Ziffer 4.2.7 gilt als Unfall auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung Bauch- oder Unterleibsbrüche verursacht werden.

Der Einschluss endet zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet hat. Danach gelten die Regelungen gemäß Teil A Ziffer 4.2.7.

## 2 Verbesserte Gliedertaxe

### 2.1 Gliedertaxe „Komfort“

Abweichend von Teil A Ziffer 2.1.2.2.1 gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Organe folgende Invaliditätsgrade:

<b>Arm</b>	Arm	80 %
	Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	75 %
	Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	70 %
<b>Hand</b>	Hand	65 %
	Mehrere Finger einer Hand maximal	65 %
	Daumen	30 %
	Zeigefinger	20 %
	Anderer Finger	10 %
<b>Bein</b>	Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %
	Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70 %
	Bein bis unterhalb des Knies	60 %
	Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	55 %
<b>Fuß</b>	Fuß	50 %
	Große Zehe	15 %
	Andere Zehe	5 %
<b>Sinne</b>	Auge	60 %
	Gehör auf einem Ohr	40 %
	Geruchssinn	15 %
	Geschmackssinn	15 %
	Sprachvermögen	100 %
<b>Organe</b>	Eine Niere	25 %
	Milz	10 %
	Gallenblase	10 %
	Magen	20 %
	Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm	25 %
	Ein Lungenflügel	50 %

### 2.2 Individuelle Feststellung des Invaliditätsgrads bei Organen

Für die in der vereinbarten Gliedertaxe aufgeführten Organe (Niere, Milz, Gallenblase, Magen, Darm und Lunge), können Sie anstelle der dort genannten Invaliditätsgrade wahlweise eine Bemessung des Invaliditätsgrads nach Teil A Ziffer 2.1.2.2.2 verlangen.

Sofern sich aufgrund der individuellen ärztlichen Feststellung ein geringerer Invaliditätsgrad ergibt, gilt dennoch der in der Gliedertaxe vereinbarte Invaliditätsgrad.

## 3 Mitversicherte Kostenpositionen „Komfort“ (Ergänzungen zur Unfallversicherung „Basis“)

### 3.1 Versicherung von unfallbedingten Kosten

Ergänzend zu Teil A Ziffer 2 leisten wir nach einem unter den Bestimmungen dieses Vertrags definierten Unfallereignis Ersatz für die nachgewiesenen unfallbedingten Kosten, nach den im Versicherungsschein vereinbarten Besondere Bedingungen.

#### 3.1.1 Maximale Kostenerstattung

Die Leistungen gemäß Teil B Ziffer 2 sowie Teil C Ziffer 3.2 bis einschließlich Teil C Ziffer 3.12 sind insgesamt auf die im Versicherungsschein genannte Höchstentschädigungssumme je Unfallereignis begrenzt, sofern sich aus den folgenden Bestimmungen keine anderen Begrenzungen ergeben.

#### 3.1.2 Weitere Versicherungen bei uns

Bestehen bei uns weitere Verträge für die versicherte Person, so werden die genannten Leistungen nur aus einem dieser Verträge erbracht.

- 3.1.3 Verhältnis zu anderen Ersatzpflichtigen  
Hat ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, kann der Erstattungsanspruch uns gegenüber nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.  
Leistet der andere Ersatzpflichtige nicht, kann der Versicherungsnehmer den vollen Leistungsanspruch der ARAG gegenüber geltend machen.
- 3.2 Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten**
- 3.2.1 Art der Leistung  
Wir erstatten die Kosten für die Zahnbehandlung und den Zahnersatz bei einem unfallbedingtem Verlust oder Teilverlust von Schneide-, Eck- und Backenzähnen.  
Übernommen werden auch die Kosten für die Wiederherstellung von unfallbedingt beschädigtem oder zerstörtem Zahnersatz (zum Beispiel Brücken, Kronen, Gebisse und Implantate).
- 3.2.2 Voraussetzung für die Leistung  
Sofern keine anderen Fristen als vereinbart gelten, müssen alle Kosten bis zum Ablauf von fünf Jahren nach dem Unfalltag entstanden und geltend gemacht sein.  
Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt der Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Leistungen nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 25. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt worden sind.
- 3.2.3 Höhe der Leistung  
Wir erstatten die Kosten für die Behandlung oder den Ersatz der unmittelbar durch den Unfall beschädigten Zähne nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ).
- 3.3 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 lebenden 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 übernehmen wir bis maximal 100 Euro pro Tag, begrenzt auf 14 Tage insgesamt.
- 3.4 Kosten für notwendige Fahrdienste für Kinder**  
Wir organisieren bzw. vermitteln notwendige Fahrdienste für Kinder der versicherten Person, die das 14. Lebensjahr noch nicht erreicht haben, zum Beispiel zur Schule oder zu Arztterminen.  
Die Kosten für den Fahrdienst übernehmen wir bis maximal 100 Euro pro Tag, begrenzt auf 14 Tage insgesamt.
- 3.5 Kosten für Nachhilfestunden**  
Wir erstatten die Kosten für Nachhilfestunden von versicherten Personen, die
- zum Zeitpunkt des Unfallereignisses das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
  - sich für mindestens 14 Tage in vollstationärer Heilbehandlung befunden haben und
  - unfallbedingt nicht am Schulunterricht einer allgemeinbildenden Schule oder einer gleichgestellten Einrichtung teilnehmen konnten.
- Die Kosten werden bis maximal 100 Euro pro Tag, begrenzt auf 14 Tage erstattet.
- 3.6 Kosten für Krankenbesuche von versicherten Kindern**  
Muss sich ein versichertes Kind, welches das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, auf einer Reise, infolge einer Unfallverletzung, länger als zwei Wochen in einem Krankenhaus aufhalten, organisieren wir den Krankenbesuch einer nahestehenden Person und erstattet die Fahrt- und Übernachtungskosten.  
Die Fahrt- und Übernachtungskosten werden bis zur Höhe der Bahnkosten 1. Klasse einschließlich Zuschlägen bzw. bis zur Höhe der Kosten eines Linienflugs in der Economy Class erstattet.  
Nachgewiesene Kosten für Taxifahrten werden bis zu 100 Euro erstattet.  
Notwendige Übernachtungskosten werden höchstens für drei Nächte bis zu je 75 Euro pro Übernachtung gezahlt.
- 3.7 Übernachtungskosten im Krankenhaus/Rooming-in**  
Wir erstatten die Übernachtungskosten im Krankenhaus bzw. Rooming-in-Kosten für eine dem versicherten Kind nahestehende Person, sofern das versicherte Kind
- das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
  - sich unfallbedingt in vollstationärer Heilbehandlung befindet.
- Die Übernachtungskosten tragen wir bis zu 100 Euro pro Tag, begrenzt auf 14 Tage insgesamt.

### **3.8 Behinderungsbedingte Mehraufwendungen nach einem Unfall**

3.8.1

Voraussetzung für die Leistung

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

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen um mindestens 50 Prozent beeinträchtigt ist oder
- nach Feststellung des von uns beauftragten ARAG Reha-Managers des Rehabilitationsdienstes notwendig sind.

Die erforderlichen Maßnahmen sind durch einen objektiven, am Stand der medizinischen Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen.

Alle Mehraufwendungen müssen bis zum Ablauf von fünf Jahren nach dem Unfalltag oder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres der versicherten Person entstanden und geltend gemacht sein.

3.8.2

Höhe und Dauer der Leistung

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,
- Prothesen und medizinische Hilfsmittel (§ 31 Sozialgesetzbuch, Siebtes Buch), soweit ärztlich verordnet,
- Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen.

### **3.9 Kurbeihilfen nach Abschluss der vollstationären Heilbehandlung**

3.9.1

Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag 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.

3.9.2

Höhe der Leistung

Wir erstatten die tatsächlich entstandenen Kosten bis zu 1.500 Euro.

### **3.10 Mehraufwendungen für die Rückkehr der verletzten Person nach einer vollstationären Heilbehandlung zum Wohnsitz**

Wir erstatten die 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 Linienflugs 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.

### **3.11 Mehraufwendungen für die Rückkehrreise mitreisender Personen**

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 Linienflugs in der Economy Class erstattet.

Nachgewiesene Kosten für Taxifahrten werden bis zu 100 Euro erstattet.

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

### **3.12 Erstattung der Zuzahlung zur gesetzlichen Krankenkasse**

3.12.1

Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person wurde von den gesetzlichen Krankenversicherern Kosten (Zuzahlungen) gemäß § 61 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch für eine wegen des Unfalls medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung in Rechnung gestellt.

3.12.2

Höhe der Leistung

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

## **4 Zusätzliche Erweiterungen „Komfort“ (Ergänzungen zur Unfallversicherung „Basis“)**

### **4.1 Fristverlängerung bei der Invaliditätsleistungsanmeldung und -feststellung (18/24/24)**

Abweichend von Teil A Ziffer 2.1.1.1 und Teil B Ziffer 4.1 muss die Invalidität

- innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und
- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend gemacht werden.

### **4.2 Anrechnung einer Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen ab 40 Prozent**

Abweichend von Teil A Ziffer 3.2 unterbleibt die Leistungskürzung, wenn der Anteil der unfallunabhängigen Krankheiten oder Gebrechen weniger als 40 Prozent beträgt.

#### 4.3 **Versehentliche Anzeigepflichtverletzung bei Berufswechsel (Versehensklausel)**

Abweichend von Teil A Ziffer 5.3.1 beeinträchtigt ein versehentliches Unterlassen einer Anzeige über die Änderung der Berufstätigkeit unsere Leistungspflicht nicht, wenn Sie bzw. die versicherte Person nachweist, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelte, und nach Erkennen die Anzeige über den Berufswechsel unverzüglich nachholt. Die Prämienberechnung bzw. -berichtigung erfolgt nachträglich, und zwar vom Zeitpunkt der beruflichen Veränderung an.

#### 4.4 **ARAG Reha-Manager**

In Erweiterung zu Teil B Ziffer 3.4 sind die maximalen Kosten auf insgesamt 20.000 Euro je Unfallereignis begrenzt, sofern sich aus den folgenden Bestimmungen keine anderen Begrenzungen ergeben.

#### 4.5 **Beitragsbefreiung der versicherten Kinder und erwachsenen Personen bei Tod, Pflegefall oder Unfall des Versicherungsnehmers**

##### 4.5.1 Voraussetzung für die Leistung

Abweichend zu Teil A Ziffer 10.7 gilt die beitragsfreie Weiterführung für den ungekündigten Vertrag auch dann, wenn Sie während der Versicherungsdauer

- versterben sollten und bei Versicherungsbeginn das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten. Die Beitragsbefreiung gilt auch dann, wenn der Tod durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde;
- in die Pflegestufe II oder III im Sinne der sozialen Pflegeversicherung (§§ 14, 15 Sozialgesetzbuch Elftes Buch) eingestuft wird und Sie das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben sollten;
- einen Unfall erleiden, der nach den Bestimmungen dieses Vertrags zu einer Invalidität von mindestens 50 Prozent führt und Sie das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Den Versicherungsschutz für den eigenen Vertragsteil setzen wir auf Ihren Wunsch außer Kraft.

##### 4.5.2 Dauer der beitragsfreien Weiterführung für mitversicherte Kinder

Der Versicherungsschutz für die mitversicherten Kinder und die des mitversicherten Lebenspartners werden mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen, die zum Zeitpunkt des Tods, der Feststellung der Pflegestufe II oder III oder der Feststellung des Invaliditätsgrads von mindestens 50 Prozent gültig waren, bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet hat.

Bei Tod, Pflege oder Unfall des mitversicherten Ehegatten/Lebenspartners werden die mitversicherten Kinder und die des Lebenspartners entsprechend den obigen Ausführungen beitragsfrei gestellt.

##### 4.5.3 Dauer der Weiterführung für die mitversicherten erwachsenen Personen

Der Versicherungsschutz für die mitversicherten erwachsenen Personen wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen, die zum Zeitpunkt des Tods, der Feststellung der Pflegestufe II oder III oder der Feststellung des Invaliditätsgrads von mindestens 50 Prozent gültig waren, bis zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, längstens jedoch bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte(n) Person(en) das **60. Lebensjahr** vollendet hat/haben.

## Teil D Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung „Premium“

Haben Sie mit uns eine Unfallversicherung mit der Leistungsvariante „Premium“ vereinbart (siehe Versicherungsschein) gelten die nachfolgenden vertraglichen Vereinbarungen – Leistungsverbesserungen, Erweiterungen und Abweichungen – gegenüber den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (Teil A) sowie den Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung „Basis“ (Teil B).

### 1 Erweiterungen des Versicherungsschutzes (Ergänzungen zur Unfallversicherung „Basis“)

#### 1.1 Gesundheitsschäden durch Höhenkrankheit

Als Unfall im Sinne von Teil A Ziffer 1.3 gelten auch Gesundheitsschädigungen durch Höhenlungenödem (HAPE) oder Höhenhirnödem (HACE) aufgrund akuter Höhenkrankheit (AMS).

#### 1.2 Gesundheitsschäden durch Sonnenbrand oder Sonnenstich

Als Unfall im Sinne von Teil A Ziffer 1.3 gelten auch Gesundheitsschädigungen durch Sonnenbrand oder Sonnenstich.

#### 1.3 Gesundheitsschäden durch Hitzschlag

Als Unfall im Sinne von Teil A Ziffer 1.3 gelten auch Gesundheitsschädigungen durch Hitzschlag.

#### 1.4 Gesundheitsschäden durch Eigenbewegung

Ergänzend zu Teil A Ziffer 1.4 gilt als Unfall auch, wenn durch Eigenbewegung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- ein Gelenk verrenkt oder
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schädigungen von Bandscheiben (Teil A Ziffer 4.2.1).

Dieser Einschluss endet zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet hat.

#### 1.5 Zusatzhilfe bei bestimmten Erkrankungen

Ergänzend zu Teil A Ziffer 2.1 zahlen wir 10 Prozent der vereinbarten Invaliditätsgrundsomme, maximal jedoch 10.000 Euro, wenn die versicherte Person an einer der folgenden schweren Krankheiten erkrankt:

- Brustkrebs,
- Hodenkrebs,
- Gehirntumor,
- Gebärmutterhalskrebs,
- Eierstockkrebs.

Abweichend von Teil A Ziffer 9.1 beginnt der Versicherungsschutz für diese Erkrankungen erst nach einer Wartezeit von zwölf Monaten. Maßgeblich ist der Zeitpunkt der erstmaligen Diagnose.

Dieser Einschluss endet zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet hat.

Ein Attest über die Feststellung der Erkrankung mit Angabe der Diagnose ist uns vorzulegen.

Sollte die versicherte Person versterben, bevor der Anspruch auf die Zusatzhilfe bei schweren Krebserkrankungen geltend gemacht wurde, besteht kein Anspruch auf die Auszahlung der Leistung.

Die Zahlung der Zusatzhilfe wird einmalig pro Krebserkrankung und versicherter Person gezahlt.

Bei wiederholtem Krankheitsausbruch wird keine erneute Zahlung der Zusatzhilfe fällig.

#### 1.6 Unfälle infolge der Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten

Abweichend von Teil A Ziffer 4.1.1 sind Unfälle aufgrund der Einnahme ärztlich verordneter Medikamente eingeschlossen.

Ausgeschlossen bleiben Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, die durch Medikamentenmissbrauch oder durch nicht ärztlich verordnete Medikamente und Drogen verursacht wurden.

#### 1.7 Unfälle als Folge eines epileptischen Anfalls oder sonstigen Krampfanfalls

Abweichend von Teil A Ziffer 4.1.1 besteht Versicherungsschutz für Unfälle infolge von Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, wenn diese durch einen epileptischen Anfall oder sonstigen Krampfanfall verursacht wurden.

Versichert sind die daraus resultierenden Unfallfolgen. Die durch den epileptischen Anfall hervorgerufenen Gesundheitsschäden sind nicht versichert.

#### 1.8 Unfälle als Folge von Übermüdung

Abweichend von Teil A Ziffer 4.1.1 gelten der Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit) und das Einschlafen infolge einer Übermüdung nicht als Bewusstseinsstörungen und sind daher mitversichert.

#### 1.9 Unfälle als Folge eines Schlaganfalls oder Herzinfarkts

Abweichend von Teil A Ziffer 4.1.1 besteht Versicherungsschutz für Unfälle infolge von Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, wenn diese unmittelbar durch einen Schlaganfall oder einen Herzinfarkt verursacht wurden.

Versichert sind die daraus resultierenden Unfallfolgen. Die durch den eigentlichen Schlaganfall oder Herzinfarkt hervorgerufenen Gesundheitsschäden sind nicht versichert.

#### **1.10 Unfälle bei Fahren ohne Führerschein bei Personen unter 18 Jahren**

Abweichend von Teil A Ziffer 4.1.2 sind Unfälle von

- Personen, die zum Zeitpunkt des Unfallereignisses das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- Personen, die wegen ihres geistigen oder körperlichen Zustands der Beaufsichtigung im Sinne des § 832 BGB bedürfen, mitversichert, wenn die versicherte Person ein Land- oder Wasserfahrzeug lenkt oder fährt, ohne im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis (§ 21 StVG) zu sein.

Voraussetzung für die Gewährung des Versicherungsschutzes ist, dass mit der Fahrt keine weiteren Straftaten begangen wurden.

#### **1.11 Unfälle durch selbst gebaute Feuerwerkskörper bei Personen unter 18 Jahren**

Abweichend von Teil A Ziffer 4.1.2 sind Unfälle von

- Personen, die zum Zeitpunkt des Unfallereignisses das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- Personen, die wegen ihres geistigen oder körperlichen Zustands der Beaufsichtigung im Sinne des § 832 BGB bedürfen, mitversichert, wenn die versicherte Person durch Herstellung oder Gebrauch selbstgebaute Feuerwerkskörper eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Voraussetzung für die Gewährung des Versicherungsschutzes ist, dass durch die Herstellung und den Gebrauch der Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

#### **1.12 Unfall bei Fahrveranstaltungen**

Abweichend von Teil A Ziffer 4.1.5 besteht Versicherungsschutz für Unfälle mit Motorfahrzeugen bei Tourenfahrten, Sternfahrten und Rallyefahrten, bei denen es allein um die Einhaltung einer Durchschnittsgeschwindigkeit geht. Versicherungsschutz besteht auch bei Unfällen bei gelegentlichen Fahrveranstaltungen auf einer öffentlich zugänglichen Gokartbahn mit Leihkarts, sofern hierfür keine Lizenz erforderlich ist.

#### **1.13 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper**

In Abänderung von Teil A Ziffer 4.2.3 gelten Pediküre und Maniküre als mitversichert.

#### **1.14 Gesundheitsschäden durch bestimmte Infektionskrankheiten**

Abweichend von Teil A Ziffer 4.2.4 und Teil B Ziffer 1.8 besteht Versicherungsschutz beim erstmaligen Ausbruch folgender Infektionskrankheiten:

Cholera, Enchinokokkose (Fuchsbandwurm), Diphtherie, Gürtelrose, Keuchhusten, spinale Kinderlähmung, Lepra, Malaria, Mumps, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken/Windpocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Lepra, Tuberkulose, Tularämie (Hasenpest) und Typhus/Paratyphus.

Versicherungsschutz besteht auch bei vorbeugenden Schutzimpfungen gegen die oben genannten Infektionskrankheiten, sofern diese gesetzlich vorgeschrieben oder ärztlich verordnet sind, wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet.

Abweichend von Teil A Ziffer 9.1 beginnt der Versicherungsschutz für diese Infektionen erst nach einer Wartezeit von drei Monaten nach dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

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

#### **1.15 Gesundheitsschäden durch Nahrungsmittelvergiftungen**

Abweichend von Teil A Ziffer 4.2.5 sind Nahrungsmittelvergiftungen mitversichert.

#### **1.16 Vergiftungen durch Verschlucken fester oder flüssiger Stoffe**

In Ergänzung zu Teil A Ziffer 4.2.5 besteht Versicherungsschutz für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Kein Versicherungsschutz besteht weiterhin für Erwachsene bei Vergiftungen infolge der Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

#### **1.17 Mitversicherung unfallbedingter psychischer und nervöser Störungen**

Abweichend zu Teil A Ziffer 4.2.6 gilt als vereinbart, dass für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, dann Versicherungsschutz besteht, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen sind.

#### **1.18 Bauch- oder Unterleibsbrüche durch erhöhte Kraftanstrengung**

Abweichend zu Teil A Ziffer 4.2.7 gilt als Unfall auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung Bauch- oder Unterleibsbrüche verursacht werden.

Dieser Einschluss endet zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet hat. Danach gelten die Regelungen gemäß Teil A Ziffer 4.2.7.

#### **1.19 Bauch- oder Unterleibsbrüche durch Eigenbewegung**

Abweichend zu Teil A Ziffer 4.2.7 und in Ergänzung zu Ziffer 1.18 gilt als Unfall auch, wenn durch Eigenbewegung Bauch- oder Unterleibsbrüche verursacht werden.

Dieser Einschluss endet zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet hat.

## 2 Verbesserte Gliedertaxe

### 2.1 Verbesserte Gliedertaxe „Premium“

Abweichend von Teil A Ziffer 2.1.2.2.1 gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Organe folgende Invaliditätsgrade:

<b>Arm</b>	Arm	85 %
	Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	80 %
	Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	75 %
<b>Hand</b>	Hand	70 %
	Mehrere Finger einer Hand maximal	70 %
	Daumen	35 %
	Zeigefinger	25 %
	Anderer Finger	15 %
<b>Bein</b>	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 %
<b>Fuß</b>	Fuß	55 %
	Große Zehe	20 %
	Andere Zehe	10 %
<b>Sinne</b>	Auge	65 %
	Gehör auf einem Ohr	45 %
	Geruchssinn	20 %
	Geschmackssinn	20 %
	Sprechvermögen	100 %
<b>Organe</b>	Eine Niere	30 %
	Milz	15 %
	Gallenblase	15 %
	Magen	25 %
	Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm	30 %
	Ein Lungenflügel	55 %

### 2.2 Individuelle Feststellung des Invaliditätsgrads bei Organen

Für die in der vereinbarten Gliedertaxe aufgeführten Organe (Niere, Milz, Gallenblase, Magen, Darm und Lunge) kann der Versicherungsnehmer anstelle der dort genannten Invaliditätsgrade wahlweise eine Bemessung des Invaliditätsgrads nach Teil A Ziffer 2.1.2.2.2 verlangen.

Sofern sich aufgrund der individuellen ärztlichen Feststellung ein geringerer Invaliditätsgrad ergibt, gilt dennoch der in der Gliedertaxe vereinbarte Invaliditätsgrad.

## 3 Mitversicherte Kostenpositionen „Premium“ (Ergänzungen zur Unfallversicherung „Basis“)

### 3.1 Versicherung von unfallbedingten Kosten

Ergänzend zu Teil A Ziffer 2 leisten wir nach einem unter den Bestimmungen dieses Vertrags definierten Unfallereignis Ersatz für die nachgewiesenen unfallbedingten Kosten nach den im Versicherungsschein vereinbarten Besondere Bedingungen.

#### 3.1.1 Maximale Kostenerstattung

Die Leistungen gemäß Teil B Ziffer 2 sowie Ziffer 3.2 einschließlich Ziffer 3.14 sind insgesamt auf die im Versicherungsschein genannte Höchstentschädigungssumme je Unfallereignis begrenzt, sofern sich aus den folgenden Bestimmungen keine anderen Begrenzungen ergeben.

#### 3.1.2 Weitere Versicherungen bei uns

Bestehen bei uns weitere Verträge für die versicherte Person, so werden die genannten Leistungen nur aus einem dieser Verträge erbracht.

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

### **3.2 Kosmetische oder plastische Brustoperationen als Folge von Brustkrebs**

- 3.2.1 Voraussetzung für die Leistung  
Die versicherte Person muss sich aufgrund einer während der Wirksamkeit des Vertrags erstmals diagnostizierten Brustkrebskrankung einer Brustoperation mit der Entfernung mindestens einer kompletten Brustdrüse unterziehen. Die krebsbedingte Brustoperation erfordert eine kosmetische oder plastische Brustoperation und/oder kosmetische Behandlung beim Chirurgen.  
Krebs im Sinne dieser Bestimmung ist ein nach Wissenschaft und Lehre (histologisch) nachgewiesener Tumor, der durch unkontrolliertes Wachstum sowie durch Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasen-Bildung gekennzeichnet ist.

- 3.2.2 Art und Höhe der Leistung  
Wir leisten Ersatz für nachgewiesene Arzthonorare, sonstige Operationskosten und notwendige Kosten für die Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, soweit diese durch die kosmetische oder plastische Brustoperation verursacht sind, insgesamt bis maximal 10.000 Euro.  
Die Zahlung wird pro Krebserkrankung einmalig erbracht.  
Die vorstehenden Leistungen werden nur dann erbracht, wenn ein Dritter nicht zur Leistung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet. Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, werden die vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge erbracht.

- 3.2.3 Kein Leistungsanspruch  
Kein Versicherungsschutz besteht
- für Fälle, bei denen die Brustkrebskrankung in den ersten drei Monaten nach Vertragsbeginn erstmals diagnostiziert wird,
  - für Tumore, die bösartige Veränderungen des Karzinoms in situ (lokal begrenzter Krebsherd) zeigen oder solche die histologisch als Krebsvorstufen beschrieben werden,
  - bei wiederholter Krebserkrankung,
  - für Fälle, bei denen die versicherte Person zum Ablauf des Versicherungsjahres das 67. Lebensjahr vollendet hat.

### **3.3 Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten**

- 3.3.1 Art der Leistung  
Wir erstatten die nachgewiesenen Kosten für die Zahnbehandlung und den Zahnersatz bei einem unfallbedingtem Verlust oder Teilverlust von Schneide-, Eck- und Backenzähnen.  
Übernommen werden auch die Kosten für die Wiederherstellung von unfallbedingt beschädigtem oder zerstörtem Zahnersatz (zum Beispiel Brücken, Kronen, Gebisse und Implantate).

- 3.3.2 Voraussetzung für die Leistung  
Sofern keine anderen Fristen als vereinbart gelten, müssen alle Kosten bis zum Ablauf von fünf Jahren nach dem Unfalltag entstanden und geltend gemacht sein.  
Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt der Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Leistungen nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 25. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt worden sind.

- 3.3.3 Höhe der Leistung  
Wir erstatten die nachgewiesenen Kosten für die Behandlung oder den Ersatz der unmittelbar durch den Unfall beschädigten Zähne nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ).

### **3.4 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 maximal bis zu 100 Euro pro Tag, begrenzt auf 14 Tage insgesamt.

### **3.5 Kosten für notwendige Fahrdienste für Kinder**

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

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

### **3.6 Kosten für Nachhilfestunden**

Wir erstatten die Kosten für Nachhilfestunden von versicherten Personen, die

- zum Zeitpunkt des Unfallereignisses das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- sich für mindestens 14 Tage in vollstationärer Heilbehandlung befunden haben und
- unfallbedingt nicht am Schulunterricht einer allgemeinbildenden Schule oder einer gleichgestellten Einrichtung teilnehmen konnten.

Die Kosten werden bis maximal 100 Euro pro Tag, begrenzt auf 14 Tage erstattet.

### **3.7 Kosten für Krankenbesuche von versicherten Kindern**

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

Die Fahrt- und Übernachtungskosten werden bis zur Höhe der Bahnkosten 1. Klasse einschließlich Zuschlägen bzw. bis zur Höhe der Kosten eines Linienflugs in der Economy Class erstattet.

Nachgewiesene Kosten für Taxifahrten werden bis zu 100 Euro erstattet.

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

### **3.8 Übernachtungskosten im Krankenhaus/Rooming-in**

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

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

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

### **3.9 Behinderungsbedingte Mehraufwendungen nach einem Unfall**

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

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen um mindestens 50 Prozent beeinträchtigt ist oder
- nach Feststellung des von uns beauftragten ARAG Reha-Managers des Rehabilitationsdienstes notwendig sind.

Die erforderlichen Maßnahmen sind durch einen objektiven, am Stand der medizinischen Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen.

Alle Mehraufwendungen müssen bis zum Ablauf von fünf Jahren nach dem Unfalltag oder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres der versicherten Person entstanden und geltend gemacht sein.

Wir erstatten die 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,
- Prothesen und medizinische Hilfsmittel (§ 31 Sozialgesetzbuch VII), soweit ärztlich verordnet,
- Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen.

### **3.10 Kurbeihilfen nach Abschluss der vollstationären Heilbehandlung**

Die versicherte Person hat wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag 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.

Die ARAG erstattet dem Versicherungsnehmer die tatsächlich entstandenen Kosten bis zu 5.000 Euro.

### **3.11 Mehraufwendungen für die Rückkehr der verletzten Person nach einer vollstationären Heilbehandlung zum Wohnsitz**

Wir erstatten die 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 Linienflugs 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.

### **3.12 Mehraufwendungen für die Rückkehrreise mitreisender Personen**

Wir erstatten die nachgewiesenen Mehraufwendungen für die Rückkehr der mitreisenden Kinder, des Ehegatten bzw. des Lebenspartners der versicherten Person und dessen Kinder zu deren ständigem Wohnsitz.

Die Rückfahrtkosten erstatten wir bis zur Höhe der Bahnkosten 1. Klasse einschließlich Zuschlägen bzw. bis zur Höhe der Kosten eines Linienflugs in der Economy Class.

Nachgewiesene Kosten für Taxifahrten erstatten wir bis zu 100 Euro.

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

### **3.13 Erstattung der Zuzahlung zur gesetzlichen Krankenkasse**

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

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

### **3.14 Kosten für eine psychologische Betreuung**

Die versicherte Person benötigt aufgrund

- einer selbst erlittenen schweren Unfallverletzung oder
  - einer Schwerverletzung bzw. eines Todesfalls einer nahestehenden Person oder
  - eines Raubüberfalls oder einer Geiselnahme
- eine psychologische Betreuung.

Wir erstatten die Kosten für bis zu zehn Sitzungen einer psychologischen Betreuung.

## **4 Zusätzliche Erweiterungen „Premium „(Ergänzungen zur Unfallversicherung „Basis“)**

### **4.1 Fristverlängerung bei der Invaliditätsleistungsanmeldung und -feststellung (24/36/36)**

Abweichend von Teil A Ziffer 2.1.1.1 und Teil B Ziffer 4.1 muss die Invalidität

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

### **4.2 Fristunterbrechung bei Verschuldung durch den behandelnden Arzt**

Ergänzend zu Teil A Ziffer 2.1.1.1 gelten die Fristen für die Feststellung und Geltendmachung als eingehalten, wenn der behandelnde oder ein anderer Arzt der durch Sie, die versicherte Person oder uns rechtzeitig zur Abgabe der erforderlichen Informationen beauftragt wurde, diese Informationen nicht termingerecht zur Verfügung stellt.

### **4.3 Anrechnung von Krankheiten und Gebrechen ab 60 Prozent**

Abweichend von Teil A Ziffer 3.2 unterbleibt die Leistungskürzung, wenn der Anteil der unfallunabhängigen Krankheiten oder Gebrechen weniger als 60 Prozent beträgt.

Diese Bestimmung entfällt zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet hat. Es gilt dann die Besondere Bedingung für die Anrechnung von Krankheiten und Gebrechen ab 40 Prozent nach Teil C Ziffer 4.2.

### **4.4 Versehentliche Anzeigepflichtverletzung bei Berufswechsel (Versehensklausel)**

Abweichend von Teil A Ziffer 5.3.1 beeinträchtigt ein versehentliches Unterlassen einer Anzeige über die Änderung der Berufstätigkeit unsere Leistungspflicht nicht, wenn Sie bzw. die versicherte Person nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelte, und nach Erkennen die Anzeige über den Berufswechsel unverzüglich nachholt.

Die Prämienberechnung bzw. -berichtigung erfolgt nachträglich, und zwar vom Zeitpunkt der beruflichen Veränderung an.

### **4.5 ARAG Reha-Manager**

In Erweiterung zu Teil B Ziffer 3.4 sind die maximalen Kosten auf insgesamt 30.000 Euro je Unfallereignis begrenzt, sofern sich aus den folgenden Bestimmungen keine anderen Begrenzungen ergeben.

### **4.6 Umstellung des Kindertarifs auf den Erwachsenentarif ab dem 25. Lebensjahr in der Unfallversicherung „Premium“**

Abweichend von Teil A Ziffer 5.1.1 erfolgt die Umstellung auf den Erwachsenentarif zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat.

### **4.7 Beitragsbefreiung der versicherten Kinder und erwachsenen Personen bei Tod, Pflegefall oder Unfall des Versicherungsnehmers**

#### **4.7.1 Voraussetzung für die Leistung**

Abweichend von Teil A Ziffer 10.7 gilt die beitragsfreie Weiterführung für den ungekündigten Vertrag auch dann, wenn Sie während der Versicherungsdauer

- versterben sollten und beim Versicherungsbeginn das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Die Beitragsbefreiung gilt auch dann, wenn der Tod durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde;
- in die Pflegestufe II oder III im Sinne der sozialen Pflegeversicherung (§§ 14, 15 SGB XI) eingestuft wird und Sie das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben;
- einen Unfall erleiden, der nach den Bestimmungen dieses Vertrags zu einer Invalidität von mindestens 50 Prozent führt und Sie das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Den Versicherungsschutz für den eigenen Vertragsteil setzen wir auf Ihren Wunsch außer Kraft.

#### **4.7.2 Dauer der beitragsfreien Weiterführung für mitversicherte Kinder**

Der Versicherungsschutz für die mitversicherten Kinder und die des mitversicherten Lebenspartners werden mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen, die zum Zeitpunkt des Todes, der Feststellung der Pflegestufe II

oder III oder der Feststellung des Invaliditätsgrads von mindestens 50 Prozent gültig waren, bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das **versicherte Kind das 25. Lebensjahr** vollendet hat.  
Erfüllt der mitversicherte Ehegatte/Lebenspartner die unter Teil D Ziffer 4.7.1 genannten Voraussetzungen, werden die mitversicherten Kinder und die des Lebenspartners entsprechend den obigen Ausführungen beitragsfrei gestellt.

- 4.7.3 Dauer der Weiterführung für die mitversicherten erwachsenen Personen  
Der Versicherungsschutz für die mitversicherten erwachsenen Personen wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres, von Beginn der Beitragsbefreiung an gerechnet, beitragsfrei weitergeführt, längstens jedoch bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte(n) Person(en) das **60. Lebensjahr** vollendet hat/haben.

## Teil E Besondere Bedingungen für Frakturengeld, Soforthilfe, Übergangsleistung – falls vereinbart

Haben Sie mit uns eine Unfallversicherung mit Frakturengeld, Soforthilfe, Übergangsleistung vereinbart (siehe Versicherungsschein) gelten die nachfolgenden vertraglichen Vereinbarungen in Ergänzung zu den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen 2016 (Teil A) und die Bestimmungen der jeweils vereinbarten Leistungsvariante.

### 1 Verbesserte Übergangsleistung

Ergänzend zu Teil A Ziffer 2.2.1 zahlen wir die vereinbarte Übergangsleistung, wenn die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt ohne Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen seit Eintritt des Unfalls beeinträchtigt ist und diese Beeinträchtigung ununterbrochen seit **drei Monaten vom Unfalltag an gerechnet zu 100 Prozent** bestanden hat.

Die Übergangsleistung ist spätestens einen Monat nach Ablauf der genannten Anspruchsfristen unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend zu machen.

### 2 Soforthilfe bei Schwerstverletzungen

Führt der Unfall bei der versicherten Person zu einer der unten genannten Verletzungen, wird abweichend von Teil A Ziffer 2.2 die vereinbarte Versicherungssumme für die Übergangsleistung sofort fällig.

- Querschnittslähmung nach unfallbedingter Schädigung des Rückenmarks,
- Amputation einer Hand oder eines Fußes im unteren Sprunggelenk,
- Schädel-Hirn-Verletzung mit Hirnblutung,
- Verbrennungen zweiten oder dritten Grades von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche,
- Erblindung auf beiden Augen,
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen (auch von zwei Organen oder zwei Knochen):
  - Gewebeerstörende Schäden an Herz, Lunge, Leber, Milz oder Nieren,
  - Bruch des Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- oder Unterschenkelknochens,
  - Fraktur des Wirbelkörpers,
  - Fraktur des Beckenrings.

Die Leistung der Soforthilfe bei Schwerstverletzungen wird auf die Versicherungsleistung der vereinbarten Übergangsleistung nach Teil A Ziffer 2.2 nicht angerechnet.

Die Leistungen entfallen, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führt.

### 3 Frakturengeld/Soforthilfe bei Frakturen und Bänderrissen (Rupturen)

Führt der Unfall bei der versicherten Person zu einer oder mehreren Frakturen, zahlen wir einmalig eine Soforthilfe in Höhe der im Versicherungsschein genannten Versicherungssummen für

- Oberschenkelhalsbruch,
- sonstige Knochenfrakturen und
- Bänderrisse.

Ein Leistungsanspruch auf die Soforthilfe bei Frakturen und Bänderrissen besteht bereits bei Stellung der Diagnose, ohne dass ein Unfallereignis im Sinne der Teil A Ziffern 1.3 oder 1.4 vorliegt.

Die Leistung wird auf die möglichen Ansprüche aus der Übergangsleistung nach Teil A Ziffer 2.2 und aus der Soforthilfe bei Schwerstverletzungen (Ziffer 2) nicht angerechnet.

Die Leistung entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führt.

## Teil F Besondere Bedingungen für die Todesfall-Leistung – falls vereinbart

Haben Sie mit uns eine Unfallversicherung mit Todesfall-Leistung vereinbart (siehe Versicherungsschein) gelten die nachfolgenden vertraglichen Vereinbarungen in Ergänzung zu den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen 2016 (Teil A) und die Bestimmungen der jeweils vereinbarten Leistungsvariante.

### 1 Anspruch auf Todesfall-Leistung im zweiten Jahr

Ergänzend zu Teil A Ziffer 2.4 besteht ein Anspruch auf die vereinbarte Todesfall-Leistung auch dann, wenn die versicherte Person im zweiten Jahr nach dem Unfall unfallbedingt verstirbt und keine Invalidität im Sinne der Teil A Ziffer 2.1 eingetreten ist.

### 2 Sofortiger Anspruch auf die Todesfall-Leistung (Verschollenheitsgesetz)

Die Voraussetzung für die unfallbedingte Todesfall-Leistung nach Teil A Ziffer 2.4 gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach

- § 5 (Schiffsunglück),
- § 6 (Luftfahrzeugunfälle) oder
- § 7 (sonstiger Lebensgefahr)

des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt wird.

### 3 Zusätzliche Versorgungsleistung für Kinder bei Unfalltod des Versicherungsnehmers und/oder dessen Ehegatten/Lebenspartners

Wir zahlen eine zusätzliche Versorgungssumme für das/die mitversicherte(n) Kind(er), sofern dieses/diese zu Ihrem Todesfallzeitpunkt das **18. Lebensjahr** noch nicht vollendet hat/haben, wenn der in diesem Vertrag mitversicherte Versicherungsnehmer und/oder der mitversicherte Ehegatte/Lebenspartner des Versicherungsnehmers

- innerhalb eines Jahres aufgrund eines versicherten Unfallereignisses verstirbt/versterben und
- ein Anspruch auf eine Todesfall-Leistung für den/die Verstorbene(n) nach Teil A Ziffer 2.4 besteht und
- ein Anspruch auf eine Todesfall-Leistung für das/die mitversicherte(n) Kind(er) nach Teil A Ziffer 2.4 besteht.

Die zusätzliche Versorgungssumme entspricht

- jeweils der Todesfallsumme des versicherten Kinds, sofern diese vereinbart wurde;
- je Kind jedoch höchstens der vereinbarten Todesfallsumme des verstorbenen mitversicherten Versicherungsnehmers und/oder dessen verstorbenen mitversicherten Ehegatten/Lebenspartners.

Im Falle Ihres (sofern mitversichert) als auch des mitversicherten Ehegatten/Lebenspartners des unfallbedingten Tods wird die zusätzliche Versorgungsleistung bezüglich beider Verstorbenen erbracht.

### 4 Erweiterte Meldefrist bei Unfalltod

Abweichend von Teil A Ziffer 6.5 ist uns der Todesfall innerhalb acht Wochen ab Kenntnis zu melden.

Bei Überschreiten der Meldefrist werden wir uns nicht auf eine Obliegenheitsverletzung berufen, sofern wir, wie bei einer fristgerechten Anzeige, noch rechtzeitig Entscheidungen im Sinne dieser Obliegenheit treffen können.

## Teil G Besondere Bedingungen für das Unfall-Krankenhaustagegeld – falls vereinbart

Haben Sie mit uns eine Unfallversicherung mit Unfall-Krankenhaustagegeld vereinbart (siehe Versicherungsschein) gelten die nachfolgenden vertraglichen Vereinbarungen in Ergänzung zu den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen 2016 (Teil A) und die Bestimmungen der jeweils vereinbarten Leistungsvariante.

### 1 Erweiterung der Leistungsdauer

Abweichend von Teil A Ziffer 2.3.2 wird das Unfall-Krankenhaustagegeld längstens für **fünf Jahre** vom Unfalltag an gerechnet gezahlt.

### 2 Mindestleistung bei vollstationärem Krankenhausaufenthalt bis zu drei Tage

In Ergänzung zu Teil A Ziffer 2.3.2 wird bei einer unfallbedingten, bis zu drei Tage dauernden, vollstationären Krankenhausbehandlung eine Mindestleistung in Höhe von drei Tagessätzen des vereinbarten Unfall-Krankenhaustagegelds gezahlt.

### 3 Mehrleistung bei Unfall im Ausland

Ergänzend zu Teil A Ziffer 2.3.2 zahlen wir bei unfallbedingter vollstationärer Heilbehandlung im Ausland, sofern sich der Unfall auch im Ausland ereignet hat, das versicherte Unfall-Krankenhaustagegeld für die ersten 21 Tage im Krankenhaus in doppelter Höhe des im Versicherungsschein genannten Tagessatzes.

Die Pauschalleistung bei ambulanten chirurgischen Operationen gemäß Teil A Ziffer 2.3.2 sowie bei vollstationärem Krankenhausaufenthalt gemäß Teil G Ziffer 2 wird ebenfalls in doppelter Höhe des im Versicherungsschein genannten Tagessatzes gezahlt.

Als Ausland gelten nur Länder, in denen die versicherte Person weder ihren ersten noch ihren ständigen Wohnsitz hat.

## Unfall-Tagegeld (Ergänzung zum Unfall-Krankenhaustagegeld) – falls vereinbart

Haben Sie mit uns neben der Leistung „Unfall-Krankenhaustagegeld“ auch die Leistung „Unfall-Tagegeld“ vereinbart, gelten auch die nachfolgenden vertraglichen Vereinbarungen in Ergänzung zu den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen 2016 (Teil A) und die Bestimmungen der jeweils vereinbarten Leistungsvariante.

### 4 Fortzahlung des Unfall-Krankenhaustagegelds bei Arbeitsunfähigkeit nach Abschluss der vollstationären Heilbehandlung

Ergänzend zu Teil A Ziffer 2.3 zahlen wir für das Unfall-Krankenhaustagegeld die vereinbarte Versicherungssumme auch nach Abschluss der vollstationären Heilbehandlung.

#### 4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist nach Abschluss der vollstationären Heilbehandlung (mindestens eine Übernachtung im Krankenhaus)

- vollständig (zu 100 Prozent) arbeitsunfähig oder
- in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit mindestens zu 50 Prozent beeinträchtigt.

Diese Voraussetzung ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

#### 4.2 Dauer der Leistung

Wir zahlen die Leistung für jeden Tag der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit oder Beeinträchtigung nach Abschluss der vollstationären Heilbehandlung, längstens jedoch für 28 Tage.

#### 4.3 Vorzeitige Aufnahme der beruflichen Tätigkeit (Pflichtgefühl)

Geht die versicherte Person nach einem Unfall aus Pflichtgefühl ihrem Beruf soweit wie möglich nach, so wird dieses nicht für die Bemessung des Grades der Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt. Für die Bemessung ist lediglich der objektive ärztliche Befund ausschlaggebend.

## Teil H Besondere Bedingungen für die progressive Invaliditätsstaffel (Progressionsmodelle) – falls vereinbart

Haben Sie mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progressionsmodelle) vereinbart (siehe Versicherungsschein), gelten die nachfolgenden vertraglichen Vereinbarungen in Ergänzung zu den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen 2016 (Teil A) und die Bestimmungen der jeweils vereinbarten Leistungsvariante.

### 1 Progressive Invaliditätsstaffel bis 225 Prozent der Grundversicherungssumme

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

#### 1.1 Berechnung der Versicherungssumme

Der Invaliditätsgrad wird nach Teil A Ziffer 2.1 und Teil A Ziffer 3 ermittelt. Ergänzend zu Teil A Ziffer 2.1 gilt:

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

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung (IL) wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

#### 1.2 Progressionstabelle 225 Prozent

##### Invaliditätsleistung (IL) in Prozent der Grundsumme nach Invaliditätsgrad (IG)

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

#### 1.3 Umstellung zum vollendeten 75. Lebensjahr

Die Progressionsvereinbarung gemäß Ziffer 1.1 entfällt zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das **75. Lebensjahr** vollendet hat.

### 2 Progressive Invaliditätsstaffel bis 350 Prozent der Grundversicherungssumme

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

#### 2.1 Berechnung der Versicherungssummen

Der Invaliditätsgrad wird nach Teil A Ziffer 2.1 und Teil A Ziffer 3 ermittelt. Ergänzend zu Teil A Ziffer 2.1 gilt:

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

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung (IL) wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

## 2.2 Progressionstabelle 350 Prozent

### Invaliditätsleistung (IL) in Prozent der Grundsumme nach Invaliditätsgrad (IG)

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

## 2.3 Umstellung zum vollendeten 67. Lebensjahr

Die Progressionsvereinbarung gemäß Ziffer 2.1 entfällt zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte das **67. Lebensjahr** vollendet hat. Es gilt dann die Vereinbarung nach Ziffer 1.1.

## 3 Progressive Invaliditätsstaffel bis 500 Prozent der Grundversicherungssumme

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

### 3.1 Berechnung der Versicherungssummen

Der Invaliditätsgrad wird nach Teil A Ziffer 2.1 und Teil A Ziffer 3 ermittelt. Ergänzend zu Teil A Ziffer 2.1 gilt:

- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 3 Prozent aus der Versicherungssumme.
- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 3 Prozent aus der Versicherungssumme.
- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 75 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 1 Prozent aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung (IL) wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

### 3.2 Progressionstabelle 500 Prozent

#### Invaliditätsleistung (IL) in Prozent der Grundsumme nach Invaliditätsgrad (IG)

IG	IL	IG	IL	IG	IL	IG	IL	IG	IL
26	29	41	89	56	167	71	272	86	388
27	33	42	93	57	174	72	279	87	396
28	37	43	97	58	181	73	286	88	404
29	41	44	101	59	188	74	293	89	412
30	45	45	105	60	195	75	300	90	420
31	49	46	109	61	202	76	308	91	428
32	53	47	113	62	209	77	316	92	436
33	57	48	117	63	216	78	324	93	444
34	61	49	121	64	223	79	332	94	452
35	65	50	125	65	230	80	340	95	460
36	69	51	132	66	237	81	348	96	468
37	73	52	139	67	244	82	356	97	476
38	77	53	146	68	251	83	364	98	484
39	81	54	153	69	258	84	372	99	492
40	85	55	160	70	265	85	380	100	500

### 3.3 Umstellung zum vollendeten 67. Lebensjahr

Die Progressionsvereinbarung gemäß Ziffer 3.1 entfällt zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte das **67. Lebensjahr** vollendet hat. Es gilt dann die Vereinbarung nach Ziffer 1.1.

## Teil I Besondere Bedingungen für die Vereinbarung einer eingeschränkten Invaliditätsleistung (Integral-Franchise) – falls vereinbart

Haben Sie mit uns eine Unfallversicherung mit eingeschränkter Invaliditätsleistung (Integral-Franchise) vereinbart (siehe Versicherungsschein), gelten die nachfolgenden vertraglichen Vereinbarungen abweichend zu den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen 2016 (Teil A) und die Bestimmungen der jeweils vereinbarten Leistungsvariante.

### 1 Vereinbarung einer eingeschränkten Invaliditätsleistung (Integral-Franchise) in der Unfallversicherung – falls vereinbart

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

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

## Teil J Besondere Bedingungen für die Unfallrente und Unfallrente Plus – falls vereinbart

Haben Sie mit uns eine Unfallversicherung mit einer Unfallrente und gegebenenfalls zusätzlich mit einer Unfallrente Plus vereinbart (siehe Versicherungsschein), gelten die nachfolgenden vertraglichen Vereinbarungen in Ergänzung zu den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen 2016 (Teil A) und die Bestimmungen der jeweils vereinbarten Leistungsvariante.

### 1 Versicherung einer lebenslangen Unfallrente ab 50 Prozent Invaliditätsgrad

#### 1.1 Voraussetzung für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 Prozent.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Teil A Ziffern 2.1.1 und 2.1.2.2. Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Teil A Ziffer 2.1.2.3.

#### 1.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

#### 1.3 Beginn und Dauer der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente

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

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

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Teil A Ziffer 8.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

Wir sind berechtigt, zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn Sie uns die Bescheinigung nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

#### 1.4 Fortzahlung der Unfallrente im Todesfall des Rentenbeziehers bis zum 60. Lebensjahr (in Verbindung mit einem Abschluss der Leistungsvarianten „Komfort“ oder „Premium“)

Verstirbt die versicherte Person während der Rentenbezugszeit, und hat sie zum Todesfallzeitpunkt

- das 25.,
  - nicht aber das 60. Lebensjahr vollendet,
- zahlen wir die laufende Unfallrente weiter.

Die Zahlung erfolgt, in Ergänzung zu Ziffer 1.1 bis zum Ablauf des Versicherungsjahres,

- in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet hätte,
- mindestens jedoch für die Dauer von zehn Jahren vom Ablauf des Versicherungsjahres an gerechnet, in dem die versicherte Person verstorben ist.

### 2 Versicherung einer Unfallrente Plus

#### 2.1 Voraussetzung für die Leistung

Zusätzlich zur Unfallrente (Ziffer 1) ist eine Unfallrente Plus vereinbart.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Teil A Ziffern 2.1.1 und 2.1.2.2.

Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Teil A Ziffer 2.1.2.3.

#### 2.2 Höhe der Leistung

Der Invaliditätsgrad wird nach Teil A Ziffer 2.1 ermittelt. Teil A Ziffer 2.1 wird wie folgt ergänzt:

- für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, 2 Prozent der versicherten Unfallrente Plus;
- für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 60 Prozent übersteigt, zusätzlich weitere 1 Prozent der versicherten Unfallrente Plus;
- für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 70 Prozent übersteigt, zusätzlich weitere 1 Prozent der Unfallrente Plus;
- für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 80 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 1 Prozent der Unfallrente Plus;
- für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 90 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 1 Prozent der Unfallrente Plus.

## 2.3 Hilfstabelle

### Rentenleistung (RL) in Prozent nach Invaliditätsgrad (IG)

IG	RL	IG	RL	IG	RL	IG	RL	IG	RL
51	2	61	23	71	54	81	95	91	146
52	4	62	26	72	58	82	100	92	152
53	6	63	29	73	62	83	105	93	158
54	8	64	32	74	66	84	110	94	164
55	10	65	35	75	70	85	115	95	170
56	12	66	38	76	74	86	120	96	176
57	14	67	41	77	78	87	125	97	182
58	16	68	44	78	82	88	130	98	188
59	18	69	47	79	86	89	135	99	194
60	20	70	50	80	90	90	140	100	200

## 2.4 Beginn und Dauer der Leistung

Die Unfallrente Plus zahlt die ARAG rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, monatlich im Voraus.

Die Unfallrente Plus wird bis zum Ablauf des Versicherungsjahres gezahlt, in dem

- die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet hat,
- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Teil A Ziffer 8.4 vorgenommene ärztliche Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

## 2.5 Umstellung zum vollendeten 67. Lebensjahr

Diese Besondere Bedingung endet zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet hat. Es gilt dann die Vereinbarung nach Ziffer 1.

## 3 Beendigung der Mitversicherung der Unfallrente bei Eintritt des Renten-Leistungsfalls

Mit Feststellung des Rentenanspruchs nach Ziffer 1.3 bzw. Ziffer 2.4 endet die Vereinbarung für die Versicherung einer Unfallrente bzw. Unfallrente Plus, ohne dass es einer besonderen Kündigung bedarf.

Der Beitrag ändert sich entsprechend. Der sonstige vereinbarte Versicherungsschutz für die versicherte Person bleibt unverändert bestehen.

Ihr Recht zur Kündigung nach einem Versicherungsfall (Teil A Ziffer 9.3) bleibt unberührt.

## Teil K Besondere Bedingungen für die Vorsorgeversicherung (vertragliche Zusatzleistung)

Haben Sie mit uns eine Unfallversicherung vereinbart (siehe Versicherungsschein), bieten wir für Personen, die in Ihrem Haushalt neu hinzukommen, eine beitragsfreie Vorsorgeversicherung bis zum Ablauf des laufenden Versicherungsjahres. Die vertraglichen Vereinbarungen sind nachfolgend beschrieben.

### 1 Vorsorgeversicherung für die beitragsfreie Mitversicherung neu hinzukommender Personen

#### 1.1 Anspruchsberechtigte für die Vorsorgeversicherung

Anspruch auf die Vorsorgeversicherung haben folgende nach Versicherungsbeginn bzw. während eines laufenden Versicherungsjahres in Ihrem Haushalt neu hinzukommende Personen:

- Eheliche, eingetragene oder mit dem Versicherungsnehmer in häuslicher Gemeinschaft zusammenlebende Lebenspartner. Der Versicherungsschutz aus der Vorsorgeversicherung besteht ab dem Tag der
  - standesamtlichen Eheschließung,
  - Begründung der Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder einer vergleichbaren Partnerschaft nach dem Recht anderer Staaten,
  - behördlicher Meldung des Lebenspartners am gemeinsamen Wohnsitz.
- Leibliche und adoptierte Kinder, Kinder des Lebenspartners sowie Pflegekinder, sofern diese das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Der Versicherungsschutz aus der Vorsorgeversicherung besteht ab dem Tag der
  - Geburt,
  - Adoption oder
  - behördlicher Meldung des Kinds am gemeinsamen Wohnsitz.

#### 1.2 Versicherte Leistungsarten und Höhe der Vorsorgeversicherung

Sofern ein versicherter Unfall vorliegt, zahlen wir für die

- Invaliditäts-Leistung
- Todesfall-Leistung

die im Versicherungsschein vereinbarten Summen.

Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln bleiben bei der Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt; die Ermittlung erfolgt also linear gemäß Teil A Ziffer 2.1.

Bestehen für die hinzukommenden Personen bereits eigene Unfallversicherungen bei uns, gilt die Leistung aus der Vorsorgeversicherung zusätzlich.

#### 1.3 Anspruchsgrundlage

Der Leistungsanspruch wird nach den Vorschriften der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen und den Besondere Bedingungen nach der Unfallversicherung Leistungsvariante „Basis“ (Teile A und B) ermittelt.

#### 1.4 Dauer der Vorsorgeversicherung

Die beitragsfreie Mitversicherung der unter Ziffer 1.1 genannten Personen endet zum Ablauf des laufenden Versicherungsjahres.

#### 1.5 Leistungsbonus

Die Vorsorgeversicherung unterliegt nicht den Besondere Bedingungen für die vertragsdauerabhängige Sonderzahlung im Leistungsfall (Teil L).

## Teil L Besondere Bedingungen für die vertragsdauerabhängige Sonderzahlung im Leistungsfall (Leistungsbonus) – vertragliche Zusatzleistung

Haben Sie mit uns eine Unfallversicherung vereinbart (siehe Versicherungsschein), leisten wir eine vertragsdauerabhängige Sonderzahlung im Leistungsfall/einen Leistungsbonus. Durch den Leistungsbonus werden einige Versicherungsleistungen kostenlos erhöht. Die vertraglichen Vereinbarungen sind nachfolgend beschrieben.

### 1 Vertragsdauerabhängige Sonderzahlung im Leistungsfall (Leistungsbonus)

#### 1.1 Voraussetzung

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit Anspruch auf einen Leistungsbonus vereinbart. Anspruch auf den Leistungsbonus haben alle in Ihrem Vertrag mitversicherten Personen.

#### 1.2 Art und Höhe des Leistungsbonus

Sofern ein versicherter Unfall vorliegt, erhöhen sich im Leistungsfall für die Leistungen

- Invaliditätsleistung
- Unfallrente und Unfallrente Plus
- Todesfall-Leistung

die vertraglich vereinbarten Versicherungssummen prozentual um den Leistungsbonus.

Maßgeblich für die Höhe des Leistungsbonus sind die für das Unfallereignisjahr im Geschäftsbericht der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG veröffentlichten Prozentwerte.

Die Höhe des Leistungsbonus ergibt sich aus der Anzahl der bis zum Datum des Unfallereignisses zurückgelegten vollen Vertragsjahre. Als volles Vertragsjahr gilt eine ununterbrochene Vertragsdauer von zwölf Monaten.

#### 1.3 Beendigung und Wiederaufleben des Leistungsbonus

Der Anspruch auf den Leistungsbonus endet mit dem Ablauf des Versicherungsjahres, in dem der Versicherungsvertrag gekündigt wurde.

Auf Ihren Antrag behalten Sie den bislang erworbenen Leistungsbonus, sofern Sie innerhalb von zwölf Monaten nach Beendigung des ursprünglichen Vertrags eine neue Unfallversicherung bei uns abschließen.

Die mitversicherten Personen eines anspruchsberechtigten Vertrags behalten auf Antrag den bislang erworbenen Leistungsbonus, sofern sie innerhalb von zwölf Monaten nach Beendigung des ursprünglichen Vertrags eine neue Unfallversicherung als Versicherungsnehmer bei uns abschließen.

# ARAG Unfall-Schutzbrief Bedingungen (USB 2016)

## Unfall-Schutzbrief/Alltagshelfer/Alltagshelfer Plus

Sie haben mit uns einen Unfall-Schutzbrief, Alltagshelfer oder Alltagshelfer Plus abgeschlossen (siehe Versicherungsschein). Für diese Versicherungen gelten die nachfolgenden vertraglichen Vereinbarungen.

### Wann leisten wir?

---

Wir bieten Hilfeleistung, sofern vereinbart, bei

- Unfällen (Ziffer 1.1),
- ambulanten Operationen und bei vollstationären Krankenhausaufenthalten (Ziffer 1.2),
- ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeiten von mindestens acht Tagen (Ziffer 1.3) und
- besonderen Ereignissen (Ziffer 1.4).

## 1 Was ist versichert?

### 1.1 Hilfeleistungen bei Unfällen

Wir bieten die vereinbarten Hilfeleistungen bei Unfällen der versicherten Person.

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr

Die vereinbarten Hilfeleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland (siehe Ziffer 2.3).

#### 1.1.1 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.

#### 1.1.2 Erweiterter Unfallbegriff

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschädigungen

- durch Ertrinken (bzw. Erstickungstod unter Wasser), Ersticken oder Erfrieren,
- durch den unfreiwilligen Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Atemluft,
- durch tauchtypische Gesundheitsschäden, wie zum Beispiel Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, welche die versicherte Person bei der rechtmäßigen Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Personen, Tieren oder Sachen bewusst in Kauf nimmt,
- durch Einwirkung plötzlich ausströmender Gase, Dämpfe, Dünste, Stäube oder Säuren, auch wenn die versicherte Person diesen Einwirkungen unbeabsichtigt und durch unabwendbare Umstände mehr als zwei Stunden ausgesetzt war. Ausgeschlossen bleiben die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung allmählich zustande kommenden Schädigungen (Berufs- und Gewerkrankheiten),
- durch Höhenlungenödem (HAPE) oder Höhenhirnödem (HACE) aufgrund akuter Höhenkrankheit (AMS),
- durch Sonnenbrand oder Sonnenstich,
- durch Hitzschlag.

Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine Eigenbewegung

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

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

Eigenbewegungen sind willentliche oder reflexgesteuerte Bewegungen der Skelettmuskulatur.

#### 1.1.3 Einschränkung unserer Leistungspflicht

Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen können wir keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen.

Bitte beachten Sie daher die Regelung zu den Ausschlüssen gemäß Ziffer 7.

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis verursachten Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt, werden die Leistungen des Unfall-Schutzbrieft nicht eingeschränkt.

Dauer und Umfang unserer Leistungsverpflichtung entnehmen Sie bitte den Ziffern 2 und 3.

## 1.2 Hilfeleistungen bei ambulanten Operationen und bei vollstationären Krankenhausaufenthalten

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

- ambulanten Operationen
- Geburten im Krankenhaus und
- vollstationären Krankenhausaufenthalten

Ein Anspruch auf Leistung besteht für die versicherte Person bei jeder innerhalb Deutschlands durchgeführten ambulanten Operation, Geburt und jedem vollstationären Krankenhausaufenthalt. Bei mehreren Operationen oder Krankenhausaufenthalten aufgrund der gleichen Erstdiagnosen begrenzt sich die Leistungsdauer auf die unter Ziffer 2.2 genannte Höchstdauer.

Dauer und Umfang unserer Leistungsverpflichtung entnehmen Sie bitte den Ziffern 2 und 3.

Erfolgt die ambulante Operation oder der vollstationäre Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Unfalls (Ziffer 1.1), gelten für die von uns zu erbringenden Leistungen die Vereinbarungen für ein Unfallereignis.

Abweichend von Ziffer 10.1 beginnt der Versicherungsschutz bei besonderen Ereignissen erst nach einer Wartezeit von einem Monat nach dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

## 1.3 Leistung bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit von mehr als sieben Kalendertagen

Wenn Sie mit uns den „Alltagshelfer Plus“ vereinbart haben, leisten wir bei einer Erkrankung, sofern eine in Deutschland ärztlich bestätigte Arbeitsunfähigkeit von mindestens acht Kalendertagen besteht. Geht die versicherte Person keiner beruflichen Tätigkeit nach, leisten wir auch, wenn die körperliche Leistungsfähigkeit bei Ausübung einer gewöhnlichen Verrichtung nach ärztlicher Feststellung vergleichbar eingeschränkt ist.

Wird aufgrund der gleichen Diagnose die notwendige Voraussetzung von mindestens acht Kalendertagen erst mit einer Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit (Folgebescheinigung) erfüllt, entsteht unsere Leistungspflicht erst ab dem Ausstellungsdatum der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, die die geforderte Voraussetzung von acht Kalendertagen erfüllt.

Ist die Arbeitsunfähigkeit

- durch ein Unfallereignis gemäß Ziffer 1.1 verursacht oder
  - Folge einer ambulanten Operation oder eines vollstationären Krankenhausaufenthalts gemäß Ziffer 1.2
- gelten für die Leistungen und insbesondere für die Leistungsdauern die Vereinbarungen für ein Unfallereignis bzw. für eine ambulante Operation oder einen vollstationären Krankenhausaufenthalt.

Dauer und Umfang unserer Leistungsverpflichtung entnehmen Sie bitte den Ziffern 2 und 3.

Abweichend von Ziffer 10.1 beginnt der Versicherungsschutz bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit erst nach einer Wartezeit von einem Monat nach dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

## 1.4 Leistung bei besonderen Ereignissen

Wenn Sie mit uns den „Alltagshelfer“ oder den „Alltagshelfer Plus“ vereinbart haben, unterstützen wir Sie auch bei bestimmten besonderen Ereignissen.

### 1.4.1 Geburt eines Kindes von einer mitversicherten Person oder von einem mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebenden Lebenspartner

Bei Geburt eines Kindes

- von einer mitversicherten Person (ohne Krankenhausaufenthalt) oder
- von einem mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebenden Lebenspartner

erbringen wir für Sie und Ihren Lebenspartner folgende Leistungen:

- täglicher Menüservice (Ziffer 3.1)
- Einkäufe und Besorgungen (Ziffer 3.2)
- Wäscheservice (Ziffer 3.3)
- Wohnungsreinigung (Ziffer 3.4)
- Kinder- und Haustierbetreuung (Ziffer 4.3 und 4.8)
- psychologische telefonische Hilfe (Ziffer 4.13)

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

Bei Geburt eines Kindes von einer mitversicherten Person im Krankenhaus richtet sich der Leistungsumfang nach Ziffer 1.2.

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

- täglicher Menüservice (Ziffer 3.1)
- Einkäufe und Besorgungen (Ziffer 3.2)
- Wäscheservice (Ziffer 3.3)
- Wohnungsreinigung (Ziffer 3.4)

- Kinder- und Haustierbetreuung (Ziffer 4.3 und 4.8)
  - psychologische telefonische Hilfe (Ziffer 4.13)
- Den Nachweis über das Bestehen einer häuslichen Gemeinschaft müssen Sie erbringen.

- 1.4.3 Wenn Sie mit uns den „Alltagshelfer Plus“ vereinbart haben, zahlen wir im Falle eines innerhalb Deutschlands gewerkschaftlich organisierten Streiks von mindestens einem Tag entweder bei
- den öffentlichen Verkehrsmitteln (Luftfahrt, Bahn, Bus)
  - den öffentlichen Kindertagesstätten
  - den Krankenhäusern oder
  - den Ärzten
- eine Aufwandsentschädigung von bis zu 50 Euro je Tag, sofern für Sie durch den Streik nachweislich Mehrkosten entstehen. Für alle oben genannten Streiks beträgt die Höchstleistung für die Aufwandsentschädigung insgesamt 250 Euro je Versicherungsjahr.
- Abweichend von Ziffer 10.1 beginnt der Versicherungsschutz bei besonderen Ereignissen erst nach einer Wartezeit von einem Monat nach dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

## In welchem Umfang erbringen wir die Leistungen?

---

### 2 Unsere Leistungen

Wir ermitteln in einem telefonischen oder persönlichen Erstgespräch den durch das leistungsauslösende Ereignis (Ziffer 1.1 bis 1.4.2) entstandenen individuellen Bedarf an Leistungen aus der Art und dem Umfang Ihrer Hilfsbedürftigkeit. Dieser Bedarf wird durch die in Ziffer 3 beschriebenen Leistungen gedeckt.

Die gilt nicht für die Aufwandsentschädigung aufgrund eines gewerkschaftlich organisierten Streiks innerhalb Deutschlands gemäß Ziffer 1.4.3. In diesem Fall genügt der Nachweis über die entstandenen Mehrkosten.

#### 2.1 Voraussetzung für die Leistungen

- 2.1.1 Telefonische Meldung  
Die versicherte Person, oder ein Dritter im Auftrag der versicherten Person, meldet uns den Versicherungsfall über das Notruftelefon der ARAG Telefonnummer: **+49 211 963-1405**.  
Das Notruftelefon ist 24 Stunden an allen Tagen des Jahres erreichbar.
- 2.1.2 Anspruchsgrund  
Die versicherte Person hat ein unter Ziffer 1.1 bis 1.4.2 definiertes leistungsauslösendes Ereignis erlitten und ist infolge dessen hilfsbedürftig.
- 2.1.3 Definition „Hilfsbedürftigkeit“  
Hilfsbedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist und daher für die gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtung im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe bedarf.
- 2.1.4 Weitere Voraussetzungen  
Weitere Voraussetzungen finden sich bei den jeweiligen Leistungsbeschreibungen.

#### 2.2 Dauer der Leistungen

Sofern in Ziffer 3 nicht anderweitig beschrieben, erbringen wir die vereinbarten Leistungen:

- bei einem Unfallereignis (Ziffer 1.1) für die Dauer von maximal neun Monaten, ab dem Datum des Unfallereignisses,
- bei einer ambulanten Operation (Ziffer 1.2) ab dem Tag der ambulanten Operation bis zu einem Monat nach dem Tag des ambulanten Eingriffs. Hat die versicherte Person zum Zeitpunkt der ambulanten Operation das 67. Lebensjahr vollendet, leisten wir ab dem Tag der ambulanten Operation und bis zu zehn Tage nach dem Tag des ambulanten Eingriffs,
- bei einer Geburt im Krankenhaus (Ziffer 1.2) ab dem Tag der Einweisung ins Krankenhaus bis zu einem Monat nach der Entlassung aus dem Krankenhaus,
- bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung (Ziffer 1.2) ab dem Tag der Einweisung ins Krankenhaus bis zu einem Monat nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Hat die versicherte Person zum Zeitpunkt der Einweisung das 67. Lebensjahr vollendet, leisten wir ab dem Tag der Einweisung und bis zu zehn Tage nach der Entlassung aus dem Krankenhaus,
- bei Arbeitsunfähigkeit (Ziffer 1.3) von mindesten acht Kalendertagen, ab dem Datum der ärztlichen Feststellung, bis zu 20 Tagen je Diagnose. Hat die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, leisten wir bis zu zehn Tagen. Die Leistung erbringen wir bei unterschiedlichen Diagnosen bis zu dreimal, ab dem vollendeten 67. Lebensjahr einmal je Versicherungsjahr.

Wird aufgrund der gleichen Diagnose die notwendige Voraussetzung von mindestens acht Kalendertagen erst mit einer Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit (Folgebescheinigung) erfüllt, entsteht unsere Leistungspflicht erst ab dem Ausstellungsdatum der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, die die geforderte Voraussetzung von acht Kalendertagen erfüllt,

- bei Geburt eines Kindes von einer mitversicherten Person (ohne Krankenhausaufenthalt) oder von einem mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebenden Lebenspartner (Ziffer 1.4.1) oder im Todesfall einer mit Ihnen in Ihrem Haus-

halt lebenden Person oder eines Familienangehörigen ersten Grades oder Geschwister (Ziffer 1.4.2) ab dem Geburts- bzw. Todesfall für maximal 14 Kalendertage.

Die Hilfeleistung erbringen wir, solange die Voraussetzungen einer Hilfsbedürftigkeit nach Ziffer 2.1.3 erfüllt sind.

Sollte sich nach Aufnahme der Leistung herausstellen, dass die Voraussetzung einer Hilfsbedürftigkeit nicht oder nicht mehr besteht, werden diese Leistungen eingestellt. Die Kosten für die bis dahin erbrachten Leistungen tragen wir.

### **2.3 Durch wen und wo erbringen wir unsere Leistungen?**

Für die Leistungserfüllung beauftragen wir qualifizierte externe Dienstleister. Sofern nachfolgend in Ziffer 3 nicht anderweitig beschrieben, erbringen wir die Leistungen ausschließlich in Deutschland.

## **3 Welche Leistungen sind versichert?**

### **3.1 Täglicher Menüservice**

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

### **3.2 Einkaufsdienst**

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

### **3.3 Versorgung der Wäsche**

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

### **3.4 Reinigung der Wohnung**

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

### **3.5 Installation einer Hausnotrufanlage**

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.

### **3.6 Begleitung zu Arzt- und Behördengängen**

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

### **3.7 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.

### **3.8 Sonstige notwendige Hilfsleistungen nach einem Unfallereignis**

Wir erbringen nach einem Unfall (Ziffer 1.1) 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 je Unfallereignis begrenzt.

### **3.9 ARAG Pflegeleistungen**

#### **3.9.1 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.

#### **3.9.2 Pflegeberatung**

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

#### **3.9.3 Pflegeschulung für Angehörige**

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

### **3.10 Hilfe und Pflege eines pflegebedürftigen Partners/Verwandten ersten Grades**

#### **3.10.1 Voraussetzungen der Leistung**

Wir erbringen die Pflegeleistungen im Umfang von Ziffer 3.9 auch für Ehe-, Lebenspartner und Verwandte ersten Grades der versicherten Person, sofern und soweit die versicherte Person sie gepflegt hat und 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 Pflegestufe im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt.

#### **3.10.2 Dauer der Leistung**

Wir erbringen die Leistungen nach Ziffer 3.10 ergänzend zu den Sachleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Hat die zu pflegende Person Geldleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, erbringen wir unsere Pflegeleistungen bis zu einem Monat. Werden die Geldleistungen innerhalb dieses Zeitraums auf Sachleistungen umgestellt, gilt die maximale Leistungsdauer gemäß Ziffer 2.2.

Wird für die versicherte Person eine Pflegestufe im Sinn der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt, enden unsere Leistungen einen Monat nach der Anerkennung. Ferner enden unsere Leistungen mit dem Tod der versicherten Person.

### **3.11 Aufwandsentschädigung bei einem gewerkschaftlich organisierten Streik innerhalb Deutschlands von mindestens einem Tag gemäß Ziffer 1.4.3**

Bei gewerkschaftlich organisierten Streiks innerhalb Deutschlands von mindestens einem Tag bei den öffentlichen Verkehrsmitteln, den öffentlichen Kindertagesstätten, den Krankenhäusern oder den Ärzten (siehe Ziffer 1.4.3) leisten wir eine Aufwandsentschädigung von bis zu 50 Euro je Tag.

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

## **4 Weitere versicherte Kosten**

### **4.1 Entschädigungsgrenze für die weiteren versicherten Kosten**

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

Die maximale Entschädigungsgrenze beinhaltet auch die Leistung gemäß Ziffer 4.2 (ARAG Soforthilfe weltweit).

### **4.2 ARAG Soforthilfe weltweit nach einem Unfall**

Kommt die versicherte Person nach einem Unfall (Ziffer 1.1) infolge einer Verletzung in eine unvorhersehbare besondere Notlage, zu deren Beseitigung Hilfe notwendig ist, um einen erheblichen Nachteil für ihre Gesundheit oder ihr Vermögen zu vermeiden, veranlassen wir die zumutbaren und erforderlichen Maßnahmen schnellstmöglich und tragen die hierdurch entstehenden Kosten.

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

Die Entschädigung ist auf maximal 1.000 Euro insgesamt beschränkt.

### **4.3 Kinderbetreuung**

Wir organisieren bzw. vermitteln eine 24-Stunden-Betreuung für Kinder der versicherten Person, die das 14. Lebensjahr noch nicht erreicht haben, das ist 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 eine Beaufsichtigung oder Versorgung der Kinder nicht sichergestellt werden kann.

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

### **4.4 Fahrdienste für Kinder**

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

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

### **4.5 Nachhilfestunden**

Wir erstatten die Kosten für Nachhilfestunden von versicherten Personen, die

- zum Zeitpunkt des versicherten Ereignisses das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und
- nicht am Schulunterricht einer allgemeinbildenden Schule oder einer gleichgestellten Einrichtung teilnehmen konnten.

Die Kosten werden bis maximal 100 Euro pro Tag erstattet, begrenzt auf insgesamt 14 Tage.

#### 4.6 **Kosten für Krankenbesuche versicherter Kinder**

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

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

Nachgewiesene Kosten für Taxifahrten werden bis zu 100 Euro erstattet.

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

#### 4.7 **Rooming-in-Kosten (Übernachungskosten im Krankenhaus)**

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

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

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

#### 4.8 **Haustierunterbringung/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 und/oder 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 maximal bis zu 100 Euro pro Tag, begrenzt auf insgesamt 14 Tage. Etwaige Zusatzkosten für besondere Unterbringungswünsche, Betreuungspersonen, Tierärzte, besonderes Futter oder andere Sonderleistungen sind von der versicherten Person zu tragen.

#### 4.9 **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:**

Wir übernehmen ausschließlich nur die Kosten. Die Planung, Vermittlung und Organisation obliegt nicht uns.

Jegliche Ansprüche, die sich aus der Verletzung der Verkehrssicherungspflicht ergeben, sind somit ausgeschlossen.

#### 4.10 **Gartenpflege**

Wir organisieren bzw. vermitteln Dienstleister, die den Garten am 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.

#### 4.11 **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:**

Wir übernehmen ausschließlich nur die Kosten. Die Planung, Vermittlung und Organisation obliegt nicht uns.

#### 4.12 **Briefkastenleerung**

Wir organisieren bzw. vermitteln und entschädigen Dienstleister, die den Briefkasten am Wohnsitz der versicherten Person einmal pro Woche leeren, sofern dies notwendig ist.

#### 4.13 **Psychologische telefonische Hilfe**

Wir vermitteln auf Anfrage eine angemessene psychologische telefonische Hilfe.

Die psychologische Hilfe soll die versicherte Person und/oder die ihr nahestehenden Personen bei der Verarbeitung eines belastenden Ereignisses unterstützen und über Möglichkeiten zur Verbesserung der psychischen Situation beraten.

Die Leistung ist bis zu vier Personen begrenzt. Die Kosten für die telefonische psychologische Hilfe tragen wir.

#### 4.14 **Beratung behindertengerechtes Wohnen, Umzug, Umbau des Fahrzeugs**

Wir erstatten die nachgewiesenen 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 oder eines fremden Pkws, sofern dieser einer mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebenden Person gehört.

- 4.15 Reisepreiserstattung für die versicherte Person und Mitreisende nach einem Unfall**  
Sofern eine Reise durch einen notwendigen Krankenrücktransport der versicherten Person nach einem Unfall gemäß Ziffer 1.1 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.
- 4.16 Transportkosten nach einem Unfall**  
Erstattet werden nach einem Unfall (Ziffer 1.1) die nachgewiesenen Kosten für den Transport zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zu einer Dekompressionskammer, soweit dies medizinisch notwendig oder ärztlich angeordnet worden ist.
- 4.17 Krankenrücktransport/Verlegung der verletzten Person zum Krankenhaus am Wohnsitz nach einem Unfall**  
Wir organisieren und erstatten nach einem Unfall (Ziffer 1.1.) 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 ist und ärztlich angeordnet wurde.  
Diese Kosten werden auch dann ersetzt, wenn eine medizinische Notwendigkeit nicht vorliegt, aufgrund des Verletzungsbilds aber mit einer vollstationären Heilbehandlung im Ausland von mehr als 14 Tagen zu rechnen ist.
- 4.18 Mehraufwendungen für die Rückkehr der verletzten Person nach einer vollstationären Heilbehandlung zum Wohnsitz nach einem Unfall**  
Wir erstatten nach einem Unfall (Ziffer 1.1) die nachgewiesenen Mehraufwendungen für die Rückkehr der verletzten Person nach der vollstationären Heilbehandlung zu deren ständigem Wohnsitz.  
Die Rückfahrtkosten erstatten wir bis zur Höhe der Bahnkostenerster Klasse einschließlich Zuschlägen bzw. bis zur Höhe der Kosten eines Linienflugs in der Economy Class.  
Nachgewiesene Kosten für Taxifahrten erstatten wir bis zu 100 Euro.  
Notwendige Übernachtungskosten werden höchstens für drei Nächte bis zu je 75 Euro pro Übernachtung gezahlt.
- 4.19 Mehraufwendungen für die Rückkehrreise mitreisender Personen nach einem Unfall**  
Wir organisieren nach einem Unfall (Ziffer 1.1) der versicherten Person die Rückkehr der mitreisenden Kinder und des Ehegatten/Lebenspartners der versicherten Person zu deren ständigem Wohnsitz und erstatten die nachgewiesenen Mehraufwendungen für die Reise.  
Die Rückfahrtkosten werden bis zur Höhe der Bahnkosten erster Klasse einschließlich Zuschlägen bzw. bis zur Höhe der Kosten eines Linienflugs in der Economy Class erstattet.  
Nachgewiesene Kosten für Taxifahrten werden bis zu 100 Euro erstattet.  
Notwendige Übernachtungskosten werden höchstens für drei Nächte bis zu je 75 Euro pro Übernachtung und Person gezahlt.
- 4.20 Mehraufwendungen für außerplanmäßigen Rücktransport von Gepäck und Haustieren nach einem Unfall**  
Wir organisieren nach einem Unfall (Ziffer 1.1) den außerplanmäßigen Transport von Gepäckstücken und Haustieren zum ständigen Wohnsitz der versicherten Person und erstatten die nachgewiesenen Mehraufwendungen für den Transport.
- 4.21 Bergungskosten nach einem Unfall**  
Erstattet werden nach einem Unfall (Ziffer 1.1) die nachgewiesenen Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten werden auch dann ersetzt, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
- 4.22 Überführungs- und Bestattungskosten im Todesfall im Ausland nach einem Unfall**  
Wir erstatten nach einem Unfall (Ziffer 1.1) die nachgewiesenen Überführungskosten bei einem unfallbedingten Todesfall bis zum letzten ständigen Wohnsitz der versicherten Person oder, nach Abstimmung mit den Angehörigen, die angemessenen Bestattungskosten im Ausland.
- 4.23 Arzneimittelversand nach einem Unfall**  
Ist die versicherte Person nach einem Unfall (Ziffer 1.1) zur Aufrechterhaltung der Gesundheit auf verschreibungspflichtige Arzneimittel, die vor Ort nicht besorgt werden können, angewiesen, sorgen wir, nach Abstimmung mit dem Hausarzt der versicherten Person, für die Zusendung der Arzneimittel und übernehmen die entstehenden Versandkosten sowie die Kosten der Abholung beim Zoll.
- 4.24 Brillenversand nach einem Unfall**  
Ist die versicherte Person nach einem Unfall (Ziffer 1.1) zur Aufrechterhaltung der Gesundheit/Sehkraft auf eine medizinisch notwendige Brille angewiesen, sorgen wir für die Zusendung und übernehmen die entstehenden Versandkosten sowie die Kosten der Abholung beim Zoll.
- 4.25 Ersatz der Kosten für Schadenmeldungen aus dem Ausland nach einem Unfall**  
Für Anrufe aus dem Ausland zur Schadenmeldung erstatten wir Ihnen je Unfallereignis (Ziffer 1.1) pauschal 25 Euro.

## 5 ARAG Reha-Manager

### 5.1 Voraussetzung für die Leistung

Voraussetzung für die Leistung ist eine nach ärztlicher Feststellung voraussichtlich zu erwartende dauerhafte Einschränkung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 25 Prozent.

### 5.2 Art der Leistung

Der von uns beauftragte Reha-Manager berät die versicherte Person

- nach einem Unfall (Ziffer 1.1)
- nach einer ambulanten Operation oder bei vollstationärem Krankenhausaufenthalt (Ziffer 1.2)

auf Basis der individuellen Bedürfnisse, bei ihrer Rehabilitation und bei notwendigen Veränderungen im beruflichen, medizinischen und sozialen Bereich.

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

Dies geschieht durch Informationen und den Nachweis bzw. die Vermittlung von fachkundigen Dienstleistern sowie durch Koordination der Versorgungsmaßnahmen. Eine Haftung für die Leistung wird von uns nicht übernommen.

#### 5.2.1 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.

#### 5.2.2 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.

#### 5.2.3 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).

#### 5.2.4 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, (bereits involvierten) Familienmitgliedern, Ämtern und sozialen Einrichtungen sowie Anwälten und
- Umschulungen: Herstellen von Kontakten zu Personal-/Berufsberatern und Bildungsträgern sowie Schulen.

#### 5.2.5 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.

#### 5.2.6 Weitere Leistungen bei Kindern

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

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

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

### 5.3 Dauer der Leistung/Leistungsort

Die Leistung wird bis zu drei Jahre, vom versicherten Ereignis an gerechnet, erbracht.

Die Leistungen werden ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht.

### 5.4 Entschädigungsgrenze

Die Leistungen des Reha-Managers sind insgesamt auf **30.000 Euro je Versicherungsfall** begrenzt.

Etwaige Aufwendungen für Reha-Maßnahmen selbst werden nicht erstattet.

## 6 Weitere Serviceleistungen

Die nachfolgenden Serviceleistungen können Sie in Anspruch nehmen, auch wenn kein versichertes Ereignis gemäß Ziffer 1.1 bis 1.4 vorliegt. Die Serviceleistung beschränkt sich auf die Benennung von Dienstleistern. Die Beauftragung des Dienstleisters bzw. die Kostenübernahme für die Dienstleistung erfolgt durch Sie bzw. haben Sie zu tragen, sofern nachfolgend nicht etwas anderes vereinbart wurde.

### 6.1 Benennung von Dienstleistern (keine Beauftragung und Kostenübernahme)

Wir benennen oder vermitteln auf Anfrage:

- Fachanwälte aus dem ARAG Anwaltsnetzwerk
- Versorgungleistungen für die verletzte oder erkrankte Person, zum Beispiel Menüservice, Pflegekräfte, Fahrdienste
- Versorgung des Haushalts, zum Beispiel Einkaufs-, Wäsche- und Reinigungsdienste für die Wohnung
- Hausmeisterdienste
- Beratung über Pflege
- Betreuungsdienste von im Haushalt lebenden Personen
- Berater über technische Hilfsmittel
- Hilfe auf Reisen
- technische Hilfsmittel im Haushalt

### 6.2 Information über die Möglichkeiten einer ärztlichen Versorgung

Wir informieren die versicherte Person auf Anfrage über die Möglichkeiten einer ärztlichen Versorgung im In- und Ausland.

### 6.3 Information über einen niedergelassenen Arzt/Vermittlung eines niedergelassenen Arztes

Soweit möglich, benennen wir einen Deutsch, Englisch oder Muttersprache sprechenden Arzt (In- und Ausland). Die Beauftragung des Arztes müssen Sie selbst vornehmen.

### 6.4 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).

### 6.5 Benachrichtigung von Angehörigen, Arbeitgeber, sonstigen Personen (In- und Ausland)

Wir benachrichtigen auf Wunsch die Angehörigen, den Arbeitgeber oder sonstige Personen der versicherten Person im In- und Ausland.

### 6.6 Beratung behindertengerechtes Wohnen, Umzug, Umbau des Fahrzeugs

Wir vermitteln auf Anfrage eine Beratung für

- den behindertengerechten Umbau des selbst bewohnten Hauses oder der Wohnung,
- einen notwendigen Umzug in ein behindertengerechtes Haus oder Wohnung bzw. in ein Senioren- oder Pflegeheim und
- die behindertengerechte Umrüstung des eigenen oder eines fremden Pkws, sofern dieser einer mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebenden Person gehört.

## 7 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

### 7.1 Allgemeine Ausschlüsse

#### 7.1.1 Kriegs- und Bürgerkriegsereignisse

Die Versicherung leistet nicht bei Ereignissen, die unmittelbar oder mittelbar durch Krieg oder Bürgerkrieg verursacht wurden.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.

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

Die Erweiterung gilt nicht

- bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht,
- für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg,
- für Unfälle durch atomare, biologische und chemische Waffen.

#### 7.1.2 Kernenergie

Die Versicherung leistet nicht bei Ereignissen, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht wurden.

### 7.2 Besondere Ausschlüsse bei einem Unfallereignis gemäß Ziffer 1.1

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

#### 7.2.1 Geistes- und Bewusstseinsstörungen

Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Unfälle durch einen Schlaganfall, Herzinfarkt, epileptischen Anfall oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Versichert sind die daraus resultierenden Unfallfolgen. Die durch den Schlaganfall, Herzinfarkt epileptischen Anfall oder durch andere Krampfanfälle hervorgerufenen Gesundheitsschäden sind nicht versichert. Auch besteht Versicherungsschutz für Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen durch Trunkenheit, beim Lenken von Kraftfahrzeugen allerdings nur, sofern der Blutalkoholgehalt zum Unfallzeitpunkt unter 1,1 Promille liegt. Versicherungsschutz besteht auch für Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen durch ärztlich verordnete Medikamente, sofern die Medikamente der ärztlich empfohlenen Dosierung entsprechend eingenommen wurden. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Unfälle durch Drogeneinfluss. Der Zustand der Übermüdung, Schlaftrunkenheit und das Einschlafen infolge einer Übermüdung gelten nicht als Bewusstseinsstörungen.

#### 7.2.2 Vorsätzliche Straftaten

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

Versicherungsschutz besteht jedoch für Unfälle von

- Personen, die zum Zeitpunkt des Unfallereignisses das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und
- Personen, die wegen ihres geistigen oder körperlichen Zustands der Beaufsichtigung im Sinne des § 832 BGB bedürfen; durch
- Lenken oder Fahren von Land- oder Wasserfahrzeugen ohne den Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis (§ 21 StVG) und
- Herstellung und Gebrauch selbstgebafter Feuerwerkskörper.

Voraussetzung ist, dass

- bei Fahren ohne gültige Fahrerlaubnis keine weiteren vorsätzlichen oder fahrlässigen Straftaten begangen wurden und
- bei der Herstellung und dem Gebrauch selbstgebafter Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung begangen oder geplant wurden.

#### 7.2.3 Führen eines Luftfahrzeugs

Unfälle der versicherten Person

- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs;
- bei einer mithilfe eines Luftfahrzeugs auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

#### 7.2.4 Fahrveranstaltungen

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

Versicherungsschutz besteht jedoch für Unfälle mit Motorfahrzeugen bei Tourenfahrten, Sternfahrten und Rallyefahrten, bei denen es allein um die Einhaltung einer Durchschnittsgeschwindigkeit geht. Versicherungsschutz besteht auch bei Unfällen bei gelegentlichen Fahrveranstaltungen auf einer öffentlich zugänglichen Gokartbahn mit Leihkarts, sofern hierfür keine Lizenz erforderlich ist.

### 7.3 **Ausgeschlossen sind bei Unfällen gemäß Ziffer 1.1 ferner folgende Beeinträchtigungen:**

#### 7.3.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis gemäß Ziffer 1.1 die überwiegende Ursache ist.

#### 7.3.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen

Gesundheitsschädigungen durch Röntgen-, Laser- oder Maserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen sind versichert.

Ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschädigungen, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten eintreten sowie Berufs- bzw. Gewerkrankheiten.

#### 7.3.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn

- die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren;
- die Gesundheitsschädigungen durch Pediküre oder Maniküre hervorgerufen wurden.

#### 7.3.4 Gesundheitsschäden durch Infektionen

##### 7.3.4.1 Insektenstiche, geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn nachfolgende Infektionen beim erstmaligen Ausbruch von Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche, -bisse oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzung übertragen wurden. Versichert sind: Borreliose, Brucellose, Enzephalitis, Fleckfieber, Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), Gelbfieber, Dreitagefieber, Malaria, Meningitis, Pest.

Versicherungsschutz besteht auch

- bei vorbeugenden Schutzimpfungen gegen die oben genannten Infektionskrankheiten, sofern diese gesetzlich vorgeschrieben oder ärztlich verordnet sind;
- bei allergischen Reaktionen als Folge von Insektenstichen.

- 7.3.4.2 Tollwut, Wundstarrkrampf und Infektionen als Folge von Unfallverletzungen  
 Versicherungsschutz besteht jedoch für
- Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für
  - Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten.
- Versicherungsschutz besteht jedoch beim erstmaligen Ausbruch folgender Infektionskrankheiten: Cholera, Enchinokokkose (Fuchsbandwurm), Diphtherie, Gürtelrose, Keuchhusten, spinale Kinderlähmung, Lepra, Masern, Mumps, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken/Windpocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Tuberkulose, Tularämie (Hasenpest) und Typhus/Paratyphus.
- Versicherungsschutz besteht auch bei vorbeugenden Schutzimpfungen gegen die oben genannten Infektionskrankheiten, sofern diese gesetzlich vorgeschrieben oder ärztlich verordnet sind, wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet.
- Der Versicherungsschutz für diese Infektionen beginnt erst nach einer Wartezeit von drei Monaten nach dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.
- 7.3.4.3 Infektionen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe  
 Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziffer 7.3.3 entsprechend.
- 7.3.5 Vergiftungen durch Verschlucken fester oder flüssiger Stoffe  
 Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.  
 Versicherungsschutz besteht auch für Vergiftungen durch Nahrungsmittel.
- 7.3.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.  
 Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte hirnorganische Schädigung oder hirnorganische Reaktion zurückzuführen sind.
- 7.3.7 Gesundheitsschäden durch Bauch- oder Unterleibsbrüche.  
 Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.  
 Bis zum 75. Lebensjahr der versicherten Person besteht auch Versicherungsschutz, wenn sie durch erhöhte Kraftanstrengung entstanden sind.  
 Bis zum 67. Lebensjahr der versicherten Person besteht auch Versicherungsschutz, wenn sie durch Eigenbewegung entstanden sind.

## Der Versicherungsfall

---

### 8 Welche Obliegenheiten hat die versicherte Person nach dem Versicherungsfall zu beachten?

Ohne die Mitwirkung der versicherten Person können wir unsere Leistungen nicht erbringen.

#### 8.1 Unverzügliches Hinzuziehen eines Arztes

Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, muss die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

#### 8.2 Unverzügliche Abgabe einer wahrheitsgemäßen Unfallanzeige und von Informationen zum Gesundheitszustand

Die von uns übersandte Unfallanzeige muss die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden. Darüber hinaus hat die versicherte Person uns zu Beginn der Leistungserbringung umfassend über den aktuellen Gesundheitszustand zu informieren. Auch während der Leistungserbringung sind uns Veränderungen des Gesundheitszustands mitzuteilen.

#### 8.3 Beantragung einer Pflegebedürftigkeit

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

#### 8.4 Anzeigepflicht

Die Anerkennung einer Pflegestufe sowie der Bezug von Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung sind uns unverzüglich anzuzeigen.

#### 8.5 Ärztliche Untersuchungspflicht (Erstattung des Verdienstauffalls)

Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstauffalls tragen wir.

#### 8.6 Zustimmung zur ärztlichen Auskunft

Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden, soweit zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich, sind auf unser

Verlangen von ihrer Schweigepflicht uns gegenüber zu entbinden und zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

## 9 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 8 vorsätzlich verletzt, verliert die versicherte Person den Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir die versicherte Person durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Wird durch die versicherte Person nachgewiesen, dass sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn die versicherte Person nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt wurde.

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

## Die Versicherungsdauer

---

### 10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

#### 10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass Sie den ersten oder den einmaligen Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.

#### 10.2 Dauer und Ende des Vertrags

##### 10.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

##### 10.2.2 Stillschweigende Verlängerung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht gekündigt wird. Kündigen können sowohl Sie als auch wir. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf der Vertragszeit zugehen.

##### 10.2.3 Vertragsbeendigung

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

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugehen.

#### 10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Sie oder wir können den Vertrag kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht haben oder wenn Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits zugegangen sein.

Wenn Sie kündigen, wird Ihre Kündigung wirksam, sobald sie uns zugeht. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird, spätestens jedoch am Ende des Versicherungsjahres. Unsere Kündigung wird einen Monat, nachdem Sie sie erhalten haben, wirksam.

#### 10.4 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

Ausnahme:

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

Beispiel: Bei einer Vertragsdauer von fünfzehn Monaten beträgt das erste Versicherungsjahr drei Monate, das folgende Versicherungsjahr zwölf Monate.

## 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 und Versicherungsperiode

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

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

#### 11.1.2 Versicherungsteuer

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

### 11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/erster Beitrag

#### 11.2.1 Fälligkeit der Zahlung

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

#### 11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

#### 11.2.3 Rücktritt

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

### 11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

#### 11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu den jeweils vereinbarten Zeitpunkten fällig.

#### 11.3.2 Verzug

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, geraten Sie in Verzug, auch ohne dass Sie eine Mahnung von uns erhalten haben.

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

Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist (Ziffer 11.3.3).

#### 11.3.3 Zahlungsfrist

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

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

- Die ausstehenden Beträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
- die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die nach Ziffer 11.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.

#### 11.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung

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

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

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

### 11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

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

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

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

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

#### **11.5 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung**

Sofern die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart ist, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate in Verzug sind.

Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

#### **11.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung**

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

## **Weitere Bestimmungen**

---

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

#### **12.1 Fremdversicherung**

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

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

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

#### **12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller**

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

#### **12.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen**

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

### **13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?**

#### **13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht**

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

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

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

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

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

#### **13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung**

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

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

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

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine vorsätzliche
- noch eine grob fahrlässige

Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

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

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

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

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

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

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

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

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

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

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (Ziffer 11.1.1) Vertragsbestandteil.

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

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

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

### 13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

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

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

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

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

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

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

### **13.4 Anfechtung**

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

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

### **13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes**

Die Ziffern 13.1. bis 13.4 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

## **14 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?**

### **14.1 Gesetzliche Verjährung**

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

### **14.2 Aussetzung der Verjährung**

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

## **15 Welches Gericht ist zuständig?**

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

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

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

## **16 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?**

**16.1 Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:**

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

**16.2 Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.**

Wenn Sie dies nicht tun und wir Ihnen gegenüber eine rechtliche Erklärung abgeben wollen, gilt Folgendes: Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung als zugegangen, wenn wir sie per Einschreiben an Ihre letzte uns bekannte Anschrift geschickt haben. Das gilt auch, wenn Sie uns eine Änderung Ihres Namens nicht mitteilen.

## **17 Welches Recht findet Anwendung?**

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

---

## **Unsere Garantie**

### **18 Künftige Leistungsverbesserungen (Update-Garantie)**

Werden die dem Vertrag zugrunde liegenden Unfall-Schutzbrief Bedingungen (USB 2016) ausschließlich zu Ihrem Vorteil und ohne Beitragsänderung geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für Ihren Vertrag.

# Auszug Allgemeine Rechtsschutz-Bedingungen (ARB 2016)

## § 5 Leistungsumfang

- (1) Die ARAG erbringt und vermittelt Dienstleistungen zur rechtlichen Interessenwahrnehmung und trägt
- a) bei Eintritt des Rechtsschutzfalls im Inland die Vergütung eines für den Versicherungsnehmer tätigen Rechtsanwalts bis zur Höhe der gesetzlichen Vergütung eines am Ort des zuständigen Gerichts ansässigen Rechtsanwalts. Die ARAG trägt in Fällen, in denen das Rechtsanwaltsvergütungsgesetz (RVG) für die Erteilung eines mündlichen oder schriftlichen Rates oder einer Auskunft (Beratung), die nicht mit einer anderen gebührenpflichtigen Tätigkeit zusammenhängt, und für die Ausarbeitung eines Gutachtens keine der Höhe nach bestimmte Gebühr festsetzt, je Rechtsschutzfall die übliche Vergütung, höchstens jedoch 250 Euro, und für ein erstes Beratungsgespräch höchstens 190 Euro.  
Wohnt der Versicherungsnehmer mehr als 100 Kilometer Luftlinie vom zuständigen Gericht entfernt und erfolgt eine gerichtliche Wahrnehmung seiner Interessen, trägt die ARAG bei den Leistungsarten gemäß § 2 a) bis g), l), m) und o) in der ersten Instanz weitere Kosten für einen im Landgerichtsbezirk des Versicherungsnehmers ansässigen Rechtsanwalt bis zur Höhe der gesetzlichen Vergütung eines Rechtsanwalts, der lediglich den Verkehr mit dem Prozessbevollmächtigten führt, oder stattdessen in gleicher Höhe Reisekosten und Abwesenheitsgelder des für den Versicherungsnehmer tätigen Rechtsanwalts;
  - b) bei Eintritt eines Rechtsschutzfalls im Ausland die angemessene Vergütung eines für den Versicherungsnehmer tätigen, am Ort des zuständigen Gerichts ansässigen ausländischen oder eines im Inland zugelassenen Rechtsanwalts. Im letzteren Fall trägt die ARAG die Vergütung bis zur Höhe der gesetzlichen Vergütung, die entstanden wäre, wenn das Gericht, an dessen Ort der Rechtsanwalt ansässig ist, zuständig wäre. § 5 Absatz 1 a) Satz 2 gilt entsprechend.  
Wohnt der Versicherungsnehmer mehr als 100 Kilometer Luftlinie vom zuständigen Gericht entfernt und ist ein ausländischer Rechtsanwalt für den Versicherungsnehmer tätig, trägt die ARAG in der ersten Instanz weitere Kosten für einen im Landgerichtsbezirk des Versicherungsnehmers ansässigen Rechtsanwalt bis zur Höhe der gesetzlichen Vergütung eines Rechtsanwalts, der lediglich den Verkehr mit dem ausländischen Rechtsanwalt führt.  
Ist der Rechtsschutzfall durch einen Kraftfahrzeugunfall im Geltungsbereich des § 6 Absatz 1 eingetreten und eine zunächst betriebene Regulierung mit dem Schadenregulierungsbeauftragten beziehungsweise der Entschädigungsstelle im Inland erfolglos geblieben, so dass eine Rechtsverfolgung im Ausland notwendig wird, trägt die ARAG zusätzlich die Kosten eines inländischen Rechtsanwalts bei der Regulierung mit dem Schadenregulierungsbeauftragten beziehungsweise der Entschädigungsstelle im Inland im Rahmen der gesetzlichen Gebühren bis zur Höhe einer 1,5-fachen Gebühr nach § 13 RVG für dessen gesamte Tätigkeit.  
Bei Eintritt eines Rechtsschutzfalls im Rahmen des § 6 Absatz 2 trägt die ARAG abweichend von (1) die Vergütung eines für den Versicherungsnehmer 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) die Gerichtskosten einschließlich der Entschädigung für Zeugen und Sachverständige, die vom Gericht herangezogen werden, sowie die Kosten des Gerichtsvollziehers;
  - d) die Gebühren eines Schieds- oder Schlichtungsverfahrens bis zur Höhe der Gebühren, die im Falle der Anrufung eines zuständigen staatlichen Gerichts erster Instanz entstehen; die Kosten für Mediationsverfahren richten sich hingegen ausschließlich nach § 5 a);
  - e) die Kosten in Verfahren vor Verwaltungsbehörden einschließlich der Entschädigung für Zeugen und Sachverständige, die von der Verwaltungsbehörde herangezogen werden, sowie die Kosten der Vollstreckung im Verwaltungswege;
  - f) die übliche Vergütung
    - aa) eines öffentlich bestellten technischen Sachverständigen oder einer rechtsfähigen technischen Sachverständigenorganisation in Fällen der
      - Verteidigung in verkehrsrechtlichen Straf- und Ordnungswidrigkeitenverfahren,
      - Wahrnehmung der rechtlichen Interessen aus Kauf- und Reparaturverträgen von Motorfahrzeugen zu Lande sowie Anhängern;
    - bb) eines im Ausland ansässigen Sachverständigen in Fällen der Geltendmachung von Ersatzansprüchen wegen der im Ausland eingetretenen Beschädigung eines Motorfahrzeugs zu Lande sowie Anhängers;
  - g) die Kosten der Reisen des Versicherungsnehmers zum Gericht, wenn sein Erscheinen als Beschuldigter oder Partei vorgeschrieben und zur Vermeidung von Rechtsnachteilen erforderlich ist. Die Reisekosten zu einem inländischen Gericht werden jedoch nur übernommen, wenn über die Voraussetzungen in Satz 1 hinaus der Versicherungsnehmer mehr als 100 Kilometer Luftlinie vom Gerichtsort entfernt wohnt. Die Kosten werden bis zur Höhe der für Geschäftsreisen von deutschen Rechtsanwälten geltenden Sätze übernommen;
  - h) die dem Gegner durch die Wahrnehmung seiner rechtlichen Interessen entstandenen Kosten, soweit der Versicherungsnehmer zu deren Erstattung aufgrund eines Kostenfestsetzungsbeschlusses verpflichtet ist.
- (2)
- a) Der Versicherungsnehmer kann die Übernahme der von der ARAG zu tragenden Kosten verlangen, sobald er nachweist, dass er zu deren Zahlung verpflichtet ist oder diese Verpflichtung bereits erfüllt hat.
  - b) Vom Versicherungsnehmer in fremder Währung aufgewandte Kosten werden diesem in Euro zum Wechselkurs des Tages erstattet, an dem diese Kosten vom Versicherungsnehmer gezahlt wurden.

- (3) Die ARAG trägt nicht
- a) Kosten, die der Versicherungsnehmer ohne Rechtspflicht übernommen hat;
  - b) Kosten,
    - aa) die bei einer einverständlichen Erledigung durch Vergleich nicht dem Verhältnis des vom Versicherungsnehmer angestrebten Ergebnisses zum erzielten Ergebnis entsprechen, es sei denn, dass eine hiervon abweichende Kostenverteilung gesetzlich vorgeschrieben ist;
    - bb) soweit sie bei einer einverständlichen Erledigung durch Vergleich auf der Einbeziehung nicht streitiger Gegenstände beruhen;
  - c) die im Versicherungsschein vereinbarte Selbstbeteiligung je Rechtsschutzfall;
  - d) Kosten, die aufgrund der vierten oder jeder weiteren Zwangsvollstreckungsmaßnahme je Vollstreckungstitel entstehen;
  - e) Kosten aufgrund von Zwangsvollstreckungsmaßnahmen, die später als fünf Jahre nach Rechtskraft des Vollstreckungstitels eingeleitet werden;
  - f) Kosten für Strafvollstreckungsverfahren jeder Art nach Rechtskraft einer Geldstrafe oder -buße unter 250 Euro;
  - 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, trägt die ARAG nur den Teil der angefallenen Kosten, der dem Verhältnis des Werts des gedeckten Teils zum Gesamtstreitwert (Quote) entspricht. In den Fällen des § 2 h) bis j) sowie n) 1) bis 3) richtet sich der von der ARAG zu tragende Kostenanteil nach Gewichtung und Bedeutung der einzelnen Vorwürfe im Gesamtzusammenhang;
  - j) die Umsatzsteuer, soweit der Versicherungsnehmer zum Vorsteuerabzug berechtigt ist.
- (4) Die ARAG zahlt in jedem Rechtsschutzfall höchstens die vereinbarte Versicherungssumme. Zahlungen für den Versicherungsnehmer und mitversicherte Personen aufgrund desselben Rechtsschutzfalls werden hierbei zusammengerechnet. Dies gilt auch für Zahlungen aufgrund mehrerer Rechtsschutzfälle, die zeitlich und ursächlich zusammenhängen.
- (5) Die ARAG sorgt
- a) für die Übersetzung der für die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen des Versicherungsnehmers im Ausland notwendigen schriftlichen Unterlagen und trägt die dabei anfallenden Kosten;
  - b) für die Zahlung eines zinslosen Darlehns bis zu der vereinbarten Höhe für eine Kautionsleistung, die gestellt werden muss, um den Versicherungsnehmer einstweilen von Strafverfolgungsmaßnahmen zu verschonen;
  - c) für die Auswahl und Beauftragung eines Dolmetschers, wenn der Versicherungsnehmer, sein mitversicherter Lebenspartner oder die mitversicherten Kinder im Ausland verhaftet oder mit Haft bedroht werden, und trägt auch die hierfür anfallenden Kosten; ferner benachrichtigt sie in diesen Fällen von den Versicherten benannte Personen und bei Bedarf diplomatische Vertretungen;
  - d) auf Wunsch des Versicherungsnehmers für die Aufbewahrung von Kopien wichtiger privater Unterlagen und privater Dokumente, um im Notfall schnell Ersatz beschaffen zu können. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer die Kopien rechtzeitig, das heißt mindestens 14 Tage vor der Reise, an die ARAG sendet. Verliert der Versicherungsnehmer, sein mitversicherter Lebenspartner oder die mitversicherten Kinder auf einer Reise im Ausland ein für die Reise benötigtes privates Dokument, benennt die ARAG bei Bedarf diplomatische Vertretungen und übernimmt 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 entsprechend
- a) in Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit und im Beratungs-Rechtsschutz im Familien-, Lebenspartnerschafts- und Erbrecht (§ 2 k Absatz 1 und 2) für Notare;
  - b) im Steuer-Rechtsschutz gemäß § 2 e) für Angehörige der steuerberatenden Berufe;
  - c) bei Wahrnehmung rechtlicher Interessen im Ausland für dort ansässige rechts- und sachkundige Bevollmächtigte.

# Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft

## Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist gesetzlich geregelt.

Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den „**Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft**“ verpflichtet, nicht nur die gesetzlichen Vorgaben einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen.

Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter [www.ARAG.de](http://www.ARAG.de) abrufen können. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister.

Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gern einen Ausdruck dieser Listen aus.

## Ihre Rechte

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen sowie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist.

In allen diesen Fällen können Sie sich jederzeit an den ARAG Kunden-Service wenden.

Sie erreichen uns telefonisch unter +49 211 98 700 700.

Natürlich können Sie uns auch schreiben:

ARAG Versicherungen, ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf oder per Email an [service@ARAG.de](mailto:service@ARAG.de).

## Einwilligung und Schweigepflichtentbindung zur Erhebung und Verarbeitung von Gesundheitsdaten und anderen besonderen Arten personenbezogener Daten

Sofern bei der Risiko- oder Leistungsprüfung oder in der Schadenbearbeitung Gesundheitsdaten verarbeitet werden, holen wir zuvor eine Einwilligungs- und ggf. auch eine Schweigepflichtentbindungserklärung bei Ihnen bzw. beim Betroffenen ein. Sollen andere besondere Arten personenbezogener Daten im Sinne des § 3 Abs. 9 BDSG erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, wie beispielsweise die Information über eine Gewerkschaftszugehörigkeit als Tarifmerkmal, wird mit dem betreffenden Antrag eine entsprechende Einwilligungserklärung vom Antragsteller eingeholt.

## Hinweis zum Hinweis- und Informationssystem

Die informa HIS GmbH betreibt das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS).

An das HIS melden wir – ebenso wie andere Versicherungsunternehmen – erhöhte Risiken sowie Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten und daher einer näheren Prüfung bedürfen.

Zweck des durch das HIS ermöglichten Informationsaustausches ist die Unterstützung der Risikobeurteilung bei Versicherungsanträgen, der Sachverhaltsaufklärung bei Versicherungsfällen unter Rückgriff auf frühere Schadenfälle sowie die Bekämpfung von Versicherungsmisbrauch.

Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrages oder Regulierung eines Schadens, richten wir Anfragen zur Person oder Sache (z. B. Immobilie) an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfragen.

Eine Einmeldung in das HIS ist bei Antragstellung oder im Versicherungsfall möglich und kann eine Person oder eine Sache, z. B. eine Immobilie, betreffen.

Eine Meldung zur Person ist möglich, wenn ungewöhnlich oft Schäden gemeldet werden oder z. B. das Schadenbild mit der Schadensschilderung nicht in Einklang zu bringen ist. In diesen Fällen werden insbesondere Name, Anschrift, Geburtsdatum sowie Angaben zum Risiko an das HIS gemeldet.

Immobilien melden wir an das HIS, wenn wir eine ungewöhnlich hohe Schadenhäufigkeit feststellen. In diesen Fällen werden insbesondere Daten zu Ihrer Immobilie, wie die Anschrift, Vertrags- bzw. Schadenart an das HIS gemeldet.

Im Schadenfall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den Versicherern, die Daten an das HIS gemeldet haben, zu erfragen. Auch diese Ergebnisse speichern wir, soweit sie für die Prüfung des Versicherungsfalls relevant sind. Es kann auch dazu kommen, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsfall beantworten und daher Auskunft über Ihren Schadenfall geben müssen.

Sollten wir Sie, Ihre Immobilie oder Ihr Fahrzeug an das HIS melden, werden Sie in jedem Fall über die Einmeldung von uns benachrichtigt.

Eine detaillierte Beschreibung des HIS finden Sie im Internet unter [www.informa-irfp.de](http://www.informa-irfp.de).

## Betriebliche Datenschutzbeauftragte

Die Kontaktdaten unseres betrieblichen Datenschutzbeauftragten finden Sie auf unserer Internetseite [www.ARAG.de](http://www.ARAG.de) unter dem Stichwort „Datenschutz“.

# Übersicht der Dienstleister des ARAG Konzerns

gemäß der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

## I. Konzerngesellschaften, die an gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren der Kundenstammdaten teilnehmen:

- |                                     |                                |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| 1. ARAG SE                          | 4. ARAG Lebensversicherungs-AG |
| 2. ARAG Allgemeine Versicherungs-AG | 5. Vif GmbH                    |
| 3. ARAG Krankenversicherungs-AG     | 6. Interlloyd Versicherungs-AG |

## II. Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags (Einzelbenennung):

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten
Konzerngesellschaften (siehe I.)	ARAG IT GmbH	Betrieb gruppenweiter IT-Anwendungen Softwareentwicklung, IT-Sicherheit	ja
außer 1.	ARAG SE	Betreuungs-, Verkaufsförderungs- und Steuerungsaktivitäten in den Vertriebswegen	ja
außer 1.	ARAG SE	Datentransfer mit Vermittlern und Dienstleistern	ja
außer 1.	ARAG SE	Marktforschung, Marketing, Konzernrevision, Recht	ja
außer 1.	ARAG SE	Postbearbeitung, inkl. scannen der Eingangspost	ja
außer 3. + 4.	ARAG SE	Risikoprüfung, Abwicklung Rückversicherungsgeschäft	ja
außer 1.	ARAG SE	Zahlungsverkehr (Inkasso) Mahnverfahren außergerichtlich und gerichtlich	ja
	ARAG Service Center GmbH	Telefonischer Kundendienst Assistance-Leistungen	ja
	freesort GmbH	Postbearbeitung	nein
	T-Systems DDM GmbH	Druck und Versand	ja
ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	ARAG SE	Antrags- und Vertrags-Bearbeitung Beschwerdemanagement	ja
	ARAG Service Center GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	Actineo GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	ControlExpert GmbH	Leistungsbearbeitung	nein
	DEKRA Claims Management GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	E+S Rückversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung	ja
	Europa Krankenversicherung Aktiengesellschaft	Leistungsbearbeitung	ja
	Ihr Rehabilitations-Dienst GmbH	Disease-Management	ja
ARAG Krankenversicherungs-AG	AGA Service Deutschland GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	Almeda GmbH	Telefonischer Kundendienst Assistance-Leistungen	ja
	ARBMED GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	avocis Deutschland GmbH	Telefonischer Kundendienst	ja
	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.	Austausch von Meldesätzen mit Finanzbehörden	ja
	IMB Consult GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	MEDICPROOF GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	Viamed GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
ARAG Lebensversicherungs-AG	ARAG SE	Depotverwaltung für Fondspolizen	nein
	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.	Austausch von Meldesätzen mit Finanzbehörden	zum Teil
Interlloyd Versicherungs-AG	ARAG Service Center GmbH	Leistungsbearbeitung (Schutzbrief)	ja
	ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	Leistungsbearbeitung	ja
	ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	Dienstleistermanagement	ja
	Actineo GmbH	Leistungsbearbeitung	Ja
	ControlExpert GmbH	Leistungsbearbeitung	nein
	DEKRA Claims Management GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	E+S Rückversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung	ja

### III. Kategorien von Dienstleistern, bei denen Datenverarbeitung kein Hauptgegenstand des Auftrages ist:

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleisterkategorie	Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten
Alle Konzerngesellschaften	Adressermittler	Adressprüfung	nein
	Ärzte	Risiko und Leistungsprüfung	ja
	Aktenlager	Lagerung von Akten	ja
	Assisteure	Assistanceleistungen	zum Teil
	Call-Center	In- Outbound Telefonie	Zum Teil
	Datenvernichter	Vernichtung von Daten	ja
	Gutachter und Sachverständige	Risiko-/Leistungsprüfung, Rückstellungs- und Rentabilitätsberechnung, Unterstützung bei Schadenregulierung, Unterstützung bei Kalkulation	zum Teil
	Inkassounternehmen	Forderungsmanagement	nein
	IT-Dienstleister	Wartung und Entwicklung von IT-Hard- und Software	zum Teil
	Lettershops/Druckereien	Druck/Versand von Post und Emailmassensendungen	nein
	Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen	nein
	Marktforschungsunternehmen	Marktforschung	nein
	Rechtsanwälte	Rechtsberatung/-hilfe, Prozessvertretung Forderungseinzug	zum Teil
	Rückversicherer	Rückversicherung	ja
	Sanierer, Werkstätten	Schadensanierung und Reparaturen	Zum Teil
	Servicekartenhersteller	Herstellung von Kundenkarten	nein
	Wirtschaftsauskunfteien	Bonitätsprüfung in der Antrags- und Leistungsbearbeitung	nein
ARAG Krankenversicherungs-AG	Anbieter medizinischer Produkte	Hilfsmittelversorgung	ja

### IV. Hinweise:

Nicht alle hier gelisteten Auftragnehmer und Dienstleister erhalten automatisch Ihre personenbezogenen Daten. Pro Auftrag wird geprüft, welche personenbezogenen Daten tatsächlich zur Auftragserfüllung notwendig sind und nur diese werden dann im Rahmen des Auftrages an den jeweiligen Auftragnehmer oder Dienstleister weitergeben.

Ein Widerspruch gegen die Übermittlung von Daten im Rahmen von einzelnen Beauftragungen ist nur dann möglich, wenn eine gesonderte Prüfung ergibt, dass Ihr schutzwürdiges Interesse aufgrund einer besonderen persönlichen Situation die berechtigten Interessen des beauftragenden Unternehmens überwiegt.

Sollten Sie weiteren Informationsbedarf zu dieser Dienstleisterliste, den „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ oder sonstigen Datenschutzthemen haben, so finden Sie entsprechende Hinweise unter Rubrik Datenschutz auf der ARAG-Webseite (<http://www.arag.de>). Hier finden Sie unter der Überschrift „Neue Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung“ immer eine aktuelle Fassung der Dienstleisterliste.

