



ARAG Unfall-Schutz (AUS 2018)

Unfallversicherung (AUB 2018)
Unfall-Schutzbrief, Alltagshelfer,
Alltagshelfer Plus (USB 2018)

Leistungsübersicht, Information für Versicherte
und Bedingungen

Stand 5.2018

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

vielen Dank für Ihr Vertrauen in den ARAG Unfall-Schutz. Im Versicherungsfall sind wir an Ihrer Seite. Sie erhalten von uns schnelle und kompetente Unterstützung.

Wir möchten Ihnen das Lesen der Bedingungen erleichtern. Deshalb haben wir die Informationen in Abschnitte eingeteilt, damit Sie möglichst schnell die gewünschten Informationen finden.

Die Versicherungsbedingungen haben wir so einfach wie möglich formuliert. Leider lassen sich Fachbegriffe nicht immer vermeiden. Zu Ihrem besseren Verständnis haben wir an diesen Stellen Beispiele *in kursiver Schrift* angeführt, die Ihnen die Formulierungen veranschaulichen. Die Aufzählung von Beispielen ist natürlich nicht abschließend. Das bedeutet, es sind auch andere als die genannten Beispiele denkbar.

Außerdem finden Sie im Anhang eine „Erklärung wichtiger Fachbegriffe“. Alle Begriffe, die dort eingetragen sind, haben wir im Text mit einem Pfeil (→) gekennzeichnet.

Wenn Sie Fragen zu Ihrem Unfall-Schutz haben, rufen Sie uns am besten einfach unter der im Versicherungsschein genannten Telefonnummer an.

Ihre ARAG Allgemeine Versicherungs-AG

In diesem Dokument finden Sie:

- Leistungsübersicht (Seite 3–11)
- Inhaltsverzeichnis (Seite 12)
- Informationen für Versicherte (Seite 13–15)
- Wichtige Hinweise (Seite 16)
- ARAG Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2018) (Seite 17–45)
- ARAG Unfall-Schutzbrief-Bedingungen (USB 2018) Unfall-Schutzbrief/Alltagshelfer/Alltagshelfer Plus (Seite 46–62)
- ARAG Versicherungsausweis für Rechtsschutzleistungen ARAG Unfall-Schutz (Seite 63–67)
- Glossar (Seite 68)

ARAG Unfall-Schutz 2018 – Leistungsübersicht

Hier finden Sie alle Leistungen Ihrer Versicherung auf einen Blick. Details zu den einzelnen Leistungen finden Sie in den Bedingungen. Wir haben zu jeder Leistung die genaue Textstelle und Seite angegeben. Alle Leistungen, die mit einem Punkt (●) gekennzeichnet sind, sind bei Ihrer Versicherung mitversichert.

Zeichenerklärung ● mitversichert ○ versicherbar – nicht versichert

	Basis	Komfort	Premium	Fundstelle
Geltungsbereich				
Weltweit, 24 Stunden	●	●	●	1.2, S. 17
Unfallbegriff				
Allgemeiner Unfallbegriff	●	●	●	1.3, S. 17
Verrenkung Gelenk, Zerrung/Zerreißen Muskeln, Sehnen, Bänder, Kapseln durch erhöhte Kraftanstrengung	●	●	●	1.4.1, S. 17
Verrenkung Gelenk, Zerrung/Zerreißen Muskeln, Sehnen, Bänder, Kapseln durch Eigenbewegung bis zum 67. Lebensjahr	–	–	●	1.4.2, S. 17
Vergiftung durch Gase, Dämpfe oder Stäube	●	●	●	1.4.3, S. 17
Gesundheitsschäden durch Ertrinken, Erstickten oder Erfrieren	●	●	●	1.4.4, S. 17
Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Atemluft	●	●	●	1.4.5, S. 18
Tauchtypische Gesundheitsschäden	●	●	●	1.4.6, S. 18
Rettung oder Verteidigung von Personen, Tieren oder Sachen	●	●	●	1.4.7, S. 18
Gesundheitsschäden durch Hitzschlag	–	–	●	1.4.8, S. 18
Gesundheitsschäden durch Höhenkrankheit	–	–	●	1.4.9, S. 18
Gesundheitsschäden durch Sonnenbrand oder Sonnenstich	–	–	●	1.4.10, S. 18
Invalidität (soweit vereinbart)				
Invaliditätsmeldung, -feststellung, Geltendmachung				
15/24/24 Monate	●	–	–	2.1.1.2, S. 18; 2.1.1.3, S. 19
18/24/24 Monate	–	●	–	
24/36/36 Monate	–	–	●	
Fristenunterbrechung bei Verschulden durch den behandelnden Arzt	–	–	●	2.1.1.4, S. 19
(→) Invaliditätsgrade für Verlust oder Funktionsunfähigkeit				
Arm	70 %	80 %	85 %	2.1.2.2.1, S. 19; 2.1.2.2.2, S. 20
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 %	
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %	70 %	75 %	
Bein bis unterhalb des Knies	50 %	60 %	65 %	
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 %	
Gehör auf einem Ohr	30 %	40 %	45 %	

Geruchssinn	10 %	15 %	20 %
Geschmackssinn	5 %	15 %	20 %
Sprachvermögen	individuell	100 %	100 %
Ein Lungenflügel	individuell	50 %	55 %
Eine Niere	individuell	25 %	30 %
Beide Nieren	individuell	100 %	100 %
Magen	individuell	20 %	25 %
Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm	individuell	25 %	30 %
Milz	individuell	10 %	15 %
Gallenblase	individuell	10 %	15 %

Progressionsmodelle

225 Prozent (ab dem vollendeten 75. Lebensjahr Umstellung auf lineare Invaliditätsleistung)	o	o	o	2.1.3.1, S. 21
350 Prozent (ab dem vollendeten 67. Lebensjahr Umstellung auf 225 Prozent Progression)	o	o	o	2.1.3.2, S. 21
500 Prozent (ab dem vollendeten 67. Lebensjahr Umstellung auf 225 Prozent Progression)	o	o	o	2.1.3.3, S. 21
1.000 Prozent (ab dem vollendeten 67. Lebensjahr Umstellung auf 225 Prozent Progression)	o	o	o	2.1.3.4, S. 21

Unfallrente (soweit vereinbart)

Lebenslange Unfallrente ab 50 Prozent (→) Invaliditätsgrad	o	o	o	2.2, S. 21
Fortsetzung der Rentenzahlung im Todesfall des Rentenbeziehers zur Versorgung der Hinterbliebenen	bis zum Ablauf des laufenden → Versicherungsjahrs	bis 67. Lebensjahr des verstorbenen Rentenbeziehers	bis 67. Lebensjahr des verstorbenen Rentenbeziehers	2.2.3, S. 22; 2.2.3.2, S. 22; 2.2.3.4, S. 22

Krankenhaus- und Arbeitsunfähigkeitstagegeld (soweit vereinbart)

Leistungsdauer bei vollstationärer Heilbehandlung. Leistung erfolgt auch für die Dauer eines stationären oder ambulanten Aufenthalts in einer Rehabilitationseinrichtung	Mindestens 7 Tagessätze; maximal 5 Jahre	Mindestens 7 Tagessätze; maximal 5 Jahre	Mindestens 7 Tagessätze; maximal 5 Jahre	2.3.2, S. 22
Pauschale Leistung bei einer ambulanten Operation	7 Tagessätze	7 Tagessätze	7 Tagessätze	2.3.2, S. 22
Zusätzliche Leistung bei unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit nach einer vollstationären Heilbehandlung oder ambulanten Operation ab dem 8. Tag	bis 28 Tagessätze	bis 28 Tagessätze	bis 28 Tagessätze	2.3.2b), S. 22
Doppelte Leistung nach einem Unfall und Versorgung im Ausland für die vollstationäre Heilbehandlung/ambulante Operation	bis 28 Tage ab Unfallereignis	bis 28 Tage ab Unfallereignis	bis 28 Tage ab Unfallereignis	2.3.3, S. 23

Todesfall-Leistung (soweit vereinbart)

Leistungen bei Unfalltod	●	●	●	2.4, S. 23
Anspruch auf Todesfall-Leistung auch bei unfallbedingtem Tod im zweiten Jahr	●	●	●	2.4.1, S. 23
Anspruch bereits nach Tod-Erklärung (Verschollenheitsgesetz)	●	●	●	2.4.1, S. 23
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			2.4.2, S. 23
Verlängerte Meldefrist im Todesfall	bis 8 Wochen	bis 8 Wochen	bis 8 Wochen	7.5, S. 36

Übergangsleistung, Soforthilfe bei schweren Unfallverletzungen und Frakturen (soweit vereinbart)

Übergangsleistung

Leistung bei unfallbedingter Beeinträchtigung (in Prozent) von • drei Monaten vom Unfalltag an gerechnet zu 100 Prozent oder • sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet zu 50 Prozent	o	o	o	2.5.1, S. 23
---	---	---	---	--------------

Soforthilfe bei schweren Unfallverletzungen (100 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme für die Übergangsleistung)

Querschnittslähmung nach unfallbedingter Schädigung des Rückenmarks	●	●	●	2.5.2, S. 23
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	●	●	●	
Erbblindung 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	●	●	●	
Keine Anrechnung der Leistung auf die Versicherungssumme der Übergangsleistung	●	●	●	
Soforthilfe bei Frakturen (in % der vereinbarten Versicherungssumme für die Übergangsleistung)				
Oberschenkelhalsbruch	30 %	30 %	30 %	2.5.3, S. 24
Sonstige Frakturen	5 %	5 %	5 %	
Bänderrisse	1 %	1 %	1 %	
Leistungsanspruch besteht, auch ohne dass ein Unfallereignis vorliegen muss (ab Diagnose)	●	●	●	
Keine Anrechnung der Leistung auf die Versicherungssumme der Übergangsleistung/der Soforthilfe bei schweren Unfallverletzungen	●	●	●	
Soforthilfe bei Krebserkrankung (versicherbar nur i. V. m. der Übergangsleistung)				
Krebserkrankungen ab Stadium I, Grad 1 bzw. Stadium 1	○	○	○	2.6, S. 24;
Fit Plus (soweit vereinbart)				
Entschädigung für ein durch das Unfallereignis beschädigtes oder zerstörtes Sportgerät (siehe Liste der Sportgeräte)	bis 5.000 €	bis 5.000 €	bis 5.000 €	2.7.2, S. 25
Kosten für Nachsorgebehandlungen (Physiotherapie, Personal Trainer-Stunden, Ernährungsberatung, Bewegungs- und Laufanalyse)	bis 1.000 €	bis 1.000 €	bis 1.000 €	2.7.3, S. 26
Erstattung der Anmeldekosten für Wettkämpfe oder Skipassgebühren	bis 500 €	bis 500 €	bis 500 €	2.7.4, S. 26
Versicherte Kosten				
Entschädigungsgrenzen für alle Kostenpositionen (soweit nachfolgend nicht etwas anderes vereinbart ist)	25.000 €	50.000 €	75.000 €	Versicherungsschein
Soforthilfe zur Vermeidung gesundheitlicher/finanzieller Nachteile i. V. m. einem Unfall (ARAG Soforthilfe)	1.000 €	1.000 €	1.000 €	2.8.1, S. 26
Kosmetische Operationen	●	●	●	2.8.2, S. 26
Zahnersatz-/Zahnbehandlungskosten bei Verlust natürlicher Schneide- oder Eckzähne	●	●	●	2.8.2.1, S. 26
Zahnersatz-/Zahnbehandlungskosten bei Verlust von Backenzähne oder Zahnersatz (Brücken, Kronen, Gebisse, Implantate)	-	●	●	2.8.2.1, S. 26
Kosmetische Operationen bei Brustkrebs bis zum 67. Lebensjahr	-	-	10.000 €	2.8.3.2, S. 27
Behandlungskosten in Dekompressionskammer	●	●	●	2.8.4, S. 27
Bergungskosten	●	●	●	2.8.5, S. 27
Transportkosten zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zur Dekompressionskammer	●	●	●	2.8.6, S. 27
Bestattungs- (nur im Ausland) oder Überführungskosten zum Wohnsitz (In- oder Ausland)	●	●	●	2.8.7, S. 27
Kosten für die Krankentrückverlegung zum Wohnsitz (Flugrückholung) auch ohne medizinische Notwendigkeit	●	●	●	2.8.8, S. 28
Mehraufwand für die Rückreise nach Abschluss der vollstationären Heilbehandlung	-	●	●	2.8.9, S. 28
Mehraufwand für Rückreise mitreisender Personen	-	●	●	2.8.10, S. 28
Kinderbetreuung bis zu 14 Tagen (bis zum 14. Lebensjahr)	-	100 €/Tag	100 €/Tag	2.8.11, S. 28
Fahrdienst für Kinder bis zu 14 Tagen (bis zum 14. Lebensjahr)	-	100 €/Tag	100 €/Tag	2.8.12, S. 28

Nachhilfestunden bis zu 14 Tagen (bis zum 14. Lebensjahr)	-	100 €/Tag	100 €/Tag	2.8.13, S. 28
Krankenbesuche von versicherten Kindern (bis zum 14. Lebensjahr)	-	●	●	2.8.14, S. 28
Rooming-in bis zu 14 Tagen (bis zum 14. Lebensjahr)	-	100 €/Tag	100 €/Tag	2.8.15, S. 28
Behinderungsbedingte Mehraufwendungen ab 50 % (→) Invaliditätsgrad z.B. für den Umbau der Wohnung, des Pkws etc.)	-	●	●	2.8.16, S. 29
Kurbeihilfe nach Abschluss eines vollstationären Krankenhausaufenthalts	-	1.500 €	5.000 €	2.8.17, S. 29
Erstattung der Krankenhaus-Zuzahlung aus der gesetzlichen Krankenversicherung	-	●	●	2.8.18, S. 29
Psychologische telefonische Hilfe	●	●	●	2.8.19, S. 29
Kosten für psychologische Betreuung bis zu zehn Sitzungen	-	-	●	2.8.20, S. 29
ARAG Reha-Manager				
Betreuung bei der beruflichen, medizinischen und privaten Rehabilitation durch einen persönlichen Reha-Manager	bis 10.000 €	bis 20.000 €	bis 30.000 €	2.9, S. 29
Berücksichtigung von Krankheiten und Gebrechen (Mitwirkungsanteil)				
Berücksichtigung von mitwirkenden Krankheiten oder Gebrechen	ab > 25 %	-	-	3.2.2, S. 31
Berücksichtigung von mitwirkenden Krankheiten oder Gebrechen	-	ab > 50 %	-	
Berücksichtigung von mitwirkenden Krankheiten oder Gebrechen bis zum 67. Lebensjahr; ab dem 67. Lebensjahr	-	-	bis 67: ab > 75 % ab 67: ab > 50 %	
Verbesserung bei den allgemeinen Ausschlüssen				
Bewusstseinsstörung				
Unfälle infolge alkoholbedingter Bewusstseinsstörung, i. V. m. einem Kraftfahrzeug (Alkoholfahrt) nur bis 1,1 ‰ Blutalkoholkonzentration	●	●	●	4.1.1.1, S. 31
Unfälle infolge der Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten	-	●	●	4.1.1.2, S. 31
Unfälle als Folge eines Schlaganfalls oder Herzinfarkts	-	●	●	4.1.1.2, S. 31
Unfälle als Folge eines epileptischen Anfalls oder sonstigen Krampfanfalls	-	-	●	4.1.1.3, S. 31
Unfälle als Folge von Übermüdung	-	-	●	4.1.1.3, S. 31
Straftaten				
Unfälle bei Fahren ohne Führerschein bei Personen unter 18 Jahren	-	-	●	4.1.2.2, S. 32
Unfälle durch selbstgebautes Feuerwerk bei Personen unter 18 Jahren	-	-	●	4.1.2.2, S. 32
Krieg				
Zeitliche Begrenzung bei überraschenden Kriegsereignissen (nach Einreise)	14 Tage	14 Tage	14 Tage	4.1.3, S. 32
Fahrveranstaltung				
Fahrveranstaltungen auf öffentlichen Gokartbahnen mit Leihkart; Touren-, Stern- und Rallyefahrten auf öffentlichen Straßen	-	●	●	4.1.4, S. 32
Strahlen				
Röntgen-, Laser-, Maser-, künstliche UV-Strahlung	●	●	●	4.2.2, S. 32
Heilmaßnahmen				
Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper (Maniküre, Pediküre)	-	-	●	4.2.3, S. 32
Infektionen				
Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch eine Unfallverletzung in den Körper gelangt sind, sowie Tollwut und Wundstarrkrampf	●	●	●	4.2.4.1, S. 33
Infektionen durch Insektenstiche/-bisse oder durch Tiere verursachte Hautverletzungen	●	●	●	4.2.4.1, S. 33

Gesundheitsschäden durch folgenden Infektionen: Cholera, Echinokokkose (Fuchsbandwurm), Diphtherie, Gürtelrose, Keuchhusten, spinale Kinderlähmung, Masern, Mumps, Pfeiffer-Drüsenfieber, Pocken/Windpocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Lepra, Tuberkulose, Tularämie (Hasenpest) und Typhus/Paratyphus	-	●	●	4.2.4.2, S. 33
Gesundheitsschäden durch vorbeugende Schutzimpfungen gegen die vorgenannten Infektionskrankheiten, soweit gesetzlich vorgeschrieben und ärztlich verordnet	-	●	●	4.2.4.2, S. 33
Wartezeit	3 Monate	3 Monate	3 Monate	4.2.4.3, S. 33
Vergiftung				
Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund, bei Personen	bis 14 Jahre	bis 18 Jahre	bis 18 Jahre	4.2.5, S. 33
Gesundheitsschäden durch Nahrungsmittelvergiftungen	-	●	●	4.2.5, S. 33
Psychische Reaktion				
Unfallbedingte psychische und nervöse Störungen (mit organischer Ursache)	-	-	●	4.2.6, S. 33
Bauch- und Unterleibsbrüche				
Bauch- und Unterleibsbrüche durch erhöhte Kraftanstrengung (bis zum 75. Lebensjahr versichert)	-	●	●	4.2.7, S. 33
Bauch- und Unterleibsbrüche durch Eigenbewegung (bis zum 67. Lebensjahr versichert)	-	-	●	4.2.7, S. 33
Rechtsschutzleistungen der ARAG SE				
ARAG Online Rechts-Service (AORS)	●	●	●	Versicherungsausweis für Rechtsschutzleistungen, S. 63
ARAG JuraTel	●	●	●	
Opfer-Rechtsschutz	Europa: unbegrenzt Weltweit: 100.000 €	Europa: unbegrenzt Weltweit: 100.000 €	Europa: unbegrenzt Weltweit: 100.000 €	
Schadenersatz-Rechtsschutz nach einem Unfall	Europa: unbegrenzt Weltweit: 100.000 €	Europa: unbegrenzt Weltweit: 100.000 €	Europa: unbegrenzt Weltweit: 100.000 €	
Patienten-Rechtsschutz nach Behandlungsfehlern je Kalenderjahr	Europa: 1.000.000 € Weltweit: 100.000 €	Europa: 1.000.000 € Weltweit: 100.000 €	Europa: 1.000.000 € Weltweit: 100.000 €	
Beratungs-Rechtsschutz zur Erstellung einer Vorsorgevollmacht, Patienten- und Sorgerechtsverfügung Je Kalenderjahr	250 €	250 €	250 €	
Beratungs-Rechtsschutz im Familien-, Lebenspartnerschafts- und Erbrecht	1.000 €	1.000 €	1.000 €	
Beratungs-Rechtsschutz zur Testamentserstellung je Vertragsdauer	500 €	500 €	500 €	
Sozial-Rechtsschutz	Europa: unbegrenzt Weltweit: 100.000 €	Europa: unbegrenzt Weltweit: 100.000 €	Europa: unbegrenzt Weltweit: 100.000 €	
Altersanpassung, Änderung des Berufs oder der Beschäftigung				
Umstellung vom Kinder- auf den Erwachsenentarif zum 18. Lebensjahr; Wahlrecht: Beibehaltung Beitragshöhe oder Versicherungssumme	●	●	●	5.1.1, S. 33
Verlängerung des Umstellungsalters auf das 25. Lebensjahr	-	-	●	5.1.1, S. 33
Änderung des Berufs oder der Beschäftigung				
Keine Leistungskürzung bei versehentlicher Unterlassung der Änderungsmeldung des Berufs oder der Beschäftigung	-	●	●	5.3.3, S. 34
Vorsorgeversicherung für neu hinzukommende Personen				
50.000 € Invalidität- und 10.000 € Todesfall-Leistung bis zur übernächsten Hauptfälligkeit	●	●	●	6.2, S. 35
Beitragsfreistellung des Vertrags für mitversicherte Personen (Kinder/Erwachsene)				
Beitragsfreistellung Kinder				
Bei Tod des (→) Versicherungsnehmers bis zum 18. Lebensjahr des Kindes	●	●	●	11.7, S. 39; 11.8.2, S. 39
Erweiterte Beitragsfreistellung bis zum 25. Lebensjahr der mitversicherten Kinder	-	-	●	11.8.2, S. 39
Erweiterung auf Pflegegrad 2 und Invalidität ab 50 Prozent, maximal bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres des (→) Versicherungsnehmers	-	●	●	11.8.1, S. 39

Beitragsfreistellungsvoraussetzungen gelten auch bei Tod, Pflegegrad 2 oder Invalidität von mindestens 50 Prozent des mitversicherten Partners	-	●	●	11.8.1, S. 39
Beitragsfreistellung Erwachsene				
Bei Tod des (→) Versicherungsnehmers bis zum zweiten nachfolgenden Ablauftermin (maximal bis zum 60. Lebensjahr)	-	●	●	11.8.3, S. 39
Erweiterung auf Pflegegrad 2 und Invalidität ab 50 Prozent	-	●	●	11.8.1, S. 39
Anpassungsgarantien				
ARAG Leistungsgarantie gegenüber den GDV-Musterbedingungen	●	●	●	18, S. 43
Update-Garantie für künftige beitragsfreie Leistungsverbesserungen	●	●	●	19, S. 43

ARAG Unfall-Schutzbrief – Alltagshelfer – Alltagshelfer Plus 2018 – Leistungsübersicht

Zeichenerklärung

● mitversichert

○ versicherbar

– nicht versichert

	Unfall-Schutzbrief	Alltagshelfer	Alltagshelfer Plus	Fundstelle
Versicherte Ereignisse				
Leistungen nach einem Unfall	●	●	●	1.1, S. 46
• Leistungsdauer ab Datum des Unfallereignisses bis	9 Monate	9 Monate	9 Monate	2.2a), S. 48
Hilfeleistung bei ambulanten Operationen oder vollstationären Krankenhausbehandlungen	–	●	●	1.2, S. 47
• Versicherte bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres: Leistungsdauer ab Datum der ambulanten Operation bis	–	1 Monat	1 Monat	2.2b), S. 48
• Versicherte bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres: Leistungsdauer ab Datum des vollstationären Krankenhausaufenthalts bis ... nach der Entlassung	–	1 Monat	1 Monat	2.2d), S. 48
• Versicherte ab 67 Jahren: Leistungsdauer ab Datum der ambulanten Operation bis zu	–	10 Tage	10 Tage	2.2b), S. 48
• Versicherte ab 67 Jahren: Leistungsdauer ab Datum des vollstationären Krankenhausaufenthalts bis zu ... nach der Entlassung	–	10 Tage	10 Tage	2.2d), S. 48
Leistung bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit von mindestens 8 Kalendertagen	–	–	●	1.3, S. 47
• Versicherte bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres: Leistungsdauer ab Datum der Arbeitsunfähigkeit, bis zu ... pro Fall, maximal dreimal je → Versicherungsjahr	–	–	20 Tage	2.2e), S. 48
• Versicherte ab 67 Jahren: Leistung ab Datum der Krankheit, bis zu einmal je → Versicherungsjahr	–	–	10 Tage	2.2e), S. 48
Geburt eines Kindes von einer im Haushalt lebenden Person Täglicher Menüservice, Einkäufe und Besorgungen, Wäscheservice, Wohnungsreinigung, Kinder- und Haustierbetreuung, psychologische telefonische Erstberatung	–	●	●	1.4.1, S. 47
Leistungszeitraum ab Datum der Entbindung bis	–	14 Tage	14 Tage	2.2f), S. 48
Todesfall in der Familie Täglicher Menüservice, Einkäufe und Besorgungen, Wäscheservice, Wohnungsreinigung, Kinder- und Haustierbetreuung, psychologische telefonische Erstberatung	–	●	●	1.4.2, S. 47
Leistungszeitraum ab Todesfalldatum	–	14 Tage	14 Tage	2.2f), S. 48
Leistung bei gewerkschaftlich organisierten Streiks bei den öffentlichen Verkehrsmitteln, öffentlichen Kindertagesstätten, Pflegeheimen oder Krankenhäusern; Aufwandsentschädigung mit Nachweis (z.B. Taxirechnung)	–	–	50 €/Tag maximal 5 Tage je → Versicherungsjahr	1.4.3, S. 48
Rechtsschutzleistungen der ARAG SE				
ARAG Online Rechts-Service (AORS)	●	●	●	
ARAG JuraTel	●	●	●	
Opfer-Rechtsschutz	●	●	●	
Schadenersatz-Rechtsschutz nach einem Unfall	●	●	●	
Patienten-Rechtsschutz nach Behandlungsfehlern	●	●	●	Versicherungsausweis für Rechtsschutzleistungen, S. 63
Beratungs-Rechtsschutz für Vorsorgevollmacht, Patienten- und Sorgerechtsverfügung	●	●	●	
Beratungs-Rechtsschutz im Familien-, Lebenspartnerschafts- und Erbrecht	●	●	●	
Beratungs-Rechtsschutz zur Testamentserstellung	●	●	●	
Sozial-Rechtsschutz	●	●	●	

Anspruchsvoraussetzungen	Unfall	Ambulante OP Krankenhaus	Arbeits- unfähigkeit	Geburt Todesfall	Fundstelle
Versicherte Hilfs- und Pflegeleistungen (Organisation und Kostenerstattung)					
Versorgungleistungen für verletzte oder erkrankte Person					
Täglicher Menüservice	●	●	●	●	3.1, S. 49
Einkaufsdienst (1-mal wöchentlich)	●	●	●	●	3.2, S. 49
Versorgung der Wäsche (1-mal wöchentlich)	●	●	●	●	3.3, S. 49
Reinigung der Wohnung (1-mal wöchentlich)	●	●	●	●	3.4, S. 49
Installation einer Hausnotrufanlage	●	●	●	-	3.5, S. 49
Begleitung zu Arzt- und Behördengängen (bis 7-mal pro Woche)	●	●	●	-	3.6, S. 49
Fahrdienste zur Krankengymnastik und zu Therapien (bis 7-mal pro Woche)	●	●	●	-	3.7, S. 49
Sonstige notwendige Hilfeleistungen bis 1.000 €	●	-	-	-	3.8, S. 49
Tägliche persönliche Grundpflege (Körperpflege, An- und Auskleiden, Lagern, Betten, Nahrungsmittelzubereitung, -aufnahme, Notdurft)	●	●	●	-	3.9.1, S. 49
Pflegeberatung (Info gesetzliche Pflegeversicherung, Beratung, Auswahl, Anschaffung Hilfsmittel)	●	●	●	-	3.9.2, S. 49
Pflegeschulung für Angehörige (einmalig)	●	●	●	-	3.9.3, S. 50
Hilfe und Pflege eines pflegebedürftigen Partners/Verwandten ersten Grades (Verhinderungspflege)	●	●	●	-	3.10, S. 50
Versicherte Kosten bis insgesamt maximal 30.000 €					
ARAG Soforthilfe weltweit bis 1.000 €	●	-	-	-	4.2, S. 50
Kinderbetreuung bis zu 14 Tagen (bis 100 € pro Tag)	●	●	●	●	4.3, S. 50
Fahrdienst für Kinder bis zu 14 Tagen (bis 100 € pro Tag)	●	●	●	-	4.4, S. 50
Nachhilfestunden bis zu 14 Tagen (bis 100 € pro Tag)	●	●	●	-	4.5, S. 51
Kosten für Krankenbesuch versicherter Kinder (bis zum 14. Lebensjahr)	●	●	●	-	4.6, S. 51
Rooming-in-Kosten bis zu 14 Tagen (bis zum 14. Lebensjahr)	●	●	●	-	4.7, S. 51
Haustierunterbringung/Haustierbetreuung bis zu 14 Tagen (bis 100 € pro Tag)	●	●	●	●	4.8, S. 51
Winter-/Streudienste, soweit zur Verkehrssicherungspflicht notwendig (bis 100 € pro Woche)	●	●	●	-	4.9, S. 51
Gartenpflege (bis 100 € pro Woche)	●	●	●	-	4.10, S. 51
Kleine hausmeisterliche Tätigkeiten (bis 500 €)	●	●	●	-	4.11, S. 51
Briefkastenleerung (1-mal wöchentlich, bis 100 €)	●	●	●	-	4.12, S. 51
Psychologische telefonische Hilfe	●	●	●	●	4.13, S. 51
Beratung für behindertengerechtes Wohnen, Umzug und Fahrzeugumbau	●	●	●	-	4.14, S. 52
Reisepreiserstattung für die → versicherte Person und Mitreisende bis zu 50 % der Gesamtreisekosten, max. 1.000 €	●	-	-	-	4.15, S. 52
Transportkosten zum Krankenhaus, Spezialklinik und Dekompressionskammer	●	-	-	-	4.16, S. 52
Krankenrücktransport (inkl. Übernachtungskosten)	●	-	-	-	4.17, S. 52
Mehraufwand für die Rückkehr der verletzten Person nach vollstationärer Heilbehandlung zum Wohnsitz	●	-	-	-	4.18, S. 52
Mehraufwand für die Rückkehr mitreisender Personen	●	-	-	-	4.19, S. 52
Mehraufwand für außerplanmäßige Rückreise von Gepäck und Haustieren	●	-	-	-	4.20, S. 52
Such-, Rettungs- und Bergungskosten	●	-	-	-	4.21, S. 52
Überführungs- (In- und Ausland) und Bestattungskosten (Ausland)	●	-	-	-	4.22, S. 52
Kosten für Arzneimittel- und Brillenversand	●	-	-	-	4.23, S. 52; 4.24, S. 53
Ersatz der Kosten für Schadenmeldung aus dem Ausland bis 25 €	●	-	-	-	4.25, S. 53

Anspruchsvoraussetzungen	Unfall	Ambulante OP Krankenhaus	Arbeits- unfähigkeit	Geburt Todesfall	Fundstelle
Reha-Management					
Leistungsdauer bis zu 3 Jahre; maximal bis insgesamt 30.000 €. Voraussetzung ist eine voraussichtliche Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 25%	●	●	●	–	5.1, S. 53
Persönliche Reha-Betreuung, -Begleitung, -Beratung, -Unterstützung im medizinischen, beruflichen und privaten Bereich	●	●	●	–	5.2, S. 53
Kontinuierliche Überwachung des gesamten Heilungsprozesses Koordination der Versorgungsmaßnahmen, Bedürftigkeitsprüfung für gegebenenfalls mitversicherte Hilfs- und Pflegeleistungen	●	●	●	–	5.2, S. 53
Informationsdienstleistungen (Behindertensport, Selbsthilfegruppen, behindertengerechtes Bauen/Umbauen, Verbände und Institutionen, soziale Einrichtungen, Möglichkeiten einer betreuten Rückkehr ins eigene Heim etc.)	●	●	●	–	5.2, S. 53
Serviceleistung (Benennung von Dienstleistern)					
Notwendige versicherte Ereignisse			Keine		6.1, S. 54
Benennung von Dienstleistern (keine Beauftragung und Kostenübernahme) zum Thema:			●		6.1, S. 54
• Rechtsberatung			Fachanwalt aus dem ARAG Anwaltsnetzwerk		6.1, S. 54
• Versorgungsleistungen für verletzte oder erkrankte Person			Menüservice, Pflegekräfte, Fahrdienste		6.1, S. 54
• Versorgung des Haushalts			Einkaufs-, Wäsche- und Wohnungsreinigungsdienste		6.1, S. 54
• Hausmeisterdienste			Hausmeisterdienstleistungen		6.1, S. 54
• Beratung über Pflege			●		6.1, S. 54
• Betreuung von im Haushalt lebenden Personen über 18 und Kindern			●		6.1, S. 54
• Beratung über technische Hilfsmittel			●		6.1, S. 54
• Hilfe auf Reisen			●		6.1, S. 54
• Technische Hilfsmittel im Haushalt			●		6.1, S. 54
Informationen über die Möglichkeit einer ärztlichen Versorgung (In- und Ausland)			●		6.2, S. 54
Information über einen niedergelassenen Arzt/Vermittlung eines niedergelassenen Arztes (In- und Ausland)			●		6.3, S. 54
Kontaktherstellung Hausarzt zum behandelnden Arzt (In- und Ausland)			●		6.4, S. 54
Benachrichtigung von Angehörigen, Arbeitgeber, sonstigen Personen (In- und Ausland)			●		6.5, S. 54
Beratung für behindertengerechtes Wohnen, Umzug und Fahrzeugumbau			●		6.6, S. 54

Inhaltsverzeichnis

Sie sind, als (→) Versicherungsnehmer, unser Vertragspartner. (→) Versicherte Person können Sie oder jemand anderes sein. Wir, als Versicherer, erbringen 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.

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,	2
ARAG Unfall-Schutz 2018 – Leistungsübersicht	3
ARAG Unfall-Schutzbrief – Alltagshelfer – Alltagshelfer Plus 2016 – Leistungsübersicht.....	9
Inhaltsverzeichnis.....	12
Information für Versicherte ARAG Unfall-Schutz (AUS 2018)	13
Wichtige Hinweise	16
ARAG Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2018).....	17
Der Versicherungsumfang	17
Der Leistungsfall	35
Die Versicherungsdauer	37
Der Versicherungsbeitrag	38
Weitere Bestimmungen.....	40
Unsere Garantien.....	43
Hilfstabellen für die progressiven Invaliditätsleistungen	44
ARAG Unfall-Schutzbrief-Bedingungen (USB 2018) Unfall-Schutzbrief – Alltagshelfer – Alltagshelfer Plus.....	46
Wann leisten wir?.....	46
In welchem Umfang erbringen wir die Leistungen?	48
Der Leistungsfall.....	56
Die Versicherungsdauer	57
Der Versicherungsbeitrag	58
Weitere Bestimmungen.....	59
Unsere Garantie.....	62
Versicherungsausweis für Rechtsschutzleistungen ARAG Unfall-Schutz.....	63
Was müssen Sie im Leistungsfall tun?.....	63
Ansprechpartner im Versicherungsfall und Beschwerdestellen	63
Anwendbares Recht, zuständiges Gericht, verwendete Sprache.....	64
Versicherungsumfang.....	64
Auszug Allgemeine Rechtsschutz-Bedingungen (ARB 2016).....	65
Häufig verwendete Begriffe (Glossar)	68

Information für Versicherte ARAG Unfall-Schutz (AUS 2018)

Hier finden Sie die Informationen nach der Informationspflichtenverordnung § 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG-Info)

1 Unsere Adresse

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-IdNr.: 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. Matthias Maslaton, Werner Nicoll,
Hanno Petersen, Dr. Joerg Schwarze
Sitz und Registergericht: Düsseldorf, HRB 66846
Ust-IdNr.: 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

Das Versicherungsverhältnis bezüglich der Unfallversicherung beruht auf den Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2018), die bei Ihrer Antragsstellung gültig waren.

Das Versicherungsverhältnis bezüglich des Unfall-Schutzbriefes, des Alltagshelfers bzw. des Alltagshelfers Plus beruht auf den Unfall-Schutzbrief-Bedingungen (USB 2018), die bei Ihrer Antragsstellung gültig waren.

Der Text dieser Bedingungen ist beigelegt.

Die Unfallversicherung versichert Sie und die im Vertrag mitversicherten Personen gegen die finanziellen Folgen einer unfallbedingten Invalidität oder eines Todesfalls.

Der Umfang des Versicherungsschutzes richtet sich nach den individuell ausgewählten Leistungsarten (zum Beispiel Invaliditätsleistung, Unfallrente, Krankenhaus- und Arbeitsunfähigkeitstagegeld, Todesfall-Leistung, Soforthilfe bei schweren Unfallverletzungen etc.) und Versicherungssummen.

Der Unfall-Schutzbrief, Alltagshelfer oder Alltagshelfer Plus unterstützt Sie, wenn Sie aufgrund eines Unfalls oder nach einer Krankheit nicht mehr in der Lage sind, den Alltag wie bisher allein zu meistern und Hilfe bedürfen.

4 Beiträge zur Versicherung

Die Beiträge zu Ihrer Versicherung finden Sie auf Ihrem Antrag.

5 Zusätzliche Kosten

Es entstehen keine zusätzlichen vertraglichen Kosten

6 Beitragszahlung

Der Beitrag einschließlich der Zuschläge ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an gerechnet. Sie können den Beitrag jährlich zu Beginn eines jeden (→) Versicherungsjahres zahlen, aber auch monatlich, vierteljährlich oder halbjährlich.

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

Folgebeiträge zahlen Sie im vereinbarten Zeitraum jeweils zum Monatsanfang.

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

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

7 Gültigkeitsdauer der zur Verfügung stehenden Informationen

Alle konkreten Informationen zum Unfallschutz gelten einen Monat lang, vor allem die Informationen zu Ihren Beiträgen.

8 Zustandekommen des Vertrags, Beginn des Versicherungsschutzes

Der Vertrag kommt zustande, wenn Sie einen Antrag auf Unfallschutz stellen und wir diesen Antrag annehmen. Sie sind an diesen Antrag einen Monat lang gebunden.

Wir nehmen Ihren Antrag an, indem wir Ihnen einen Versicherungsschein oder eine Annahmeerklärung ausstellen.

Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt. Voraussetzung: Sie zahlen den Erstbeitrag rechtzeitig. Mehr dazu siehe oben (Punkt 6).

9 Abweichender Versicherungsschein

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

Voraussetzung:

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

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

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

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

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 nach § 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

Widerrufsfolgen

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

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

Den Unfall-Schutz können Sie und wir erstmalig zum Ende der vereinbarten Vertragslaufzeit, spätestens nach drei Jahren kündigen. Wird der Vertrag nicht gekündigt, verlängert er sich anschließend von Jahr zu Jahr automatisch. Er ist dann zum Ende des jeweils folgenden (→) Versicherungsjahres kündbar. Wir und Sie müssen Kündigungen drei Monate vor Ablauf der Versicherung erhalten haben.

Erbringen 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, verwendete Sprache

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht. Das gilt sowohl für die Aufnahme von Beziehungen vor Abschluss einer Unfallversicherung als auch für eine abgeschlossene Unfallversicherung.

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

Die Versicherungsbedingungen und alle vor oder nach Vertragsschluss ausgehändigten Informationen sind in deutscher Sprache verfasst. Auch während der Laufzeit der Unfallversicherung führen wir die Kommunikation auf Deutsch.

13 Beschwerde beim Ombudsmann oder bei der zuständigen Aufsichtsbehörde

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

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

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin

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

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn

Wichtige Hinweise

Allgemeine Vertragsvereinbarungen

Die aufgrund des Antrages abgeschlossenen Versicherungen (Unfallversicherung, Unfall-Schutzbrief, Alltagshelfer und Alltagshelfer Plus) sind rechtlich selbstständige und voneinander unabhängige Verträge.

Grundlage für die abgeschlossenen Versicherungen sind:

- für die Unfallversicherung die ARAG Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2018)
- für den Unfall-Schutzbrief, den Alltagshelfer und den Alltagshelfer Plus die Unfall-Schutzbrief-, Alltagshelfer- und Alltagshelfer-Plus-Bedingungen (USB 2018).

Alle für uns bestimmten Informationen und Erklärungen senden Sie bitte an

- die ARAG Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft, ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf oder
- die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen aufgeführte zuständige Stelle.

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

Definition Lebenspartner

Ein Lebenspartner ist eine mitversicherte Person, welche mit dem Versicherungsnehmer

- in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder einer vergleichbaren Partnerschaft nach dem Recht anderer Staaten oder
- dauernd in eheähnlicher und häuslicher Gemeinschaft (behördliche Meldung am gemeinsamen Wohnsitz) lebt.

Definition Kinder

Versicherte Kinder im Sinne der Bedingungen sind die leiblichen Kinder, Adoptivkinder, Stiefkinder und Pflegekinder sowie gegebenenfalls die Kinder des Lebenspartners.

Erhebliche Krankheiten

Erhebliche Krankheiten bzw. Gebrechen sind in der

- **Unfallversicherung**

AIDS/HIV-Infektion, Alkoholismus, Alzheimer, Hämophilie (Bluterkrankheit), Apoplexie (Schlaganfall), Autismus, Blindheit (beide Augen), koronare Herzerkrankungen, Demenz, Down-Syndrom, Drogenabhängigkeit, Taubheit (beide Ohren), Geisteskrankheit, Leberzirrhose, Medikamenten-Abhängigkeit, Parkinson, Mukoviszidose, Multiple Sklerose, Polyneuropathie, Schizophrenie, Glasknochen

- **Für Unfall-Schutzbrief, Alltagshelfer und Alltagshelfer Plus gelten zusätzlich**

Diabetes, Epilepsie, Psychose

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

Änderung der Berufstätigkeit

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

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

- Gefahrengruppe „A“:

Personen, die kaufmännisch, verwaltend, planend, gestaltend, lehrend im Innen- oder Außendienst der Wirtschaft bzw. Verwaltung (einschl. Verwaltung der Bundeswehr, Bundesgrenzschutz, Zoll, Polizei, Justiz, Feuerwehr), leitend oder aufsichtführend im Betrieb oder auf Baustellen (einschl. aufsichtführende Meister), im Verkauf, im Labor, in der Datenerfassung, Datenverarbeitung (EDV-Bereich) bzw. im Gesundheitswesen, in der Schönheitspflege tätig sind. Personen, die Anlagen/Maschinen elektronisch steuern, keine berufliche Tätigkeit/Beschäftigung ausüben wie Hausfrauen/-männer, Rentner, Pensionäre, Schüler.

- Gefahrengruppe „B“:

Personen, die körperliche (auch sportliche) oder handwerkliche Berufsarbeit verrichten (einschl. mitarbeitender Meister), Holz, Metall, Kunststoff, Steine, Erde be- oder verarbeiten, mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiven Stoffen arbeiten, Maschinen bedienen, einrichten, warten oder reparieren, Tiere behandeln oder pflegen, im Truppen-, Einsatz- oder Vollzugsdienst bei Bundeswehr, Bundesgrenzschutz, Zoll, Polizei, Justiz und Feuerwehr tätig sind, Bauunternehmer.

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

ARAG Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2018)

Die Bedingungen der Unfallversicherung AUB 2018 gelten, soweit Sie eine Unfallversicherung mit uns vereinbart haben (siehe Versicherungsschein).

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

- a) weltweit und
- b) rund um die Uhr.

1.3 Allgemeiner Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die (→) versicherte Person durch ein

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

1.4 Erweiterter Unfallbegriff

1.4.1 Gesundheitsschäden durch erhöhte Kraftanstrengungen

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.

Als Unfall gilt auch, wenn sich die (→) versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung (→) unfreiwillig

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

Beispiele

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

für b): Die versicherte Person zerrt sich bei einem Klimmzug die Muskulatur am Unterarm.

Ausnahme: Menisken und Bandscheiben sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder noch Kapseln.

1.4.2 Gesundheitsschäden durch Eigenbewegung

Ergänzend zu Ziffer 1.4.1 gilt bei ARAG Unfall-Schutz Premium als Unfall auch, wenn sich die versicherte Person durch Eigenbewegung (Eigenbewegungen sind willentliche oder reflexgesteuerte Bewegungen der Skelettmuskulatur) (→) unfreiwillig

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

Ausnahme: Schädigungen von Menisken und Bandscheiben sind nicht versichert.

Bei Vollendung des 67. Lebensjahres endet der Einschluss mit Ablauf des (→) Versicherungsjahres.

1.4.3 Vergiftungen durch Gase, Dämpfe oder Stäube

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschädigungen durch plötzlich ausströmende

- a) Gase oder
- b) Dämpfe oder
- c) Stäube.

Voraussetzung: Die versicherte Person war diesen Einwirkungen (→) unfreiwillig und nicht dauerhaft ausgesetzt. Dauerhaft ist eine Einwirkung, wenn sie mehr als sieben Tage anhält (auch mit Unterbrechung).

1.4.4 Ertrinken, Ersticken oder Erfrierungen

Als Unfall gelten auch (→) unfreiwillige Gesundheitsschädigungen durch

- a) Ertrinken (bzw. Erstickungstod unter Wasser) oder
- b) Ersticken oder
- c) Erfrieren.

- 1.4.5 Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Atemluft
Als Unfall gelten auch Gesundheitsschädigungen durch den Entzug von
- Flüssigkeit oder
 - Nahrungsmitteln oder
 - Atemluft.

Voraussetzung: Die versicherte Person war dem Entzug plötzlich und (→) unfreiwillig ausgesetzt. Zudem konnte sie sich diesem nicht aus eigener Kraft entziehen.

- 1.4.6 Tauchtypische Gesundheitsschäden
Als Unfall gelten auch Tauchunfälle und tauchtypische Gesundheitsschäden
Beispiele: Caisson-Krankheit oder Trommelfellverletzung.

- 1.4.7 Gesundheitsschäden bei der Rettung oder Verteidigung von Personen, Tieren und Sachen
Als Unfall gelten auch (→) unfreiwillig erlittene Gesundheitsschäden, welche die versicherte Person bei der rechtmäßigen Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von
- Personen oder
 - Tieren oder
 - Sachen
- bewusst in Kauf nimmt.

- 1.4.8 Gesundheitsschäden durch Hitzschlag
Als Unfall gelten bei ARAG Unfall-Schutz Premium auch (→) unfreiwillig erlittene Gesundheitsschäden durch Hitzschlag.

- 1.4.9 Gesundheitsschäden durch Höhenkrankheiten
Als Unfall gelten bei ARAG Unfall-Schutz Premium auch (→) unfreiwillig erlittene Gesundheitsschädigungen durch Höhenlungenödem (HAPE) oder Höhenhirnödem (HACE) aufgrund akuter Höhenkrankheit (AMS).

- 1.4.10 Gesundheitsschäden durch Sonnenbrand oder Sonnenstich
Als Unfall gelten bei ARAG Unfall-Schutz Premium auch (→) unfreiwillig erlittene Gesundheitsschädigungen durch Sonnenbrand oder Sonnenstich.

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:

- die Leistungsarten und
- Versicherungssummen, die Sie mit uns vereinbart haben sowie
- die Angaben in Ihrem Versicherungsschein und dessen Nachträgen.

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 innerhalb von 24 Monaten schriftlich festgestellt worden.

Abweichende Regelung für ARAG Unfall-Schutz Komfort

Die Invalidität ist:

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

Abweichende Regelung für ARAG Unfall-Schutz Premium

Die Invalidität ist:

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

Ist eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, haben Sie keinen Anspruch auf Invaliditätsleistung.

2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

ARAG Unfall-Schutz Premium: Die Frist beträgt 36 Monate.

Der Anspruch auf Invaliditätsleistungen besteht nicht, wenn Sie die Frist versäumen. 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 ARAG Unfall-Schutz Premium: Fristenunterbrechung bei Verschulden durch den behandelnden Arzt

Ist Ihr Arzt für den verspäteten Eingang der notwendigen Unterlagen verantwortlich, dann werden die Fristen nach Ziffer 2.1.1.2 und 2.1.1.3 unterbrochen.

Voraussetzung: Sie oder wir haben den Arzt zur pünktlichen Abgabe der notwendigen Unterlagen aufgefordert.

2.1.1.5 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

Dann zahlen wir eine Todesfall-Leistung nach Ziffer 2.4, wenn 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

- a) die vereinbarte Versicherungssumme und
- b) der unfallbedingte (→) Invaliditätsgrad nach Ziffer 2.1.

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

- a) nach der Gliedertaxe (Ziffer 2.1.2.2.1), wenn die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- b) ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (Ziffer 2.1.2.2.2).

Bei der Bemessung des Invaliditätsgrads wird die Mitwirkung von Vorerkrankungen nach Ziffer 3 berücksichtigt.

Entscheidend ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (Ziffer 9.4).

2.1.2.2.1 Gliedertaxen

Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der im Folgenden genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten, je nach vereinbarter Leistungsvariante, nur die hier genannten (→) Invaliditätsgrade. Welche Leistungsvariante Sie vereinbart haben, finden Sie in dem Versicherungsschein.

Leistungsvariante		Basis	Komfort	Premium
Arm	Arm	70 %	80 %	85 %
	Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %	75 %	80 %
	Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %	70 %	75 %
Hand	Hand	55 %	65 %	70 %
	Mehrere Finger einer Hand, maximal	55 %	65 %	70 %

Leistungsvariante		Basis	Komfort	Premium
	Daumen	20 %	30 %	35 %
	Zeigefinger	10 %	20 %	25 %
	Anderer Finger	5 %	10 %	15 %
Bein	Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %	80 %	85 %
	Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %	70 %	75 %
	Bein bis unterhalb des Knies	50 %	60 %	65 %
	Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %	55 %	60 %
Fuß	Fuß	40 %	50 %	55 %
	Große Zehe	5 %	15 %	20 %
	Anderer Zehe	2 %	5 %	10 %
Sinne	Sprachvermögen	individuell	100 %	100 %
	Auge	50 %	60 %	65 %
	Gehör auf einem Ohr	30 %	40 %	45 %
	Geruchssinn	10 %	15 %	20 %
	Geschmackssinn	5 %	15 %	20 %
Organe	Ein Lungenflügel	individuell	50 %	55 %
	Eine Niere	individuell	25 %	30 %
	Beider Nieren	individuell	100 %	100 %
	Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm	individuell	25 %	30 %
	Magen	individuell	20 %	25 %
	Milz	individuell	10 %	15 %
	Gallenblase	individuell	10 %	15 %

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

Beispiel (Leistungsvariante Basis): 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

Der (→) Invaliditätsgrad für andere Körperteile und Sinnesorgane richtet sich nach dem Umfang der dauerhaften Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit. Maßstab ist eine durchschnittliche Person gleichen Alters und Geschlechts.

Die Bemessung erfolgt nur nach medizinischen Gesichtspunkten.

Sie können für die aufgezählten Organe in der Gliedertaxe auf Wunsch eine Bemessung des Invaliditätsgrads außerhalb der Gliedertaxe verlangen.

Ausnahme: Stellt Ihr Arzt einen geringeren Invaliditätsgrad fest, gilt der Invaliditätsgrad der Gliedertaxe.

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, je nach vereinbarter Leistungsvariante, nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 bemessen.

Der (→) Invaliditätsgrad mindert sich um die Vorinvalidität.

Beispiel (Leistungsvariante Basis): 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

Werden durch einen Unfall mehrere Körperteile oder Sinnesorgane beeinträchtigt, werden die (→) Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent werden nicht berücksichtigt.

Beispiel (Leistungsvariante Basis): 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 Invalideitsleistungen bei Tod der versicherten Person
Stirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalideitsleistung, zahlen wir eine Invalideitsleistung unter folgenden Voraussetzungen:
- die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (Ziffer 2.1.1.5) und
 - die sonstigen Voraussetzungen für die Invalideitsleistung nach Ziffer 2.1.1 sind erfüllt.

Wir leisten nach dem (→) Invalideitsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

- 2.1.3 Progressive Invalideitsleistungen (soweit vereinbart)
Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invalideitsleistung ab bestimmten (→) Invalideitsgraden erhöht (Progression).

Der Invalideitsgrad wird nach Ziffer 2.1.2.1, Ziffer 2.1.2.2 und Ziffer 3 ermittelt. In den „Hilfstabellen für die progressiven Invalideitsleistungen“ (Seite 44/45) finden Sie die Auswirkungen der progressiven Invalideitsstaffel auf die Höhe Ihrer Invalideitsleistung.

- 2.1.3.1 Progressive Invalideitsleistung bis 225 Prozent der Versicherungssumme
Ergänzend zu Ziffer 2.1.2.1 gilt:
- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invalideitsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 1 Prozent aus der Versicherungssumme.
 - Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invalideitsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 1 Prozent aus der Versicherungssumme.

Bei Vollendung des 75. Lebensjahres endet die Progressionsvereinbarung mit Ablauf des (→) Versicherungsjahres. Es gilt dann die Berechnung der Invalideitsleistung nach Ziffer 2.1.2.1.

- 2.1.3.2 Progressive Invalideitsleistung bis 350 Prozent der Versicherungssumme
Ergänzend zu Ziffer 2.1.2.1 gilt:
- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invalideitsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 Prozent aus der Versicherungssumme.
 - Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invalideitsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 2 Prozent aus der Versicherungssumme.

Bei Vollendung des 67. Lebensjahres endet die Progressionsvereinbarung mit Ablauf des Versicherungsjahres. Es gilt dann die progressive Invalideitsleistung bis 225 Prozent der Versicherungssumme nach Ziffer 2.1.3.1.

- 2.1.3.3 Progressive Invalideitsleistung bis 500 Prozent der Versicherungssumme
Ergänzend zu Ziffer 2.1.2.1 gilt:
- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invalideitsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 4 Prozent aus der Versicherungssumme.
 - Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invalideitsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 2 Prozent aus der Versicherungssumme.

Bei Vollendung des 67. Lebensjahres endet die Progressionsvereinbarung mit Ablauf des Versicherungsjahres. Es gilt dann die progressive Invalideitsleistung bis 225 Prozent der Versicherungssumme nach Ziffer 2.1.3.1.

- 2.1.3.4 Progressive Invalideitsleistung bis 1000 Prozent der Versicherungssumme
Ergänzend zu Ziffer 2.1.2.1 gilt:
- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invalideitsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 4 Prozent aus der Versicherungssumme.
 - Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invalideitsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 5 Prozent aus der Versicherungssumme.
 - Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invalideitsgrad von 75 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 14 Prozent aus der Versicherungssumme.

Bei Vollendung des 67. Lebensjahres endet die Progressionsvereinbarung mit Ablauf des Versicherungsjahres. Es gilt dann die progressive Invalideitsleistung bis 225 Prozent der Versicherungssumme nach Ziffer 2.1.3.1.

- 2.1.3.5 Eingeschränkte Invalideitsleistung ab einem vereinbarten Invalideitsgrad – soweit vereinbart
Sie haben keinen Anspruch auf Invalideitsleistung, wenn der im Versicherungsschein vereinbarte Mindestinvalideitsgrad durch den Unfall nicht erreicht wird.
Wird durch den Unfall die vereinbarte Mindestinvalideitsgrad erreicht oder überschritten, haben Sie Anspruch auf die vereinbarte Invalideitsleistung.

2.2 Unfallrente

- 2.2.1 Voraussetzung für die Leistung
Der unfallbedingte (→) Invalideitsgrad beträgt mindestens 50 Prozent.
Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalideitsleistung gelten die Ziffer 2.1.1, Ziffer 2.1.2.2 und Ziffer 3.
Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalideitsleistung, gilt Ziffer 2.1.2.3.

- 2.2.2 Art und Höhe der Leistung
Wir zahlen die Unfallrente in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
- 2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung
- 2.2.3.1 Wir zahlen die Unfallrente
- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, und danach
 - monatlich im Voraus.
- 2.2.3.2 Wir zahlen die Unfallrente bis zum Ende des (→) Versicherungsjahres, in dem
- die versicherte Person stirbt oder
 - wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziffer 9.4 der unfallbedingte (→) Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.
- 2.2.3.3 Wir dürfen zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug Lebensbescheinigungen anfordern. Wenn Sie uns die Bescheinigung nicht (→) unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.
- 2.2.3.4 Bei ARAG Unfall-Schutz Komfort oder Premium zahlen wir abweichend von Ziffer 2.2.3.2a) die Rente bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihr 67. Lebensjahr vollendet hätte. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person zum Todesfallzeitpunkt
- das 25.,
 - nicht aber das 67. Lebensjahr vollendet, hat.
- 2.2.4 Beendigung der Mitversicherung der Unfallrente bei Eintritt des Renten-Leistungsfalles
Mit Feststellung des Rentenanspruchs nach Ziffer 2.2.1 endet die Vereinbarung für die Versicherung einer Unfallrente, ohne dass es eine besondere Kündigung braucht. Jede versicherte Person kann maximal eine Unfallrente aus diesem Vertrag erhalten. Daher ist eine Weiterversicherung der Unfallrente nicht sinnvoll. Ergibt die Neubemessung nach Ziffer 9.4 einen unfallbedingten Invaliditätsgrad unter 50 Prozent, können Sie erneut Versicherungsschutz bei uns beantragen.
Der Beitrag ändert sich entsprechend. Der sonstige vereinbarte Versicherungsschutz für die versicherte Person ändert sich nicht.
Ihr Recht zur Kündigung nach einem Leistungsfall nach Ziffer 10.3 gilt weiter.

2.3 Krankenhaus- und Arbeitsunfähigkeitstagegeld

- 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 oder
 - ist nach einer vollstationären Heilbehandlung oder einer ambulanten chirurgischen Operation unfallbedingt weiterhin arbeitsunfähig. War die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig, kommt es auf die allgemeine Fähigkeit an, Arbeit (auch Hausarbeit) zu leisten
- Die unter a) bis c) genannten Voraussetzungen sind uns durch ein ärztliches Attest nachzuweisen. Bitte reichen Sie uns alle Nachweise erst nach Abschluss der letzten Heilbehandlung oder Arbeitsunfähigkeit ein.
- Als medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung gilt auch ein teilstationärer oder ambulanter Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung nach § 107 SGB V.
- Ausnahme: Kuren und Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlungen.
- 2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung
Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld
- für jeden Kalendertag der medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung nach Ziffer 2.3.1a), mindestens für sieben Kalendertage, längstens für fünf Jahre ab dem Tag des Unfalls,
 - für sieben Kalendertage bei ambulanten chirurgischen Operationen nach Ziffer 2.3.1b).
- Nach Ablauf der Leistungen nach a) oder b), frühestens ab dem 8. Tag, zahlen wir bis zu weitere 28 Kalendertage. Voraussetzung: Die versicherte Person war durch einen Unfall nach einer vollstationären Heilbehandlung (Ziffer 2.3.1a)) oder einer ambulanten chirurgischen Operation (Ziffer 2.3.1a)) weiterhin arbeitsunfähig. War die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig, kommt es auf die allgemeine Fähigkeit an, Arbeit (auch Hausarbeit) zu leisten.
- Beispiele: Sie müssen unfallbedingt für drei Tage ins Krankenhaus und sind anschließend für weitere 14 Tage arbeitsunfähig. Wir zahlen Ihnen sieben Tagessätze (Mindestleistung) für den Aufenthalt im Krankenhaus und weitere 14 Tagessätze für die Dauer ihrer Arbeitsunfähigkeit.*
oder
Sie müssen unfallbedingt für fünf Tage ins Krankenhaus, sind bis zum Beginn Ihrer Reha sieben Tage arbeitsunfähig, anschließend 21 Tage in der Rehabilitation und danach nochmals sieben Tage arbeitsunfähig. Wir zahlen Ihnen 26 Tagessätze für den Aufenthalt im Krankenhaus bzw. im Reha-Institut und weitere 14 Tagessätze für die Dauer Ihrer Arbeitsunfähigkeit.

- 2.3.3 Mehrleistungen bei einem Unfall im Ausland
Bei einem Unfall im Ausland und einer ebenfalls im Ausland durchgeführten
a) medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung nach Ziffer 2.3.1a) oder
b) ambulanten chirurgischen Operation nach Ziffer 2.3.1b)
zahlen wir das nach Ziffer 2.3.2 fällige Krankenhaustagegeld in doppelter Höhe. Die Mehrleistung gilt maximal für die ersten 28 Kalendertage nach dem Unfallereignis.

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

2.4 Todesfall-Leistung

- 2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall. Ein Anspruch auf die vereinbarte Todesfall-Leistung besteht auch dann, wenn die versicherte Person im zweiten Jahr nach dem Unfall unfallbedingt verstorben ist und keine Invalidität im Sinne der Ziffer 2.1 eingetreten ist.

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

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

des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt wird.

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

- 2.4.2 Art und Höhe der Leistung

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

Wir zahlen eine zusätzliche Versorgungssumme für das/die mitversicherte(n) Kind(er), soweit dieses/diese zu Ihrem Todesfallzeitpunkt das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat/haben, wenn Sie und/oder Ihr mitversicherte Ehegatte/Lebenspartner

- innerhalb eines Jahres aufgrund eines versicherten Unfallereignisses verstirbt/versterben und
- ein Anspruch auf eine Todesfall-Leistung für den/die Verstorbene(n) nach Ziffer 2.4.1 besteht und
- eine Todesfall-Leistung für das/die mitversicherte(n) Kind(er) nach Ziffer 2.4 vereinbart wurde.

Die zusätzliche Versorgungssumme entspricht

- jeweils der Todesfallsumme des versicherten Kindes, soweit diese vereinbart wurde,
- je Kind jedoch höchstens der vereinbarten Todesfallsumme der verstorbenen versicherten Person.

Versterben Sie und Ihr mitversicherte Ehegatte/Lebenspartner aufgrund des gleichen Unfallereignisses, wird die zusätzliche Versorgungsleistung beider Verstorbener erbracht

Beispiel: Sie und Ihr Lebenspartner haben eine Todesfallsumme von 10.000 Euro; für Ihr Kind haben Sie eine Todesfallsumme von 5.000 Euro vereinbart. Nach Ihrem unfallbedingten Todesfall zahlen wir insgesamt

- 10.000 Euro aus Ihrer Todesfallversorgung und zusätzlich die
- 5.000 Euro aus der vereinbarten Todesfallversorgung des Kindes.

Sterben beide Elternteile bei einem Unfall, zahlen wir in diesem Beispiel insgesamt 30.000 Euro.

2.5 Soforthilfe bei schweren Unfallverletzungen

- 2.5.1 Verbesserte Übergangsleistung
Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme, 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
a) drei Monaten vom Unfalltag an gerechnet zu 100 Prozent oder
b) sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet zu 50 Prozent bestanden hat.
Die Übergangsleistung ist spätestens einen Monat nach Ablauf der genannten Anspruchsfristen unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend zu machen.

- 2.5.2 Soforthilfe bei Schwerstverletzungen
Führt der Unfall bei der versicherten Person zu einer der unten genannten Verletzungen, wird abweichend von Ziffer 2.5.1 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 Ziffer 2.5.1 nicht angerechnet.

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

2.5.3 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 Ziffern 1.3 oder 1.4 vorliegt oder dass Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 3) mitgewirkt hätten.

Die Leistung wird auf die möglichen Ansprüche aus der Übergangsleistung nach Ziffer 2.5.1 und aus der Soforthilfe bei Schwerstverletzungen nach Ziffer 2.5.2 nicht angerechnet.

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

2.6 Soforthilfe bei Krebserkrankung

2.6.1 Voraussetzung für die Leistung

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

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

Ausgeschlossen sind:

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

2.6.2 Bewertungsmaßstab

2.6.2.1 Krebserkrankungen ohne Lymphknotenkrebs und Blutkrebs

Als Krebserkrankungen (Ziffer 2.6.1) gelten solche Erkrankungen, die entsprechend der Definition der „TNM Classification of Malignant Tumours, sixth edition“ der Union for International Cancer Control (UICC) in vier Stadien klassifiziert (I–IV) sind.

Diese Stadieneinteilung folgt dem Schweregrad einer Krebserkrankung. Tumore des Gehirns werden wie Krebserkrankungen berücksichtigt. Diese Tumore werden entsprechend der Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 2007 (Classification of Tumours of the Central Nervous System) nicht in Stadien, sondern in die „Grade“ (Schweregrade) I bis IV eingeteilt.

2.6.2.2 Lymphknotenkrebs und Blutkrebs

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

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

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

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

2.6.3 Voraussetzung für die Leistung

Die im Versicherungsschein vereinbarte Leistung zahlen wir bei der erstmaligen Diagnose einer Krebserkrankung nach Ziffer 2.6.1 oder 2.6.2 jeweils ab Stadium I, Grad I bzw. Stadium 1.

Sie haben keinen Anspruch auf Zahlung der Leistung, wenn die versicherte Person vor der Anmeldung der Ansprüche auf die Soforthilfe bei Krebserkrankungen verstirbt.

Die Diagnose muss durch ärztliche Befunde belegt sein.

2.6.4 Wartezeit

Der Versicherungsschutz für die Soforthilfe gilt erst nach einer Wartezeit von sechs Monaten. Maßgeblich ist der Zeitpunkt der erstmaligen Diagnose.

2.6.5 Kündigung der Soforthilfe bei Krebserkrankungen

2.6.5.1 Automatische Beendigung der Soforthilfe bei Krebserkrankungen

Die Soforthilfe bei Krebserkrankungen endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf

- a) zum Ablauf des (→) Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet hat oder

- b) nach Beendigung der Mitversicherung der Leistung Soforthilfe bei schweren Unfallverletzungen nach Ziffer 2.5 oder
- c) nach Zahlung der erstmaligen Leistung für die versicherte Person.

2.6.5.2 Beendigung der Soforthilfe bei Krebserkrankung zum Ablauf des (→) Versicherungsjahres
 Sie und wir können die Soforthilfe bei Krebserkrankung zum Ablauf des Versicherungsjahres kündigen. Die übrigen Vertragsinhalte bleiben davon unberührt. Sie oder wir müssen die Kündigung spätestens drei Monate vor Ablauf der Vertragszeit erhalten haben. Die Kündigung hat in (→) Textform (zum Beispiel E-Mail, Fax oder Brief) zu erfolgen.

Kündigen wir, können Sie den gesamten Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Erklärung zum gleichen Zeitpunkt kündigen.

Das Recht zur Kündigung nach einem Leistungsfall nach Ziffer 10.3 bleibt davon unberührt.

2.7 Fit Plus

2.7.1 Voraussetzung für die Leistungen Fit Plus nach Ziffer 2.7.2 und 2.7.4

- a) Die versicherte Person hatte ein versichertes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 und Ziffer 1.4 und
- b) die Voraussetzung für die Soforthilfe bei Schwerstverletzungen (Ziffer 2.5.2) oder für die Soforthilfe bei Frakturen und Bänderrissen (Ziffer 2.5.3) müssen erfüllt sein.

2.7.2 Entschädigung für unfallbedingt beschädigte oder zerstörte Sportgeräte

Wir erstatten die erforderlichen Reparatur- oder Wiederbeschaffungskosten nach Ziffer 2.7.2.2, maximal bis zur Höhe der Entschädigungsgrenzen nach Ziffer 2.7.2.4.

Voraussetzung:

- Es liegt ein Leistungsfall nach Ziffer 2.7.1a) vor und
- dabei wurde ein Sportgerät beschädigt oder zerstört.

2.7.2.1 Versichert sind ausschließlich die im Folgenden aufgeführten Sportgeräte, die zum Eigentum der versicherten Personen mit diesem Baustein Fit Plus gehören (keine von anderen Personen geliehenen Sportgeräte):

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

2.7.2.2 Versicherungswert

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

- a) im 1. Jahr 90 %
- b) im 2. Jahr 70 %
- c) im 3. Jahr 60 %
- d) im 4. Jahr 40 %,
- e) ab dem 5. Jahr 20 % des Neupreises im Sinne von Satz 2.

2.7.2.3 Entschädigungsberechnung

Wir ersetzen bei

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

Ausnahme: Sie haben keinen Versicherungsschutz, wenn

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

Ersetzt werden nur Beträge ab 50 Euro. Versichert sind alle mit dem Sportgerät fest verbundenen Teile.

2.7.2.4 Entschädigungsgrenzen

Die Leistung ist für die unter Ziffer 2.7.2.1 aufgeführten Sportgeräte auf insgesamt 5.000 Euro je Leistungsfall begrenzt.

Ist ein Anderer zum Ersatz Ihres Schadens verpflichtet, zum Beispiel die Krankenkasse oder ein Haftpflichtversicherer, können Sie bei uns nur noch die restlichen Kosten anmelden.

Wenn der Andere nicht oder nur teilweise den Schaden ersetzt, dann können Sie von uns die volle oder teilweise Erstattung verlangen.

Voraussetzung: Sie sind für die Nicht- oder Minderleistung nicht verantwortlich.

- 2.7.3 Kosten für Nachsorgebehandlungen
Sind die Voraussetzungen nach Ziffer 2.7.1 erfüllt, erstatten wir die Kosten für
- bis zu zehn Einheiten à 30 Minuten bei einem ausgebildeten Physiotherapeuten
 - bis zu zehn Einheiten à 60 Minuten durch einen lizenzierten Personal-Trainer oder individuelle Trainingsstunden durch einen Fachtrainer für den Wiedereinstieg in die zuvor ausgeführte Sportart
 - bis zu drei Einheiten à 60 Minuten einer Ernährungsberatung nach der Berufsordnung für Ökotrophologen
 - eine professionelle Bewegungs- und Laufanalyse sowie einer Laktat-Leistungsdiagnostik.
- Die Kosten für die Gesamtleistungen nach a) bis d) sind auf 1.000 Euro je Versicherungsereignis begrenzt.

- 2.7.4 Ersatz der Anmeldekosten für einen Wettkampf oder Skipassgebühren
Sind die Voraussetzungen nach Ziffer 2.7.1 erfüllt, erstatten wir die Kosten für Anmeldegebühren oder für einen Skipass, wenn Sie
- nicht mehr an einen geplanten Sportwettkampf teilnehmen oder
 - den bereits erworbenen Skipass unfallbedingt nicht mehr nutzen können und ein Ersatz der Gebühren durch den Veranstalter nicht vorgesehen ist.
- Die Kosten für die Gesamtleistungen nach a) und b) sind auf 500 Euro je Versicherungsereignis begrenzt. Bei teilweiser zeitlicher Nutzung eines Wettkampfes oder eines Skipasses erstatten wir die Kosten zeitanteilig entsprechend des tageweisen Nutzungsausfalls.

- 2.7.5 Beendigung des Fit Plus-Bausteins um Ablauf des Versicherungsjahres
Sie und wir können den Fit Plus-Baustein zum Ablauf des (→) Versicherungsjahres kündigen. Die übrigen Vertragsinhalte bleiben davon unberührt. Sie oder wir müssen die Kündigung spätestens drei Monate vor Ablauf der Vertragszeit erhalten haben. Die Kündigung hat in (→) Textform (zum Beispiel E-Mail, Fax oder Brief) zu erfolgen.

Kündigen wir, können Sie den gesamten Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Erklärung zum gleichen Zeitpunkt kündigen.

Das Recht zur Kündigung nach einem Leistungsfall nach Ziffer 10.3 bleibt davon unberührt.

2.8 Unfallbedingte Kosten

Nach einem Unfallereignis (Ziffer 1.3 und 1.4) zahlen wir die nachfolgenden unfallbedingten Kosten.

Voraussetzung:

- Die Kosten werden von Ihnen nachgewiesen und
- sind nicht willkürlich.

Die Leistungen nach Ziffer 2.8.1 bis 2.8.20 sind insgesamt auf die im Versicherungsschein genannte Höchstentschädigungssumme je Unfallereignis begrenzt. Ausnahme: In den folgenden Bestimmungen werden andere Versicherungssummen vereinbart.

Es werden nur aus einem Vertrag Zahlungen geleistet, auch wenn die versicherte Person mehrere Verträge bei uns besitzt.

Ist ein Anderer zum Ersatz der Kosten verpflichtet, zum Beispiel die Krankenkasse oder ein Haftpflichtversicherer, können Sie bei uns nur noch die restlichen Kosten anmelden.

Wenn der Dritte nicht oder nur teilweise die Kosten ersetzt, dann können Sie von uns die volle oder teilweise Erstattung verlangen.

Voraussetzung: Sie sind für die Nicht- oder Minderleistung nicht verantwortlich.

- 2.8.1 ARAG Soforthilfe
Wir veranlassen bei unfallbedingten Verletzungen die zumutbaren und notwendigen Maßnahmen so schnell wie möglich. Die dadurch entstehenden Kosten tragen wir.
Voraussetzung:
- Die versicherte Person kommt wegen einer unfallbedingten Verletzung in eine unvorhersehbare Notlage,
 - zu deren Beseitigung Hilfe notwendig ist, um
 - erhebliche Nachteile für ihre Gesundheit oder ihr Vermögen zu vermeiden.
- Die Entschädigung ist Teil der weiteren versicherten Kosten und ist auf maximal 1.000 Euro je Unfallereignis insgesamt beschränkt.

- 2.8.2 Kosten für kosmetische Operationen

- 2.8.2.1 Voraussetzung für die Leistung
Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbilds zu beheben.
Die kosmetische Operation erfolgt durch einen Arzt
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
 - bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 23. Lebensjahres.
- Soweit Zähne betroffen sind, gehören nur Schneide- und Eckzähne zum äußeren Erscheinungsbild.
Nicht übernommen werden die Kosten für die Wiederherstellung von unfallbedingt beschädigtem oder zerstörtem Zahnersatz (zum Beispiel Brücken, Kronen, Gebisse und Implantate).

Bei ARAG Unfall-Schutz Komfort und Premium erstatten wir auch 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).

Ist ein Anderer zum Ersatz der Kosten verpflichtet, zum Beispiel die Krankenkasse oder ein Haftpflichtversicherer, können Sie bei uns nur noch die restlichen Kosten anmelden.

Wenn der Andere nicht oder nur teilweise die Kosten ersetzt, dann können Sie von uns die volle oder teilweise Erstattung verlangen.

Voraussetzung: Sie sind für die Nicht- oder Minderleistung nicht verantwortlich.

2.8.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- a) Arzthonorare und sonstige Operationskosten
- b) notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus
- c) Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten

bis zur Höhe der in Deutschland nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) festgesetzten Grenzen. Dies gilt auch für in Ausland erbrachte Leistungen.

2.8.3 ARAG Unfall-Schutz Premium: Kosten für kosmetische oder plastische Brustoperationen als Folge von Brustkrebs

2.8.3.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person muss sich wegen einer erstmals während der Vertragslaufzeit diagnostizierten Brustkrebserkrankung einer Brustoperation unterziehen. Bei der krebsbedingten Brustoperation wird mindestens eine komplette Brustdrüse entfernt.

Wir erstatten die Kosten für eine kosmetische oder plastische Brustoperation und/oder kosmetische Behandlung beim Chirurgen.

Als Krebserkrankungen gelten solche Erkrankungen, die entsprechend der Definition der „TNM Classification of Malignant Tumours, sixth edition“ der Union for International Cancer Control (UICC) in vier Stadien klassifiziert (I-IV) sind. Diese Stadieneinteilung folgt dem Schweregrad einer Krebserkrankung.

2.8.3.2 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.

Ist ein Anderer zum Ersatz der Kosten verpflichtet, zum Beispiel die Krankenkasse, können Sie bei uns nur noch die restlichen Kosten anmelden.

Wenn der Andere nicht oder nur teilweise die Kosten ersetzt, dann können Sie von uns die volle oder teilweise Erstattung verlangen.

Voraussetzung: Sie sind für die Nicht- oder Minderleistung nicht verantwortlich.

2.8.3.3 Kein Leistungsanspruch besteht

- a) für Fälle, bei denen die Brustkrebserkrankung in den ersten drei Monaten nach Vertragsbeginn erstmals diagnostiziert wird
- b) für Tumore, die bösartige Veränderungen des Karzinoms in situ (lokal begrenzter Krebsherd) zeigen oder solches die histologisch als Krebsvorstufen beschrieben werden
- c) bei wiederholter Krebserkrankung
- d) für Fälle, bei denen die versicherte Person zum Ablauf des (→) Versicherungsjahres das 67. Lebensjahr vollendet hat.

2.8.4 Behandlung in einer Dekompressionskammer

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

2.8.5 Bergungskosten

Wir erstatten die nachgewiesenen Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze

- von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten,
- wenn hierfür die allgemeinen Gebühren berechnet werden.

Diese Kosten werden auch dann ersetzt, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

2.8.6 Transportkosten

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

2.8.7 Überführungs- und Bestattungskosten bei einem Todesfall im Ausland

Wir zahlen die nachgewiesenen Überführungskosten bei einem unfallbedingtem Todesfall bis zum letzten ständigen Wohnsitz der versicherten Person.

Nach Abstimmung mit den Angehörigen zahlen wir wahlweise auch die angemessenen Bestattungskosten im Ausland.

- 2.8.8 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.
Diese Kosten zahlen wir auch dann, wenn zwar keine medizinische Notwendigkeit vorliegt, aber aufgrund des Verletzungsbilds mit einer nachweislich besseren ärztlichen Versorgung im Inland zu rechnen ist.
- 2.8.9 ARAG Unfall-Schutz Komfort oder Premium: 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 75 Euro pro Übernachtung gezahlt.
- 2.8.10 ARAG Unfall-Schutz Komfort oder Premium: 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 75 Euro pro Übernachtung und Person gezahlt.
- 2.8.11 ARAG Unfall-Schutz Komfort oder Premium: Kosten für die Betreuung von Kindern
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
 - Zubettbringen.
- Die Betreuung erfolgt nach Möglichkeit in der Wohnung der versicherten Person, und zwar so lange, bis sie anderweitig, zum Beispiel durch einen Verwandten oder eine im Haushalt lebende Person, übernommen werden kann.
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.
- 2.8.12 ARAG Unfall-Schutz Komfort oder Premium: 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.
- 2.8.13 ARAG Unfall-Schutz Komfort oder Premium: 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 für Nachhilfestunden übernehmen wir bis maximal 100 Euro pro Tag, begrenzt auf 14 Tage insgesamt.
- 2.8.14 ARAG Unfall-Schutz Komfort oder Premium: 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 erstatten 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 75 Euro pro Übernachtung gezahlt.
- 2.8.15 ARAG Unfall-Schutz Komfort oder Premium: Übernachtungskosten im Krankenhaus/Rooming-in
Wir erstatten die Übernachtungskosten im Krankenhaus bzw. Rooming-in-Kosten für eine dem versicherten Kind nahestehende Person, soweit das versicherte Kind
- das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
 - sich unfallbedingt in vollstationärer Heilbehandlung befindet.
- Die Übernachtungskosten tragen wir bis zu 100 Euro pro Tag, begrenzt auf 14 Tage insgesamt.

- 2.8.16 ARAG Unfall-Schutz Komfort oder Premium: behinderungsbedingte Mehraufwendungen nach einem Unfall
- 2.8.16.1 Voraussetzung für die Leistung
Die Leistungen werden erbracht, wenn die Maßnahmen ausschließlich durch einen versicherten Unfall verursacht wurden und
- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen um mindestens 50 Prozent beeinträchtigt ist oder
 - nach Feststellung des von uns beauftragten ARAG Reha-Managers des Rehabilitationsdienstes notwendig sind.
- Die notwendigen Maßnahmen sind durch einen objektiven, am Stand der medizinischen Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen.
- Alle Mehraufwendungen müssen bis zum Ablauf von fünf Jahren nach dem Unfalltag oder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres der versicherten Person entstanden und geltend gemacht sein.
- 2.8.16.2 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.
- 2.8.17 ARAG Unfall-Schutz Komfort oder Premium: Kurbeihilfen nach Abschluss der vollstationären Heilbehandlung
- 2.8.17.1 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.
- 2.8.17.2 Höhe der Leistung
Wir erstatten die tatsächlich entstandenen Kosten
- bei ARAG Unfall-Schutz Komfort bis 1.500 Euro
 - bei ARAG Unfall-Schutz Premium bis 5.000 Euro.
- 2.8.18 ARAG Unfall-Schutz Komfort oder Premium: Erstattung der Zuzahlung zur gesetzlichen Krankenkasse
- 2.8.18.1 Voraussetzungen für die Leistung
Der versicherten Person wurde von den gesetzlichen Krankenversicherern Kosten (Zuzahlungen) nach § 61 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, für eine wegen des Unfalls medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung in Rechnung gestellt.
- 2.8.18.2 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.
- 2.8.19 Psychologische telefonische Hilfe nach einem Unfall
Wir vermitteln 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 nahestehenden Personen bei der Verarbeitung des Unfalls unterstützen und über Möglichkeiten zur Verbesserung der psychischen Situation beraten.
Die Leistung ist auf bis zu vier Personen pro Unfallereignis begrenzt.
Die Kosten für die telefonische psychologische Hilfe tragen wir.
- 2.8.20 ARAG Unfall-Schutz Premium: 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.
- 2.9 Mitversicherte Aufwendungen für den persönlichen Reha-Manager**
- 2.9.1 Voraussetzung für die Leistung
Die versicherte Person hat einen Unfall erlitten (Ziffern 1.3 und 1.4).
Dieser Unfall führt nach ärztlicher Feststellung voraussichtlich zu einer dauerhaften Einschränkung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 25 Prozent.

- 2.9.2 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. Wir sind für die Leistung des Dienstleisters nicht verantwortlich.
Der Reha-Manager informiert zu Adressen und Erreichbarkeiten von beispielsweise
- qualifizierten Rehabilitationsberatern,
 - Behinderten- und Krankentransporten, Fahrdiensten, Pflegediensten, Selbsthilfegruppen, sozialen Einrichtungen, Fachärzten in Wohnungsnahe,
 - Unternehmen für behindertengerechtes Bauen/Umbauen von Wohnungen, Häusern und Kraftfahrzeugen,
 - Dienstleistern für Hausnotrufanlagen, Gartenhilfe, Kinderbetreuung, Reparatur- und Hausmeisterdienste, Anbietern von Wellness- und Gesundheitsreisen.
- 2.9.3 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.
- 2.9.4 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).
- 2.9.5 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.
- 2.9.6 Soziale Rehabilitation
Der Reha-Manager informiert und schafft Kontakte beispielsweise zu
- Verbänden, Behörden, Institutionen, sozialen Einrichtungen und anderen Hilfen,
 - Therapieberatern und -zentren,
 - Psychologen sowie zu psychosozialen Diensten und Sozialtherapeuten.
- Darüber hinaus unterstützt der Reha-Manager durch die Organisation von Informationen und Kontakten bei der Beantragung von Leistungen bei sozialen und gesetzlichen Einrichtungen.
- 2.9.7 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.
- 2.9.8 Dauer der Leistung/Leistungsort
Die Leistung wird bis zu drei Jahre, vom Unfallereignis an gerechnet, erbracht.
Die Leistungen werden ausschließlich innerhalb Deutschlands erbracht.
- 2.9.9 Entschädigungsgrenze
Die Leistungen des Reha-Managers sind insgesamt auf 10.000 Euro je Versicherungsfall begrenzt.
Abweichend davon leisten wir
- bei ARAG Unfall-Schutz Komfort bis 20.000 Euro.
 - bei ARAG Unfall-Schutz Premium bis 30.000 Euro.
- Etwaige Aufwendungen für Reha-Maßnahmen selbst werden nicht erstattet.

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 zum Beispiel Diabetes oder Gelenkerkrankungen; Gebrechen sind zum Beispiel 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 Todesfall-Leistung und, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, bei den anderen Leistungsarten die Leistung selbst.

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

- 3.2.2 Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 Prozent, nehmen wir keine Minderung vor. Abweichend von Satz 1 unterbleibt die Minderung, wenn der Anteil der unfallunabhängigen Krankheiten oder Gebrechen
- bei ARAG Unfall-Schutz Komfort weniger als 50 Prozent bzw.
 - bei ARAG Unfall-Schutz Premium weniger als 75 Prozent beträgt. Bei Vollendung des 67. Lebensjahres endet die Erhöhung des Mitwirkungsanteils mit Ablauf des (→) Versicherungsjahres. Es gilt dann der Mitwirkungsanteil von 50 Prozent.

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

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.

Ausnahme:

Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall wurde durch ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 und 1.4 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.

- 4.1.1.1 Mitversichert sind jedoch Unfälle infolge alkoholbedingter Bewusstseinsstörungen. Beim Führen eines Kraftfahrzeugs sind alkoholbedingte Bewusstseinsstörungen nur mitversichert, wenn zum Unfallzeitpunkt die Blutalkoholkonzentration unter 1,1 Promille lag.
- 4.1.1.2 Mitversichert sind in der Leistungsvariante Komfort und Premium Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge
- der Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten. Ausgeschlossen bleiben Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die durch Medikamenten-Missbrauch oder durch nicht ärztlich verordnete Medikamente und Drogen verursacht wurden.
 - eines Schlaganfalls oder Herzinfarkts, 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.
- 4.1.1.3 Mitversichert sind im ARAG Unfall-Schutz Premium Unfälle infolge von Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, wenn diese durch einen epileptischen Anfall oder sonstigen Krampfanfall verursacht wurden und Bewusstseinsstörung durch Übermüdung.
- 4.1.2 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie (→) vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
- 4.1.2.1 Versicherungsschutz besteht jedoch im ARAG Unfall-Schutz Premium für Personen
- die zum Zeitpunkt des Unfallereignisses das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, oder
 - die wegen ihres geistigen oder körperlichen Zustands der Beaufsichtigung im Sinne des § 832 BGB bedürfen, wenn die versicherte Person ein Land- oder Wasserfahrzeug lenkt oder fährt, ohne im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis (§ 21 StVG) zu sein und dabei eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- Voraussetzung für die Gewährung des Versicherungsschutzes ist, dass die versicherte Person sich nicht erst durch eine Straftat Zugang zu dem Land- oder Wasserfahrzeug verschafft und mit dem Fahrzeug auch keine weiteren Straftaten versucht oder begeht.

- 4.1.2.2 Versicherungsschutz besteht jedoch im ARAG Unfall-Schutz Premium für Personen,
- die zum Zeitpunkt des Unfallereignisses das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, oder
 - die wegen ihres geistigen oder körperlichen Zustands der Beaufsichtigung im Sinne des § 832 BGB bedürfen, wenn die versicherte Person durch Herstellung oder Gebrauch selbstgebaute Feuerwerkskörper eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- Voraussetzung für die Gewährung des Versicherungsschutzes ist, dass keine weiteren Straftaten begangen oder versucht wurden.

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

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Der Versicherungsschutz erlischt am Ende des 14. 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
 - bei Reisen in Ländern, zu denen bei Reiseantritt eine Warnung des Auswärtigen Amtes vor der Gefahr eines Krieges oder Bürgerkriegs bestand
 - für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg
 - für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen.
- 4.1.4 Unfälle der versicherten Person
- als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt
Beispiele: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger
 - als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs
Beispiele: Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter
 - bei beruflichen Tätigkeiten, die mithilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind
Beispiele: 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.

Ausnahmen bei ARAG Unfall-Schutz Komfort und Premium: Versicherungsschutz besteht jedoch

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

- 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: Versicherungsschutz besteht jedoch wenn ein nach diesem Vertrag versichertes Unfallereignis diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 Prozent) verursacht hat.

- 4.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen, soweit diese im Zusammenhang mit Kernenergie stehen. Ausgeschlossen sind Gesundheitsschädigungen, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten eintreten sowie Berufs- und Gewerbekrankheiten.

Ausnahme: Versicherungsschutz besteht für Gesundheitsschäden, die durch Röntgen-, Laser- oder Maserstrahlen, künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen entstanden sind.

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

Ausnahme: Versicherungsschutz besteht,

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

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

Ausnahme bei ARAG Unfall-Schutz Premium: Versicherungsschutz besteht bei Gesundheitsschädigung durch Maniküre oder Pediküre.

- 4.2.4 Infektionen
- 4.2.4.1 Ausnahme: Versicherungsschutz besteht, wenn sich die versicherte Person
- mit Tollwut oder Wundstarrkrampf infiziert hat oder
 - 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 (4.2.3), infiziert hat;
 - mit Krankheitserregern infiziert hat, die durch Insektenstiche, -bisse oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden. Versichert sind: Borreliose, Brucellose, Enzephalitis, Fleckfieber, Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), Gelbfieber, Dreitagefieber, Malaria, Meningitis, Pest.
- 4.2.4.2 Ausnahme bei ARAG Unfall-Schutz Komfort oder Premium: Versicherungsschutz besteht beim erstmaligen Ausbruch folgender Infektionskrankheiten:
- Cholera, Enchinokokkose (Fuchsbandwurm), Diphtherie, Gürtelrose, Keuchhusten, spinale Kinderlähmung, Lepra, Masern, Mumps, Pfeiffer-Drüsenfieber, Pocken/Windpocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Tuberkulose, Tularämie (Hasenpest) und Typhus/Paratyphus.
 - Versicherungsschutz besteht auch bei vorbeugenden Schutzimpfungen gegen die unter Ziffer 4.2.4.1d) und 4.2.4.2a) genannten Infektionskrankheiten, sofern diese gesetzlich vorgeschrieben oder ärztlich verordnet sind, wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet.
- Voraussetzung für die Leistung ist, dass der Nachweis durch einen objektiven am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht unter Beifügung der Laborbefunde erbracht wird
- 4.2.4.3 Der Versicherungsschutz für diese Infektionen beginnt erst nach einer Wartezeit von drei Monaten nach dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.
- 4.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre)
- Versicherungsschutz besteht, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr; bei ARAG Unfall-Schutz Komfort und Premium das 18. Lebensjahr, noch nicht vollendet hat
Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.
- Versicherungsschutz besteht jedoch für ARAG Unfall-Schutz Komfort und Premium bei Vergiftungen durch Nahrungsmittel.
- 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*
- Ausnahmen bei ARAG Unfall-Schutz Premium: Mitversichert sind die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen sind.
- 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.
- Mitversichert sind jedoch bei
- ARAG Unfall-Schutz Komfort und Premium Bauch- oder Unterleibsbrüche, soweit diese durch eine erhöhte Kraftanstrengung verursacht werden. Bei Vollendung des 75. Lebensjahres endet dieser Einschluss mit Ablauf des (→) Versicherungsjahres. Danach sind Bauch- oder Unterleibsbrüche ausgeschlossen.
 - ARAG Unfall-Schutz Premium Bauch- oder Unterleibsbrüche, wenn diese auch durch eine Eigenbewegung verursacht werden. Bei Vollendung des 67. Lebensjahres endet dieser Einschluss mit Ablauf des Versicherungsjahres. Danach gilt die Regelung nach a).
- 5 Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif, bei Erreichen eines bestimmten Lebensjahres und bei der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?**
- 5.1 Umstellung des Kinder-Tarifs**
- 5.1.1 Bei Vollendung des 18. Lebensjahres des Kindes stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Erwachsenentarif mit Ablauf des (→) Versicherungsjahres um.
ARAG Unfall-Schutz Premium: Bei Vollendung des 25. Lebensjahres des Kindes erfolgt die Umstellung auf den Erwachsenentarif mit Ablauf des Versicherungsjahres.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

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

5.1.2 Wir informieren Sie rechtzeitig über Ihr Wahlrecht. 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 für den ARAG Unfall-Schutz steigt mit dem erreichten Alter der versicherten Person. Bis zum Ablauf des (→) Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das

- a) 60. Lebensjahr
- b) 67. Lebensjahr
- c) 75. Lebensjahr
- d) 80. Lebensjahr
- e) 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.

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

Ihr Beitrag erhöht sich, wenn Sie in eine andere Altersgruppe eingestuft werden. Sie können deswegen den Vertrag für die versicherte Person innerhalb eines Monats nach Erhalt unseres Schreibens kündigen. Die Kündigung ist zu dem Zeitpunkt möglich, 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 die für Ihren Vertrag geltende Einteilung nach Gefahrengruppen (siehe „Wichtige Hinweise; Änderung der Berufstätigkeit“).

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 (zum Beispiel Bundesfreiwilligendienst) fallen nicht darunter.

5.3.2 Auswirkungen der Änderung

Wenn für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung niedrigere Versicherungssummen gelten, gelten diese einen Monat nach der Änderung.

Voraussetzung: Der Beitrag bleibt gleich.

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

Auch die neuen 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. Dies gilt ab dem Datum, an dem wir Ihre Mitteilung erhalten.

5.3.3 ARAG Unfall-Schutz Komfort oder Premium: Versehentliche Anzeigepflichtverletzung bei Berufswechsel (Versehensklausel)

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

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

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

6 Beitragsfreie Vorsorgeversicherung für neu hinzukommender Personen

6.1 Anspruchsberechtigte für die Vorsorgeversicherung

Anspruch auf die Vorsorgeversicherung haben folgende nach Beginn der Versicherung bzw. während eines laufenden (→) Versicherungsjahres in Ihrem Haushalt neu hinzukommende Personen:

- a) Eheleiche, eingetragene oder mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft zusammenlebende Lebenspartner. Der Versicherungsschutz aus der Vorsorgeversicherung besteht ab dem Tag der
 - standesamtlichen Eheschließung oder
 - Begründung der Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder einer vergleichbaren Partnerschaft nach dem Recht anderer Staaten oder
 - behördlicher Meldung des Lebenspartners am gemeinsamen Wohnsitz.

- b) Leibliche und adoptierte Kinder, Kinder des Lebenspartners sowie Pflegekinder, wenn diese das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Der Versicherungsschutz aus der Vorsorgeversicherung besteht ab dem Tag der
- Geburt oder
 - Adoption oder
 - behördlichen Meldung des Kindes am gemeinsamen Wohnsitz.

6.2 Versicherte Leistungsarten und Höhe der Vorsorgeversicherung

Soweit ein versicherter Unfall vorliegt, zahlen wir für die

- Invaliditätsleistung
- Todesfall-Leistung

die im Versicherungsschein vereinbarten Summen.

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

6.3 Anspruchsgrundlage

Der Anspruch auf eine Leistung wird auf der Grundlage der ARAG Unfallversicherungs-Bedingungen in der Leistungsvariante ARAG Unfall-Schutz Basis berechnet.

6.4 Dauer der Vorsorgeversicherung

Die beitragsfreie Mitversicherung der unter Ziffer 6.1 genannten Personen endet zum Ablauf des übernächsten (→) Versicherungsjahres.

Der Leistungsfall

7 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.

7.1 Hinzuziehen eines Arztes

Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, müssen Sie oder die versicherte Person

- (→) unverzüglich einen Arzt hinzuziehen,
- seine Anordnungen befolgen und
- uns informieren.

7.2 Wahrheitsgemäße vollständige Angaben

Alle Angaben, um die wir Sie oder die versicherte Person bitten, müssen

- wahrheitsgemäß,
- vollständig und
- (→) unverzüglich mitgeteilt werden.

Es liegt keine Verletzung der Obliegenheiten vor, wenn die versicherte Person

- erst dann einen Arzt hinzuzieht und
- uns den Unfall mitteilt,

wenn der wirkliche Umfang der unfallbedingten Gesundheitsschädigung erkennbar ist.

Voraussetzung: Die Folgen des Unfalls

- erscheinen zunächst geringfügig oder
- die Folgen des Unfalls sind noch nicht erkennbar.

Die vereinbarten Fristen (zum Beispiel für die ärztliche Feststellung und die Geltendmachung der Invalidität) gelten weiterhin.

7.3 Recht auf Beauftragung einer ärztlichen Untersuchung

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 Verdienstausschlag, der durch die Untersuchung entsteht. Wird bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbständigen oder freiberuflich Tätigen der Verdienstausschlag nicht konkret nachgewiesen, so wird ein pauschaler Betrag in Höhe von 500 Euro je Unfallereignis erstattet.

7.4 Recht auf Einholung weiterer Auskünfte

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.

7.5 Meldefrist im Todesfall

Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von acht Wochen zu melden. Bei Überschreiten der Meldefrist werden wir uns nicht auf eine Obliegenheitsverletzung berufen, wenn wir, wie bei einer fristgerechten Anzeige, noch rechtzeitig Entscheidungen im Sinne dieser Obliegenheit treffen können.

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

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziffer 7 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.

Voraussetzung: Wir haben Sie mit einer gesonderten Mitteilung in (→) Textform auf die Rechtsfolgen hingewiesen.

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.

Ausnahme: Dies gilt nicht, wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit (→) arglistig verletzt haben.

9 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:

9.1 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, wenn wir folgende Unterlagen erhalten haben:

- a) Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen
- b) 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 7.

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

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

9.2 Fälligkeit der Leistung

Wir leisten innerhalb von zwei Wochen, wenn wir

- den Anspruch anerkannt haben oder
- uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt haben.

9.3 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.

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

9.4 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

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt.

Voraussetzung: Sie zahlen den ersten oder einmaligen Beitrag (→) unverzüglich, spätestens nach Ablauf von 14 Tagen nach Erhalt des Versicherungsscheins.

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 einem Leistungsfall

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 Kündigung bei Pflegebedürftigkeit der versicherten Person

Wird bei der versicherten Person ein Pflegegrad im Sinne der sozialen Pflegeversicherung (§§ 14, 15 SGB XI) ärztlich festgestellt, so können Sie rückwirkend zum Zeitpunkt der Feststellung kündigen.

Wir erstatten den Beitrag für die betroffene Person ab dem Zeitpunkt der Feststellung, maximal jedoch für die letzten drei Jahre.

10.5 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.

11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

11.1 Beitrag und Versicherungssteuer

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

- a) bei Monatsbeiträgen einen Monat,
- b) bei Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr,
- c) bei Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und
- d) bei Jahresbeiträgen ein Jahr.

11.1.2 Versicherungssteuer

Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer.

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, spätestens 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: Folgebeiträge

11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt 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.

Ausnahme: Sie haben die verspätete Zahlung nicht verschuldet.

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:

- a) Die ausstehenden Beträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
- b) 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,

- a) besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz
- b) 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 erst dann zahlen, wenn wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben.

11.5 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung

Soweit 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.

11.7 Beitragsbefreiung der Versicherung von Kindern in Ihrem Todesfall

11.7.1 Voraussetzung für die Beitragsfreistellung

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

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

11.7.2 Dauer der beitragsfreien Weiterführung für mitversicherte Kinder

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.

11.7.3 Übergang der Versicherungsnehmereigenschaft

Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer (→) Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

11.8 ARAG Unfall-Schutz Komfort oder Premium: Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern und den mitversicherten Ehegatten/Lebenspartner im Todes-, Pflege- oder Unfall

11.8.1 Voraussetzung für die Beitragsfreistellung

Wenn Sie oder Ihr mitversicherter Ehegatte/Lebenspartner während der Versicherungsdauer

- a) versterben sollten (auch dann, wenn der Tod durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde) oder
- b) in den Pflegegrad 2 oder höher im Sinne der sozialen Pflegeversicherung (§§ 14, 15 SGB XI) eingestuft werden oder
- c) einen Unfall erleiden, der nach den Bestimmungen dieses Vertrags zu einer Invalidität von mindestens 50 Prozent führt

und

- d) Sie oder der Ehegatte/Lebenspartner bei Versicherungsbeginn das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten und
 - e) die Versicherung nicht gekündigt war,
- gilt Folgendes:

11.8.2 Dauer der beitragsfreien Weiterführung für mitversicherte Kinder

ARAG Unfall-Schutz Komfort: 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.

ARAG Unfall-Schutz Premium: Wir führen die Versicherung mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weiter, in dem das versicherte Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat.

Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer (→) Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

11.8.3 Dauer der beitragsfreien Weiterführung für mitversicherte Ehegatten/Lebenspartner

Wir führen den Versicherungsschutz für die mitversicherten Ehegatten/Lebenspartner mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang bis zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres beitragsfrei weiter, längstens jedoch bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte(n) Person(en) das 60. Lebensjahr vollendet hat/haben.

11.9 Jährliche Erhöhung von Leistung und Beitrag (Summendynamik)

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

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

Die Versicherungssumme wird

- a) für die Invaliditätsleistung (Ziffer 2.1) auf volle 100 Euro
- b) die Rentenleistung (Ziffer 2.2) auf einen vollen Euro
- c) für das Krankenhaus- und Arbeitsunfähigkeitstagegeld (Ziffer 2.3) auf einen vollen Euro
- d) für die Todesfall-Leistung (Ziffer 2.4) auf volle 10 Euro
- e) für die Soforthilfe bei schweren Unfallverletzungen (Ziffer 2.5) auf volle 100 Euro aufgerundet.

Die Erhöhung der Versicherungssummen ist auf die nachfolgenden Höchstversicherungssummen der jeweiligen Leistungsart begrenzt.

Altersgruppe	0 bis 17	18 bis 59	60 bis 66	67 bis 74	75 bis 79	80 bis 84
Invaliditätssumme						
ohne Progression	500.000	500.000	500.000	300.000	200.000	200.000
mit 225 % Progression	300.000	300.000	300.000	200.000	-	-
mit 350 % Progression	200.000	200.000	200.000	-	-	-
mit 500 % Progression	150.000	150.000	150.000	-	-	-
mit 1.000 % Progression	75.000	75.000	75.000	-	-	-
Unfallrente	1.000	1.500	1.500	1.500	1.500	1.500
Todesfallsumme	30.000	100.000	100.000	50.000	20.000	10.000
Krankenhaus-Tagegeld	200	200	200	100	100	50
Soforthilfe, Übergangsleistung	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000

Die Erhöhung gilt nicht für laufende Zahlungen aufgrund eingetretener Leistungsfälle.

- 11.9.2 Von der jährlichen Erhöhung ausgenommen sind die vereinbarten Versicherungssummen
- für Fit Plus (Ziffer 2.7)
 - für die unfallbedingten Kosten (Ziffer 2.8)
 - für die Dienstleistungen des Reha-Managers (Ziffer 2.9)
 - für die Vorsorgeversicherung (Ziffer 6).
- 11.9.3 Für den Betrag, um den sich die Versicherungssumme erhöht, wird nach dem diesem Vertrag zugrunde liegenden Tarif der zusätzliche Beitrag entsprechend dem vereinbarten Tarifmerkmal (zum Beispiel Alter) der jeweiligen versicherten Person berechnet.
- 11.9.4 Die Erhöhung der Versicherungssumme erfolgt jeweils zum Beginn des (→) Versicherungsjahres, erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.
- 11.9.5 Wir teilen Ihnen die erhöhte Versicherungssumme spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrags mit. Sie erhalten einen Nachtrag zum Versicherungsschutz mit den neuen Versicherungssummen.
- 11.9.6 Die Erhöhung entfällt, wenn Sie innerhalb von zwei Monaten, nachdem Sie unsere Information über die Erhöhung erhalten haben, in (→) Textform (zum Beispiel E-Mail, Fax oder Brief) widersprechen. In diesem Fall werden wir Ihnen zu Beginn des folgenden Versicherungsjahres eine erneute Erhöhung der Versicherungssummen anbieten.
- 11.9.7 Die Vereinbarung über die Summendynamik endet
- wenn Sie oder wir die Vereinbarung zur Summendynamik für die versicherte Person kündigen. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugehen.
 - wenn der Vertrag für mitversicherte Kinder (Ziffer 11.7) oder mitversicherte Ehegatten/Lebenspartner (Ziffer 11.8) beitragsfrei weitergeführt wird.

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 zugefallen 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 Ihre 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 gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erforderlich sind.

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

- a) nach Ihrer Vertragserklärung,
- b) aber noch vor Vertragsannahme 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 den gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet, diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt und

- diesen nicht angibt oder
 - (→) arglistig handelt,
- dann werden Sie so gestellt, als hätten Sie selbst diesen Umstand verschwiegen oder arglistig gehandelt.

13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

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

- a) vom Vertrag zurücktreten oder
- b) den Vertrag kündigen oder
- c) den Vertrag ändern oder
- d) den Vertrag wegen (→) arglistiger Täuschung anfechten.

13.2.1 Rücktritt

Wird die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, können wir vom Vertrag zurücktreten. Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

Ausnahme: Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine (→) vorsätzliche
- noch eine (→) grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

Ausnahme: Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn

- Sie die Anzeigepflicht (→) grob fahrlässig verletzt haben, aber
- wir den Vertrag zu anderen Bedingungen (zum Beispiel mit eingeschränktem Versicherungsschutz)
- auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung bestehen:

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

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

Wird die Anzeigepflicht (→) arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

13.2.2 Kündigung

Ist die Verletzung der Anzeigepflicht weder (→) vorsätzlich noch (→) grob fahrlässig, dann können wir nicht vom Vertrag zurücktreten. Wir können aber den Vertrag mit einer Frist von einem Monat kündigen.

Ausnahme: Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn

- wir den Vertrag zu anderen Bedingungen (zum Beispiel mit eingeschränktem Versicherungsschutz)
- auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände geschlossen hätten.

13.2.3 Vertragsänderung

Wir können nicht zurücktreten oder kündigen, wenn wir den Vertrag

- unter anderen Bedingungen (zum Beispiel mit eingeschränktem Versicherungsschutz)
- auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände geschlossen hätten. Die anderen Bedingungen werden dann 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

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

Auf dieses Recht weisen wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hin.

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 abgelaufen ist.

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

Ausnahme: 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 nach drei Jahren. Diese Frist richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

14.2 Aussetzung der Verjährung

Wenn Sie einen Anspruch aus Ihrem Vertrag bei uns anmelden, unterbricht die Verjährung ab diesem Zeitpunkt. Sie beginnt erst wieder, wenn Sie unsere Entscheidung in (→) Textform erhalten haben. Das heißt: Bei der Verjährungsfrist berücksichtigen wir zu Ihren Gunsten den Zeitraum von der Meldung bis zum Eintreffen unserer Entscheidung bei Ihnen nicht.

15 Welches Gericht ist zuständig?

15.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns

Wenn Sie uns verklagen wollen, können Sie die Klage an folgenden Orten einreichen:

- an unserem Sitz oder am Sitz Ihrer zuständigen Niederlassung oder
- am Gericht Ihres Wohnsitzes. Haben Sie keinen Wohnsitz, können Sie die Klage am Gericht Ihres gewöhnlichen Aufenthalts einreichen.

15.2 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie

Wenn wir Sie verklagen müssen, können wir die Klage an folgenden Orten einreichen:

- am Gericht Ihres Wohnsitzes. Haben Sie keinen Wohnsitz, können wir die Klage am Gericht Ihres gewöhnlichen Aufenthalts einreichen.

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

16.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen oder Erklärungen senden Sie bitte

- a) an unsere Hauptverwaltung: ARAG Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft, ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf oder

b) an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen genannte zuständige Stelle.

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 Unfallversicherungs-Bedingungen 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 Update-Garantie für künftige beitragsfreie Leistungsverbesserungen

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.

Hilftabellen für die progressiven Invaliditätsleistungen

Auf die Höhe Ihrer Invaliditätsleistung wird sich die Vereinbarung einer progressiven Invaliditätsleistung (Ziffer 2.1.3) im Einzelnen wie folgt aus:

Progressionstabelle 225 Prozent

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

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

Progressionstabelle 350 Prozent

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

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

Progressionstabelle 500 Prozent

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

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

Progressionstabelle 1.000 Prozent

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

IG	IL	IG	IL	IG	IL	IG	IL	IG	IL
26	30	41	105	56	210	71	360	86	664
27	35	42	110	57	220	72	370	87	688
28	40	43	115	58	230	73	380	88	712
29	45	44	120	59	240	74	390	89	736
30	50	45	125	60	250	75	400	90	760
31	55	46	130	61	260	76	424	91	784
32	60	47	135	62	270	77	448	92	808
33	65	48	140	63	280	78	472	93	832
34	70	49	145	64	290	79	496	94	856
35	75	50	150	65	300	80	520	95	880
36	80	51	160	66	310	81	544	96	904
37	85	52	170	67	320	82	568	97	928
38	90	53	180	68	330	83	592	98	952
39	95	54	190	69	340	84	616	99	976
40	100	55	200	70	350	85	640	100	1.000

ARAG Unfall-Schutzbrief-Bedingungen (USB 2018)

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, falls vereinbart, bei: Unfällen nach Ziffer 1.1, ambulanten Operationen und vollstationären Krankenhausaufenthalten nach Ziffer 1.2, ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeiten von mindestens acht Tagen nach Ziffer 1.3 und besonderen Ereignissen nach 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

- a) weltweit und
- b) rund um die Uhr

Die vereinbarten Hilfeleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

1.1.1 Allgemeiner Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein

- a) plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis)
- b) unfreiwillig

eine Gesundheitsschädigung erleidet.

1.1.2 Erweiterter Unfallbegriff

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschädigungen

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

Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine Eigenbewegung (Eigenbewegungen sind willentliche oder reflexgesteuerte Bewegungen der Skelettmuskulatur)

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

Menisken und Bandscheiben sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder noch Kapseln.

1.1.3 Einschränkung unserer Leistungspflicht

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

Bitte beachten Sie die Regelung zu den Ausschlüssen nach Ziffer 7.

Es gibt keine Einschränkung der Leistungen des Unfall-Schutzbriefs, wenn Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis verursachten Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt haben.

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

1.2 **Alltagshelfer oder Alltagshelfer Plus: Hilfeleistungen bei ambulanten Operationen und bei vollstationären Krankenhausaufenthalten**

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

- a) ambulanten Operationen
- b) Geburten im Krankenhaus und
- c) vollstationären Krankenhausaufenthalten

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

- durchgeführten ambulanten Operation oder
- Geburt oder
- jedem vollstationären Krankenhausaufenthalt.

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

Ausnahme: Bei mehreren Operationen oder Krankenhausaufenthalten aufgrund der gleichen Erstdiagnosen begrenzt sich die Leistungsdauer auf die unter Ziffer 2.2 genannte Höchstdauer.

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

Ausnahme zu Ziffer 10.1: Bei besonderen Ereignissen gilt eine Wartezeit von einem Monat.

1.3 **Alltagshelfer Plus: Leistung bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit von mehr als sieben Kalendertagen**

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

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

Ist die Arbeitsunfähigkeit

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

Dauer und Umfang unserer Leistungsverpflichtung entnehmen Sie bitte den Ziffern 2.2 und 3.

Ausnahme zu Ziffer 10.1: Bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit gilt eine Wartezeit von einem Monat.

1.4 **Alltagshelfer oder Alltagshelfer Plus: Leistung bei besonderen Ereignissen**

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

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:
 - a) täglicher Menüservice (Ziffer 3.1)
 - b) Einkäufe und Besorgungen (Ziffer 3.2)
 - c) Wäscheservice (Ziffer 3.3)
 - d) Wohnungsreinigung (Ziffer 3.4)
 - e) Kinder- und Haustierbetreuung (Ziffern 4.3 und 4.8)
 - f) 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:

- a) täglicher Menüservice (Ziffer 3.1)
- b) Einkäufe und Besorgungen (Ziffer 3.2)
- c) Wäscheservice (Ziffer 3.3)
- d) Wohnungsreinigung (Ziffer 3.4)
- e) Kinder- und Haustierbetreuung (Ziffer 4.3 und 4.8)
- f) psychologische telefonische Hilfe (Ziffer 4.13)

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

- 1.4.3 Alltagshelfer Plus: Wenn Sie mit uns den Alltagshelfer Plus vereinbart haben, zahlen wir im Falle eines innerhalb Deutschlands gewerkschaftlich organisierten Streiks von mindestens einem Tag entweder bei
- den öffentlichen Verkehrsmitteln (Luftfahrt, Bahn, Bus) oder
 - den öffentlichen Kindertagesstätten oder
 - den Krankenhäusern oder
 - den Ärzten
- eine Aufwandsentschädigung von bis zu 50 Euro je Tag, wenn für Sie durch den Streik nachweislich Mehrkosten entstehen. Für alle oben genannten Streiks beträgt die Höchstleistung für die Aufwandsentschädigung insgesamt 250 Euro je Versicherungsjahr.
Ausnahme zu Ziffer 10.1: Bei besonderen Ereignissen gilt eine Wartezeit von einem Monat.

In welchem Umfang erbringen wir die Leistungen?

2 Unsere Leistungen

Wir stellen 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

fest. Dieser Bedarf wird durch die in Ziffer 3 beschriebenen Leistungen gedeckt.

Ausnahme: Dies gilt nicht für die Aufwandsentschädigung aufgrund eines gewerkschaftlich organisierten Streiks innerhalb Deutschlands nach 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 Anderer im Auftrag der versicherten Person, meldet uns den Versicherungsfall über das Notruftelefon mit der ARAG Telefonnummer: **+49 211 963-1405**.

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

2.1.2 Anspruchsgrund

Die versicherte Person hat ein unter den Ziffern 1.1 bis 1.4.2 definiertes leistungsauslösendes Ereignis erlitten und ist infolgedessen hilfsbedürftig.

2.1.3 Definition „Hilfsbedürftigkeit“

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

2.1.4 Weitere Voraussetzungen

Weitere Voraussetzungen finden Sie bei den jeweiligen Leistungsbeschreibungen.

2.2 Dauer der Leistungen

Wenn 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 der ambulanten Operation
- 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 mindestens acht Kalendertagen ab dem Datum der ärztlichen Feststellung bis zu 20 Tagen je Diagnose. Hat die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, leisten wir bis zu zehn Tagen. Die Leistung erbringen wir bei unterschiedlichen Diagnosen bis zu dreimal, ab dem vollendeten 67. Lebensjahr einmal je (→) Versicherungsjahr.
Unsere Leistungspflicht besteht erst dann, wenn die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung die Voraussetzung von acht Kalendertagen erfüllt. Dies gilt auch dann, wenn die acht Kalendertage erst durch eine Folgebescheinigung erreicht werden.
- 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 Haushalt 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 die Leistungen eingestellt.

2.3 Durch wen und wo erbringen wir unsere Leistungen?

Für die Leistungserfüllung beauftragen wir qualifizierte externe Dienstleister. Die Leistungen erfolgen ausschließlich in Deutschland. Ausnahme: In Ziffer 3 wird etwas anderes vereinbart.

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: Die Räume waren vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand.

3.5 Installation einer Hausnotrufanlage

Der versicherten Person wird eine Hausnotrufanlage zur Verfügung gestellt und in der Wohnung installiert, soweit 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, soweit dieser medizinisch indiziert ist, den Transport der versicherten Person durch einen von uns beauftragten Dienstleister. Die Begleitperson unterstützt die versicherte Person zum Beispiel beim Ein- und Aussteigen, Treppensteigen, Türen öffnen etc.

Die Begleitperson leistet keine fachliche und inhaltliche Unterstützung.

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, soweit diese

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

Kosten für Heilbehandlungen werden nicht erstattet.

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

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, 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, wenn die versicherte Person sie gepflegt hat und hierzu nicht mehr in der Lage ist. Voraussetzung:

- a) Die zu pflegende Person lebt in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person.
- b) Für sie wurde ein Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung (§§ 14, 15 SGB XI) 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 nach Ziffer 2.2.

Unsere Leistungen enden

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

3.11 Alltagshelfer Plus: Aufwandsentschädigung bei einem gewerkschaftlich organisierten Streik innerhalb Deutschlands von mindestens einem Tag nach 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, wenn sich aus den folgenden Bestimmungen keine anderen Begrenzungen ergeben.

Die maximale Entschädigungsgrenze beinhaltet die Leistung nach Ziffer 4.2.

4.2 ARAG Soforthilfe weltweit nach einem Unfall

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

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

Voraussetzung:

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

Die Entschädigung ist Teil der weiteren versicherten Kosten und ist auf maximal 1.000 Euro insgesamt 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. Zum Beispiel für:

- a) Wegbegleitung
- b) Hausaufgabenbetreuung
- c) Zubereitung der Mahlzeiten
- d) Betreuung in der Freizeit
- e) Zubettbringen.

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

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

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

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 100 Euro pro Tag, begrenzt auf insgesamt 14 Tage.

4.5 **Nachhilfestunden**

Wir erstatten die Kosten für Nachhilfestunden von versicherten Personen, die

- a) zum Zeitpunkt des versicherten Ereignisses das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und
- b) 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 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, soweit das versicherte Kind

- a) das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- b) 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 Haustiere der versicherten Person wird eine Unterbringung oder eine Betreuung vermittelt bzw. organisiert.

Haustiere sind die im Haushalt der versicherten Person lebenden Hunde (Katzen, Vögel, Nagetiere, Fische und Schildkröten). Ausnahme: Hunde, die nach den Verordnungen oder Gesetzen des jeweiligen Bundeslandes, in dem diese gehalten werden, als gefährlich oder als Kampfhunde eingestuft sind.

Voraussetzung:

- Das Haustier muss einen gültigen Impfpass besitzen (gilt bei Hunden, Katzen, Frettchen und Kaninchen) und
- darf keine ansteckenden Krankheiten und/oder Parasitenbefall haben.

Je nach regionaler Verfügbarkeit wird das Haustier in einer Tierpension in Wohnortnähe untergebracht.

Die Kosten für eine Hundebetreuung oder das Ausführen des Hundes sind ebenfalls mitversichert.

Die Kosten für die Haustierunterbringung bzw. Haustierbetreuung tragen wir maximal bis zu 100 Euro pro Tag, begrenzt auf insgesamt 14 Tage. Ausnahme: Etwaige Zusatzkosten für besondere Unterbringungswünsche, Betreuungspersonen, Tierärzte, besonderes Futter oder andere Sonderleistungen sind von der versicherten Person zu tragen.

4.9 **Winter-/Streudienst**

Wir übernehmen, soweit dies zur Erfüllung der Verkehrssicherungspflicht der versicherten Person notwendig ist, die Kosten für den Winter- und Streudienst am amtlichen Wohnsitz der versicherten Person.

Die Kosten werden bis zu 100 Euro pro Woche übernommen. Zusätzlich anfallende Kosten sind von der versicherten Person zu bezahlen.

Zur Klarstellung:

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

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

4.10 **Gartenpflege**

Wir organisieren bzw. vermitteln Dienstleister, die den Garten am Wohnsitz der versicherten Person pflegen, wenn 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, wenn dies notwendig ist, die Kosten für kleine hausmeisterliche Tätigkeiten im Wohnraum des amtlichen Wohnsitzes der versicherten Person.

Die Kosten werden bis zu einem Gesamtbetrag von 500 Euro übernommen.

Zur Klarstellung:

Wir übernehmen ausschließlich die Kosten für die Vermittlung und Organisation.

4.12 **Briefkastenleerung**

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

4.13 **Psychologische telefonische Hilfe**

Wir vermitteln auf Anfrage eine psychologische telefonische Hilfe.

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

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

4.14 Beratung behindertengerechtes Wohnen, Umzug, Umbau des Fahrzeugs

Wir erstatten die nachgewiesenen Beratungskosten für

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

4.15 Reisepreiserstattung für die versicherte Person und Mitreisende nach einem Unfall

Wenn eine Reise durch einen notwendigen Krankenrücktransport der versicherten Person nach einem Unfall nach Ziffer 1.1 abgebrochen werden muss, erstatten wir den anteiligen Reisepreis für die versicherte Person und die mitreisenden Personen, wenn ein Nachteil für die versicherte Person und/oder die Mitreisenden entstanden ist.

Die Entschädigung ist auf maximal 50 Prozent der Gesamtreisekosten, höchstens jedoch bis zu 1.000 Euro insgesamt (für alle Personen) begrenzt.

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, wenn 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, soweit dies medizinisch notwendig ist und ärztlich angeordnet wurde.

Diese Kosten werden auch dann ersetzt, wenn eine medizinische Notwendigkeit nicht vorliegt, aufgrund des Verletzungsbilds aber mit einer vollstationären Heilbehandlung im Ausland von mehr als 14 Tagen zu rechnen ist.

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

Nachgewiesene Kosten für Taxifahrten erstatten wir bis zu 100 Euro.

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

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 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 unfallbedingtem 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

- a) nach einem Unfall (Ziffer 1.1) oder
- b) 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

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

5.2.2 Organisationsdienstleistungen

Der Reha-Manager

- a) sendet den Angehörigen der versicherten Person Formulare zur Patientenverfügung bzw. zur Vorsorgevollmacht zu,
- b) organisiert Unterstützung bei der Besorgung verschriebener Medikamente sowie bei Behördengängen,
- c) 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

- a) der Klärung, ob der zuvor ausgeübte Beruf wieder aufgenommen werden kann,
- b) der Arbeitsplatzsicherung: Herstellen von Kontakten zu (ehemaligen) Arbeitgebern, (bereits involvierten) Familienmitgliedern, Ämtern und sozialen Einrichtungen sowie Anwälten und
- c) 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

- a) Verbänden, Behörden, Institutionen, sozialen Einrichtungen und anderen Hilfen,
- b) Therapieberatern und -zentren,
- c) 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

- a) spezialisierten Kindergärten/Schulen
- b) Nachhilfebetreuungen/Tagesmüttern, Kinderkrankenschwestern
- c) Elternbegleitungen und
- d) 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 nach den Ziffern 1.1 bis 1.4 vorliegt. Die Serviceleistung beschränkt sich auf die Nennung von Dienstleistern. Die Beauftragung des Dienstleisters bzw. die Kostenübernahme für die Dienstleistung erfolgt durch Sie bzw. haben Sie zu tragen, soweit nachfolgend nicht etwas anderes vereinbart wurde.

6.1 Nennung von Dienstleistern (keine Beauftragung und Kostenübernahme)

Wir nennen oder vermitteln auf Anfrage:

- a) Fachanwälte aus dem ARAG SE Anwaltsnetzwerk
- b) Versorgungleistungen für die verletzte oder erkrankte Person, zum Beispiel Menüservice, Pflegekräfte, Fahrdienste
- c) Versorgung des Haushalts, zum Beispiel Einkaufs-, Wäsche- und Reinigungsdienste für die Wohnung
- d) Hausmeisterdienste
- e) Beratung über Pflege
- f) Betreuungsdienste von im Haushalt lebenden Personen
- g) Berater über technische Hilfsmittel
- h) Hilfe auf Reisen
- i) 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

Wenn möglich, nennen wir einen Deutsch, Englisch oder Ihre 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, wenn 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

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

- a) den behindertengerechten Umbau des selbst bewohnten Hauses oder der Wohnung,
- b) einen notwendigen Umzug in ein behindertengerechtes Haus oder Wohnung bzw. in ein Senioren- oder Pflegeheim und
- c) die behindertengerechte Umrüstung des eigenen oder eines fremden Pkws, wenn 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 Kriego- und Bürgerkriegsereignisse

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

Ausnahme: Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriego- 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.

Ausnahme: Die Erweiterung gilt nicht

- a) bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht
- b) bei Reisen in Ländern, zu denen bei Reiseantritt eine Warnung des Auswärtigen Amtes vor der Gefahr eines Kriegs oder Bürgerkriegs bestand
- c) für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg
- d) 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 nach Ziffer 1.1**
Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:
- 7.2.1 Geistes- und Bewusstseinsstörungen
Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen.
Ausnahme: Versicherungsschutz besteht 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.
Ausnahme: Versicherungsschutz besteht für Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen durch Trunkenheit, beim Lenken von Kraftfahrzeugen. Voraussetzung: Der Blutalkoholgehalt lag zum Unfallzeitpunkt unter 1,1 Promille.
Ausnahme: Versicherungsschutz besteht für Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen durch ärztlich verordnete Medikamente. Voraussetzung: Die Medikamente sind der ärztlich empfohlenen Dosierung entsprechend eingenommen worden.
Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Unfälle durch Drogeneinfluss.
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.
Ausnahme: Versicherungsschutz besteht für Unfälle
- a) beim Lenken oder Fahren von Land- oder Wasserfahrzeugen ohne den Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis (§ 21 StVG) und
 - b) bei der Herstellung und dem Gebrauch selbstgebafter Feuerwerkskörper, wenn die versicherte Person
 - zum Zeitpunkt des Unfallereignisses das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder
 - wegen ihres geistigen oder körperlichen Zustands der Beaufsichtigung im Sinne des § 832 BGB bedarf.
- Voraussetzung für die Gewährung des Versicherungsschutzes ist, dass die versicherte Person sich nicht erst durch eine Straftat Zugang zu dem Land- oder Wasserfahrzeug verschafft und mit dem Fahrzeug oder dem Gebrauch der selbstgebaute Feuerwerkskörper auch keine weiteren Straftaten versucht oder begeht.
- 7.2.3 Führen eines Luftfahrzeugs
Unfälle der versicherten Person
- a) als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs;
 - b) bei einer mithilfe eines Luftfahrzeugs auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
 - c) bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
- 7.2.4 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.
- Versicherungsschutz besteht:
- a) bei der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen, bei denen es hauptsächlich auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt (zum Beispiel Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten, Ballonverfolgungsfahrten sowie Sicherheitstrainings);
 - b) bei Fahrten mit Leihkarts auf einer Indoor-, Outdoor- oder Crosskart-Anlage, wobei es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, wenn hierfür keine Lizenz erforderlich ist.
- 7.3 Ausgeschlossen sind bei Unfällen nach Ziffer 1.1 folgende Beeinträchtigungen:**
- 7.3.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen
Ausnahme: Versicherungsschutz besteht, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.1 die überwiegende Ursache ist.
- 7.3.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen
Ausnahme: 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. Gewerbekrankheiten.
- 7.3.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper
Ausnahme: Versicherungsschutz besteht, wenn
- a) die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall nach Ziffer 1.1 veranlasst waren;
 - b) die Gesundheitsschädigungen durch Pediküre oder Maniküre hervorgerufen wurden.

- 7.3.4 Gesundheitsschäden durch Infektionen
- 7.3.4.1 Insektenstiche, geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen
 Ausnahme: Versicherungsschutz besteht, 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
 a) bei vorbeugenden Schutzimpfungen gegen die oben genannten Infektionskrankheiten, soweit diese gesetzlich vorgeschrieben oder ärztlich verordnet sind
 b) bei allergischen Reaktionen als Folge von Insektenstichen.
- 7.3.4.2 Tollwut, Wundstarrkrampf und Infektionen als Folge von Unfallverletzungen
 Ausnahme: Versicherungsschutz besteht für
 a) Tollwut und Wundstarrkrampf und für
 b) Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten.
 Versicherungsschutz besteht beim erstmaligen Ausbruch folgender Infektionskrankheiten: Cholera, Enchinokokkose (Fuchsbandwurm), Diphtherie, Gürtelrose, Keuchhusten, spinale Kinderlähmung, Lepra, Masern, Mumps, Pfeiffer-Drüsenfieber, Pocken/Windpocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Tuberkulose, Tularämie (Hasenpest) und Typhus/Paratyphus.
 Versicherungsschutz besteht auch bei vorbeugenden Schutzimpfungen gegen die oben genannten Infektionskrankheiten, wenn diese gesetzlich vorgeschrieben oder ärztlich verordnet sind und die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet.
 Es gilt eine Wartezeit von drei Monaten.
- 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
 Ausnahme: Versicherungsschutz besteht für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
 Versicherungsschutz besteht für Vergiftungen durch Nahrungsmittel.
- 7.3.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden
 Ausnahme: Versicherungsschutz besteht, wenn diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte hirnorganische Schädigung oder hirnorganische Reaktion zurückzuführen sind.
- 7.3.7 Gesundheitsschäden durch Bauch- oder Unterleibsbrüche
 Ausnahmen: Versicherungsschutz besteht, 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 Leistungsfall

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

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 Ihren 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 (§§ 14, 15 SGB XI) führen kann, sind beim zuständigen Versicherungsträger Leistungen (→) unverzüglich zu beantragen.

8.4 Anzeigepflicht

Die Anerkennung eines Pflegegrads sowie der Bezug von Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung (§§ 14, 15 SGB XI) sind uns (→) unverzüglich anzuzeigen.

8.5 Ärztliche Untersuchungspflicht (Erstattung des Verdienstaufschlags)

Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufschlags 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, sind, soweit zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich, auf unser Verlangen von ihrer Schweigepflicht uns gegenüber zu entbinden und zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

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 Versicherungsfalles 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, spätestens 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 zugehen 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 15 Monaten beträgt das erste Versicherungsjahr drei Monate, das folgende Versicherungsjahr zwölf Monate.

Der Versicherungsbeitrag

11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

11.1 Beitrag und Versicherungssteuer

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 Versicherungssteuer

Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer.

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, spätestens 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: Folgebeiträge

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 (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 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,
a) besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz
b) 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 erst zahlen, wenn wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben.

11.5 **Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung**

Soweit 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 haftet die ARAG für erbrachte Leistungen/Leistungserbringer?**

Soweit vereinbart, geben wir Ihnen als (→) Versicherungsnehmer Informationen, benennen Ihnen Leistungserbringer, vermitteln Ihnen die Erbringung von Leistungen und übernehmen hierfür die Kosten.

Die Leistungserbringer sind nicht Erfüllungsgehilfen von uns.

Wir übernehmen für die Leistung der Leistungserbringer keine Haftung.

Soweit uns gegen die Leistungserbringer Gewährleistungs- oder Schadenersatzansprüche zustehen, werden wir diese an Sie abtreten.

13 **Weitere Versicherungen bei der ARAG**

Bestehen noch weitere Verträge bei der ARAG für die versicherte Person, so werden die Leistungen nur aus einem dieser Verträge erbracht.

Die Erbringung von Schutzbriefleistungen hat keinen Einfluss auf die Feststellung möglicher Ansprüche aus der Unfallversicherung nach AUB 2018 Ziffer 2.1 bis Ziffer 2.9 (Leistungsarten) oder aus anderen Versicherungsverträgen bei der ARAG.

14 **Verhältnis zu anderen Ersatzpflichtigen**

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

Leistet der andere Ersatzpflichtige nicht, kann die versicherte Person den vollen Leistungsanspruch gegenüber der ARAG geltend machen, soweit Deckung über den Unfall-Schutzbrief besteht.

15 **Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?**

15.1 **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.

15.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

15.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

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

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

16.1 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

- a) nach Ihrer Vertragserklärung,
- b) 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, diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt und diesen nicht angibt oder (→) arglistig handelt, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst diesen Umstand verschwiegen oder arglistig gehandelt.

16.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

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

- a) vom Vertrag zurücktreten
- b) den Vertrag kündigen
- c) den Vertrag ändern oder
- d) den Vertrag wegen (→) arglistiger Täuschung anfechten.

16.2.1 Rücktritt

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

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

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.

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

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

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

Wird die Anzeigepflicht (→) arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

16.2.2 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.

- 16.2.3 **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 gefährlichen 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 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.
- 16.3 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 danach noch geltend machen.
 Ist die Anzeigepflicht (→) vorsätzlich oder (→) arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.
- 16.4 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.
- 16.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes**
 Die Ziffern 16.1 bis 16.4 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.
- 17 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?**
- 17.1 Gesetzliche Verjährung**
 Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren nach drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs.
- 17.2 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.
- 18 Welches Gericht ist zuständig?**
- 18.1 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.
- 18.2 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.**

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

19.1 Alle für uns bestimmten Informationen oder Erklärungen senden Sie bitte

- a) an unsere Hauptverwaltung: ARAG Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft, ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf oder
- b) an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen genannte zuständige Stelle.

19.2 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.

20 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Unsere Garantie

21 Update-Garantie für künftige beitragsfreie Leistungsverbesserungen

Werden die dem Vertrag zugrunde liegenden Unfall-Schutzbrief Bedingungen (USB 2018) ausschließlich zu Ihrem Vorteil und ohne Beitragsänderung geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für Ihren Vertrag.

Versicherungsausweis für Rechtsschutzleistungen ARAG Unfall-Schutz

Die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG hat mit der ARAG SE einen Gruppenversicherungsvertrag geschlossen. Die ARAG SE gewährt versicherten Personen, die bei der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG eine Unfallversicherung, einen Unfall-Schutzbrief oder einen Alltagshelfer (Plus) nach dem AUS 2018 abgeschlossen haben, die genannten Rechtsschutz-Leistungen nach den folgenden Bedingungen.

Die Gewährung von Rechtsschutz-Leistungen durch die ARAG SE bedeutet keine Zusage für Leistungsansprüche aus der Unfallversicherung, dem Unfall-Schutzbrief oder dem Alltagshelfer (Plus) bei der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG. Soweit für die Unfallversicherung, den Unfall-Schutzbrief oder den Alltagshelfer (Plus) Anzeigepflichten und/oder -fristen gelten, werden diese durch eine Anzeige bei der ARAG SE nicht gewährt. Insoweit ist eine zusätzliche Anzeige bei der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG notwendig.

Der Rechtsschutz endet automatisch mit Beendigung der ARAG Unfallversicherung, des Unfall-Schutzbriefes oder des Alltagshelfers (Plus) nach dem AUS 2018. Die Geltendmachung von Ansprüchen bedarf keiner vorherigen Zustimmung der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG.

Risikoträger der Rechtsschutzleistungen:

ARAG SE
ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf
Aufsichtsratsvorsitzender: Gerd Peskes
Vorstand: Dr. Dr. h.c. Paul-Otto Faßbender (Vors.),
Dr. Renko Dirksen, Dr. Matthias Maslaton,
Werner Nicoll, Hanno Petersen,
Dr. Joerg Schwarze

Handelsregister: Amtsgericht Düsseldorf HRB 66846
USt-IdNr.: DE 119 355 995

Die Hauptgeschäftstätigkeit der ARAG SE ist der Betrieb der Rechtsschutzversicherung.

Was müssen Sie im Leistungsfall tun?

Sie melden den Rechtschutzfall bei der ARAG SE.

Die Geltendmachung von Ansprüchen bedarf keiner vorherigen Zustimmung der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG. Die Gewährung der Rechtsschutzleistungen durch die ARAG SE begründet keinen Leistungsanspruch aus der ARAG Unfall-Schutz Versicherung mit der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG.

Soweit für die ARAG Unfall-Schutz Versicherung bei der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG Anzeigepflichten und/oder -fristen gelten, werden diese durch die Anzeige von Ihnen bei der ARAG SE nicht gewährt. Insoweit ist eine zusätzliche Anzeige bei der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG notwendig.

Ansprechpartner im Versicherungsfall und Beschwerdestellen

Im Versicherungsfall und bei Beschwerden, die die Behandlung von Leistungsansprüchen betreffen, ist die ARAG SE, ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf Ansprechpartner.

Darüber hinaus ist die ARAG SE Mitglied im Verein „Versicherungsombudsmann e.V.“. Das ist eine unabhängige Einrichtung der deutschen Versicherungswirtschaft zur Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Verbrauchern und Versicherungen. Sie können sich an diese Stelle wenden, wenn es sich um

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

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin

Sie können auch weiter den Rechtsweg beschreiten.

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn

Für den Gruppenversicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

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

Versicherungsumfang

Der Umfang des Versicherungsschutzes ist nachstehend beschrieben. Gegenüber einer anderweitig bestehenden Rechtsschutzversicherung ist die Rechtsschutzleistung aus diesem Vertrag subsidiär.

1 Telefonischer Erstberatungs-Rechtsschutz

Ein Anspruch auf Rechtsschutz besteht bei Vorliegen eines Beratungsbedürfnisses in eigenen Rechtsangelegenheiten einer mit AUS 2018 versicherten Person. Die ARAG SE stellt den versicherten Personen eine Rufnummer für den schnellen und einfachen Zugang zu einer telefonischen Erstberatung (einem telefonischen ersten Beratungsgespräch) in allen Fällen, auf die deutsches Recht anwendbar ist. Ein in Deutschland zugelassener Rechtsanwalt führt das telefonische erste Beratungsgespräch.

Die **ARAG SE** übernimmt je telefonischer Erstberatung Rechtsanwaltskosten bis zu 250 Euro, für alle in einem Kalenderjahr angefallenen telefonischen Erstberatungen jedoch nicht mehr als 500 Euro pro versicherter Person.

2 Rechtsschutz für Opfer von Gewaltstraftaten (Opfer-Rechtsschutz)

Der Versicherungsschutz umfasst Rechtsschutz für den Anschluss einer versicherten Person an eine vor einem deutschen Strafgericht erhobene öffentliche Klage als Nebenkläger.

Voraussetzung ist, dass die versicherte Person als Opfer einer Gewaltstraftat verletzt wurde.

Eine Gewaltstraftat liegt vor bei

- Verletzung der sexuellen Selbstbestimmung oder
- schwerer Verletzung der körperlichen Unversehrtheit und der persönlichen Freiheit oder
- bei Mord und Totschlag.

Rechtsschutz besteht für die Beistandsleistung eines Rechtsanwalts im

- a) Ermittlungsverfahren
- b) Nebenklageverfahren
- c) für den Antrag nach § 1 Gewaltschutzgesetz
- d) für den sogenannten Täter-Opfer-Ausgleich nach § 46 a Ziffer 1 Strafgesetzbuch in nicht vermögensrechtlichen Angelegenheiten.

Der Rechtsschutz umfasst ferner die außergerichtliche Geltendmachung von Ansprüchen nach dem Sozialgesetzbuch und dem Opferentschädigungsgesetz.

Voraussetzung:

- a) die versicherte Person ist nebenklageberechtigt,
- b) sie wurde durch eine der oben genannten Straftaten verletzt und
- c) es sind dadurch dauerhafte Körperschäden eingetreten.

Ausnahme: Wenn ein Anspruch auf eine kostenlose Beordnung eines Rechtsanwalts als Beistand nach § 397a Absatz 1, § 406 g Absatz 3 Strafprozessordnung besteht, besteht kein Versicherungsschutz.

Die **ARAG SE** übernimmt die Kosten je Rechtsschutzfall nach § 5 ARB 2016. In Europa gilt eine unbegrenzte Versicherungssumme, weltweit ist die Versicherungssumme auf 100.000 Euro begrenzt.

3 Schadenersatz-Rechtsschutz für Unfallopfer

Der Versicherungsschutz umfasst Schadenersatz-Rechtsschutz für die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen von versicherten Personen, die einen Unfall erlitten haben (Unfallopfern).

Die **ARAG SE** übernimmt die Kosten je Rechtsschutzfall nach § 5 ARB 2016. In Europa gilt eine unbegrenzte Versicherungssumme, weltweit ist die Versicherungssumme auf 100.000 Euro begrenzt.

4 Patienten-Rechtsschutz bei Behandlungsfehlern

Der Versicherungsschutz umfasst Schadenersatz-Rechtsschutz für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen einer versicherten Person bei Behandlungs- und Aufklärungsfehlern.

Ein Behandlungsfehler ist die nicht angemessene, insbesondere nicht sorgfältige, nicht richtige oder nicht zeitgerechte Behandlung des Patienten durch einen Arzt.

Ein Aufklärungsfehler liegt dann vor, wenn vor einer Behandlung die Aufklärung durch den Arzt über Erforderlichkeit und Risiken der Behandlung nicht erfolgte.

Das gilt auch für Krankenhäuser, Psychotherapeuten, Apotheker, Pflegedienste und Angehörige eines sonstigen anerkannten Heilberufs. Voraussetzung ist, dass die Berufsbezeichnung gesetzlich geschützt ist sowie Berufsausbildung, Prüfung und/oder Berufsausübung gesetzlich geregelt sind. Ausgeschlossen sind Heilpraktiker.

Die **ARAG SE** übernimmt die Kosten je Rechtsschutzfall nach § 5 ARB 2016. In Europa gilt eine Versicherungssumme bis zu einer Million Euro, weltweit ist die Versicherungssumme auf 100.000 Euro begrenzt.

5 **Beratungs-Rechtsschutz zur Erstellung einer Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht/Sorgerechtsverfügung**

Für ein Beratungsgespräch mit einem in Deutschland zugelassenen Rechtsanwalt zur Erstellung oder Änderung einer Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht und Sorgerechtsverfügung übernimmt die **ARAG SE** pro Kalenderjahr Kosten bis zu 250 Euro. Ein Anspruch auf diese Leistung besteht bei Vorliegen eines Beratungsbedarfs.

6 **Beratungs-Rechtsschutz im Familien-, Lebenspartnerschafts- und Erbrecht**

Für einen Rat oder eine Auskunft eines in Deutschland zugelassenen Rechtsanwalts in familien-, lebenspartnerschafts- oder erbrechtlichen Angelegenheiten. Wird der Rechtsanwalt in diesen Angelegenheiten über die Beratung hinaus außergerichtlich tätig, übernimmt die **ARAG SE** die hierfür anfallende gesetzliche Vergütung bis zu 1.000 Euro. Ausnahme: In unterhaltsrechtlichen Angelegenheiten besteht kein Versicherungsschutz.

Versicherungsfall ist das Ereignis, das zur Änderung der Rechtslage der versicherten Person führt.

7 **Beratungs-Rechtsschutz zur Testamentserstellung**

für die einmalige Inanspruchnahme juristischer Hilfe bei der Erstellung eines Testaments.

Die Kostenübernahme ist auf einen Leistungsfall während der Vertragsdauer Ihrer ARAG Unfallversicherung, Ihres ARAG Unfall-Schutzbriefs oder Ihres ARAG Alltagshelfers (Plus) nach den AUS 2018 und höchstens 500 Euro begrenzt.

8 **Sozial-Rechtsschutz**

Für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen vor deutschen Sozialgerichten sowie in Widerspruchsverfahren, die diesem Gerichtsverfahren vorangehen.

Die **ARAG SE** übernimmt die Kosten je Rechtsschutzfall nach § 5 ARB 2016. In Europa gilt eine unbegrenzte Versicherungssumme, weltweit ist die Versicherungssumme auf 100.000 Euro begrenzt.

Versicherungsfall ist der Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person oder ein anderer (zum Beispiel der Gegner oder ein Dritter) gegen Rechtspflichten oder Rechtsvorschriften verstoßen hat oder verstoßen haben soll.

Hierbei berücksichtigen wir

- a) alle Tatsachen (das heißt konkrete Sachverhalte im Gegensatz zu Werturteilen),
- b) die durch die versicherte Person und den Gegner vorgetragen werden,
- c) um die jeweilige Interessenverfolgung zu stützen.

Auszug Allgemeine Rechtsschutz-Bedingungen (ARB 2016)

§ 5 Leistungsumfang

(1) Wir erbringen und vermitteln Dienstleistungen, damit Sie Ihre Interessen wahrnehmen können. Im Folgenden finden Sie den Umfang unserer Leistungen:

a) Bei Eintritt des Versicherungsfalls übernehmen wir folgende Kosten:

Die Kosten für einen Rechtsanwalt, der Ihre Interessen vertritt. *Wenn Sie mehr als einen Rechtsanwalt beauftragen, übernehmen wir die dadurch entstehenden Mehrkosten nicht. Auch wenn Mehrkosten entstehen, weil Sie den Anwalt wechseln, übernehmen wir diese nicht.*

Wir erstatten maximal die gesetzlichen Kosten für einen Rechtsanwalt, der am Ort des zuständigen Gerichts ansässig ist. Wir erstatten auch maximal die gesetzlichen Kosten eines Rechtsanwalts, der nicht am zuständigen Gericht ansässig ist. Die gesetzlichen Kosten richten sich nach dem Rechtsanwaltsvergütungsgesetz.

Wir übernehmen auch die Reisekosten und Abwesenheitsgelder für einen Besuch Ihres Rechtsanwalts bei Ihnen bis zu einer Entfernung von 100 Kilometern. **Voraussetzung:** Der Besuch ist wegen einer besonderen Situation notwendig. *(Dies kann zum Beispiel bei Krankheit oder Unfall der Fall sein. Oder wenn Sie die Firma nicht verlassen können.)* Die Reisekosten und Abwesenheitsgelder erstatten wir bis zur der Höhe, die für Geschäftsreisen deutscher Rechtsanwälte gilt.

Wohnen Sie mehr als 100 Kilometer Luftlinie vom zuständigen Gericht entfernt?

Dann übernehmen wir folgende weitere anwaltliche Kosten: die gesetzlichen Kosten eines Rechtsanwalts, der nur den Schriftverkehr mit dem Anwalt am Ort des zuständigen Gerichts führt. *(Dies ist ein sogenannter Verkehrsanwalt.)* Alternativ übernehmen wir in gleicher Höhe Reisekosten und Abwesenheitsgelder Ihres Rechtsanwalts.

Dies gilt nur für die erste Instanz.

Ausnahme: Im Straf- und Ordnungswidrigkeiten-Rechtsschutz übernehmen wir die Reisekosten und Abwesenheitsgelder nicht.

Beschränkt sich die Tätigkeit des Anwalts auf die folgenden Leistungen? Dann übernehmen wir je Versicherungsfall Kosten von bis zu 250 Euro:

- Ihr Anwalt erteilt Ihnen einen mündlichen oder schriftlichen Rat,
- er gibt Ihnen eine Auskunft oder
- er erarbeitet für Sie ein Gutachten.

- b) Wir übernehmen
- die Gerichtskosten einschließlich der Entschädigung für Zeugen und Sachverständige, die das Gericht heranzieht
 - die Kosten des Gerichtsvollziehers.
- c) Wir übernehmen die Gebühren eines Schieds- oder Schlichtungsverfahrens. Und zwar bis zur Höhe der Gebühren, die bei Einschaltung eines zuständigen staatlichen Gerichts erster Instanz entstehen. Versicherungsschutz für Mediation besteht nur in Deutschland.
- d) Wir übernehmen die Verfahrenskosten vor Verwaltungsbehörden, die Ihnen die Behörde in Rechnung stellt.
- e) Wir übernehmen Ihre Kosten für eine Reise zum Gericht, wenn
- Sie dort als Beschuldigter oder Prozessteilnehmer erscheinen müssen und
 - Sie rechtliche Nachteile nur durch Ihr persönliches Erscheinen vermeiden können.
- Die Reisekosten zu einem Gericht in Deutschland übernehmen wir über die genannten Voraussetzungen hinaus nur in folgendem Fall: Sie wohnen mehr als 100 Kilometer Luftlinie vom Gerichtsort entfernt. Wir übernehmen die tatsächlich entstehenden Kosten bis zu der Höhe, die für Geschäftsreisen von deutschen Rechtsanwälten gelten.
- f) Wir übernehmen die Anwalts- und Gerichtskosten Ihres Prozessgegners, wenn Sie zur Erstattung dieser Verfahrenskosten wegen einer gerichtlichen Festsetzung verpflichtet sind.

(2) Wir erstatten die von uns zu übernehmenden Kosten, wenn Sie nachweisen, dass Sie

- verpflichtet sind, diese zu zahlen oder
- diese Kosten bereits gezahlt haben.

(3) Wir können folgende Kosten **nicht** erstatten:

- a) Kosten, die Sie gezahlt haben, ohne rechtlich dazu verpflichtet zu sein.
- b) Kosten,
- aa) die bei einer gütlichen Einigung entstanden sind. Diese Kosten entsprechen aber nicht dem Verhältnis des von Ihnen angestrebten Ergebnisses zum erzielten Ergebnis. (Beispiel: Sie verlangen die Rückzahlung der Mietkaution von 2.000 Euro. In einem Vergleich mit dem Gegner erlangen Sie einen Betrag von 1.600 Euro = 80 Prozent des angestrebten Ergebnisses. In diesem Fall übernehmen wir 20 Prozent der entstandenen Kosten – nämlich für den Teil, den Sie nicht durchsetzen konnten.) Dies gilt für **die gesamten Kosten der Streitigkeit**.
Ausnahme: Gesetzlich ist eine andere Kostenregelung vorgeschrieben.
- bb) die entstehen, weil Sie bei einer gütlichen Einigung unstrittige Ansprüche einbezogen haben.
- c) Von den Kosten, die wir übernehmen, ziehen wir die vereinbarte Selbstbeteiligung pro Versicherungsfall ab. Diese sinkt in folgendem Fall von 150 Euro auf 0 Euro: Sie wählen einen von uns vermittelten Rechtsanwalt aus dem bundesweiten Partnernetzwerk von Rechtsanwälten aus.
Ausnahme:
Hängen mehrere Versicherungsfälle zeitlich und ursächlich zusammen, ziehen wir zu Ihren Gunsten die Selbstbeteiligung nur einmal ab.
- d) Kosten, die wegen der vierten oder jeder weiteren Zwangsvollstreckungsmaßnahme je Vollstreckungstitel entstehen. (Das sind zum Beispiel: Kosten eines Gerichtsvollziehers.)
- e) Kosten von Zwangsvollstreckungsmaßnahmen, die später als fünf Jahre nach Rechtskraft des Vollstreckungstitels eingeleitet werden.
- f) Kosten für Strafvollstreckungsverfahren jeder Art, bei denen das Gericht eine Geldstrafe oder Geldbuße unter 250 Euro verhängt hat.
- g) Kosten, zu deren Übernahme **ein anderer** verpflichtet wäre, wenn Sie keine Rechtsschutzversicherung hätten.
- h) Kosten, die bei Teileintrittspflicht auf den nicht gedeckten Teil entfallen. (Beispiel: Sie wenden sich mit zwei Nebenkostenabrechnungen, gegen die Sie vorgehen wollen, an Ihren Rechtsanwalt. Nur die zweite Nebenkostenabrechnung fällt in den versicherten Zeitraum. Wir tragen die Kosten Ihres Rechtsanwaltes anteilig für die zweite Nebenkostenabrechnung.) Treffen Ansprüche zusammen, für die teils Versicherungsschutz besteht, teils nicht, tragen wir nur folgenden Teil der Kosten: Wir übernehmen die Kosten, die dem Verhältnis des Wertes des gedeckten Teils zum Gesamtstreitwert entspricht.

- (4) Wir zahlen in jedem Versicherungsfall maximal die vertraglich vereinbarte Versicherungssumme. Zahlungen für Sie selbst und für mitversicherte Personen im selben Versicherungsfall rechnen wir zusammen. Dies gilt auch für Zahlungen wegen mehrerer Versicherungsfälle, die zeitlich und ursächlich zusammenhängen.
- (5) Treuebonus bei Schadenfreiheit
Haben Sie – abgesehen von ARAG JuraTel® – Ihren Rechtsschutzvertrag seit mindestens fünf Jahren nicht beantragt? Dann übernehmen wir anteilig die Kosten für Ihren nächsten Versicherungsfall auch dann, wenn dieser sonst nicht versichert wäre. *(Beispielsweise wegen eines Ausschlusses oder einer vereinbarten Selbstbeteiligung.)* Wir übernehmen die Kosten bis maximal 500 Euro.

Häufig verwendete Begriffe (Glossar)

Die folgenden häufig verwendeten Begriffe erklären wir an dieser Stelle zum besseren Verständnis in alphabetischer Reihenfolge:

Arglist

Als Arglist bezeichnet man die Absicht, bewusst einem anderen einen Schaden zuzufügen und sich selbst dadurch einen Vorteil zu verschaffen.

Beeinträchtigung bei der Übergangsleistung

Als Leistungsvoraussetzung für eine Übergangsleistung gilt eine unfallbedingte Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit ab dem Unfallereignis

- von 100 % für mindestens drei Monate oder
- von 50 % für mindestens sechs Monate.

Die Beeinträchtigung muss seit dem Unfallereignis ununterbrochen bestehen. Die Feststellung einer Beeinträchtigung kann sich (muss sich aber nicht) an der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit orientieren.

Grob fahrlässig

Grob fahrlässig handelt, wer die erforderliche Sorgfalt in besonders hohem Maße außer Acht lässt.

Invaliditätsgrad

Der Invaliditätsgrad gibt die Schwere einer „dauernden Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit“ an (Definition des Invaliditätsbegriffs). Bei der Feststellung kommt es allein auf den Vergleich gegenüber der Leistungsfähigkeit einer normalen körperlich und geistig gesunden Person gleichen Alters an. Für die Leistungsbemessung sind deshalb nach einem Unfall festgestellte Einschränkungen bei der beruflichen Tätigkeit kein Maßstab. Die Funktionsausfälle werden durch ein ärztliches Gutachten festgestellt.

Textform

Der Textform entspricht jede lesbare, dauerhafte Erklärung. Das kann beispielsweise auch eine E-Mail oder SMS sein. Ihr Name muss erkennbar sein. Eine Unterschrift ist nicht notwendig.

Unfreiwillig

Eine Gesundheitsschädigung haben Sie unfreiwillig erlitten, wenn Sie die Folgen der unfallbedingten Körperverletzung nicht voraussehen konnten. Eine freiwillige Gesundheitsschädigung liegt dagegen vor, wenn Sie aktiv die Gesundheitsschädigung herbeigeführt (z.B. Selbstverstümmelung) bzw. sie passiv geduldet oder in eine Verletzung eingewilligt haben (zum Beispiel bei einem Boxkampf).

Unverzüglich

Unverzüglich heißt nicht unbedingt sofort, sondern ohne schuldhaftes Zögern oder so schnell wie eben möglich.

Versicherte Person

Die versicherte Person können Sie oder jemand anderes sein. Die versicherte Person erhält die mit uns vertraglich vereinbarte Versicherungsleistung. Wenn Sie sich selbst versichert haben, sind Sie gleichzeitig auch die versicherte Person.

Versicherungsjahr

Ein Versicherungsjahr ist ein Zeitraum von genau einem Jahr und beginnt mit dem Tag des vereinbarten Versicherungsbeginns.

Versicherungsnehmer

Als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Als Versicherungsnehmer geben Sie uns gegenüber alle Vertragserklärungen (z.B. Kündigungen und Vertragsanpassungen) ab.

Versicherungsperiode

Als Versicherungsperiode gilt der Zeitraum eines Jahres, falls nicht die Prämie nach kürzeren Zeitabschnitten berechnet ist.

Vorsätzlich

Vorsatz ist das Wissen und Wollen der Tatbestandsverwirklichung im Bewusstsein der Rechtswidrigkeit.