



ARAG Gruppenunfall-Schutz (GUB 07.2022)

Leistungsübersicht, Information für Versicherte
und Bedingungen

Stand 07.2022

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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

vielen Dank für Ihr Vertrauen in den ARAG Gruppenunfall-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 Gruppenunfall-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 4–8)
- Inhaltsverzeichnis (Seite 9)
- Informationen für Versicherte (Seite 10–12)
- Wichtige Hinweise (Seite 13)
- ARAG Gruppenunfallversicherungs-Bedingungen (07.2022) (Seite 14–42)
- ARAG Versicherungsausweis für Rechtsschutzleistungen ARAG Gruppenunfall-Schutz (Seite 43–46)
- Glossar (Seite 47)

ARAG Gruppenunfall-Schutz 2022 – 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	●	●	●	1.2, S. 14
Unfallbegriff				
Allgemeiner Unfallbegriff	●	●	●	1.3, S. 14
Verrenkung Gelenk, Zerrung/Zerreißen Muskeln, Sehnen, Bänder, Kapseln durch erhöhte Kraftanstrengung	●	●	●	1.4.1, S. 14
Verrenkung Gelenk, Zerrung/Zerreißen Muskeln, Sehnen, Bänder, Kapseln durch Eigenbewegung bis zum 67. Lebensjahr	–	–	●	1.4.2, S. 14
Vergiftung durch Gase, Dämpfe oder Stäube	●	●	●	1.4.3, S. 14
Gesundheitsschäden durch Ertrinken, Ersticken oder Erfrieren	●	●	●	1.4.4, S. 14
Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Atemluft	●	●	●	1.4.5, S. 15
Tauchtypische Gesundheitsschäden	●	●	●	1.4.6, S. 15
Rettung oder Verteidigung von Personen, Tieren oder Sachen	●	●	●	1.4.7, S. 15
Gesundheitsschäden durch Hitzschlag	–	–	●	1.4.8, S. 15
Gesundheitsschäden durch Höhenkrankheit	–	–	●	1.4.9, S. 15
Gesundheitsschäden durch Sonnenbrand oder Sonnenstich	–	–	●	1.4.10, S. 15
Invalidität (soweit vereinbart)				
Invaliditätsmeldung, -feststellung, Geltendmachung				
15/24/24 Monate	●	–	–	
18/24/24 Monate	–	●	–	2.1.1.2, S. 15; 2.1.1.3, S. 16
24/36/36 Monate	–	–	●	
Fristenunterbrechung bei Verschulden durch den behandelnden Arzt	–	–	●	2.1.1.4, S. 16
(→) Invaliditätsgrade für Verlust oder Funktionsunfähigkeit				
Arm	70 %	80 %	85 %	
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %	75 %	80 %	
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %	70 %	75 %	
Hand	55 %	65 %	70 %	
Sämtliche Finger einer Hand	55 %	65 %	70 %	
Daumen	20 %	30 %	35 %	
Zeigefinger	10 %	20 %	25 %	
Anderer Finger	5 %	10 %	15 %	
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %	80 %	85 %	2.1.2.2.1, S. 16; 2.1.2.2.2, S. 17
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 %	

	Basis	Komfort	Premium	Fundstelle
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 % (ab dem vollendeten 75. Lebensjahr Umstellung auf lineare Invaliditätsleistung)	o	o	o	2.1.3.1, S. 18
350 % (ab dem vollendeten 67. Lebensjahr Umstellung auf 225 % Progression)	o	o	o	2.1.3.2, S. 18
500 % (ab dem vollendeten 67. Lebensjahr Umstellung auf 225 % Progression)	o	o	o	2.1.3.3, S. 18
1.000 % (ab dem vollendeten 67. Lebensjahr Umstellung auf 225 % Progression)	o	o	o	2.1.3.4, S. 18
Unfallrente (soweit vereinbart)				
Lebenslange Unfallrente ab 50 % (→) Invaliditätsgrad	o	o	o	2.2, S. 18
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. 19; 2.2.3.2, S. 19; 2.2.3.4, S. 19
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. 19
Pauschale Leistung bei einer ambulanten Operation	7 Tagessätze	7 Tagessätze	7 Tagessätze	2.3.2, S. 19
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. 19
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. 20
Todesfall-Leistung (soweit vereinbart)				
Leistungen bei Unfalltod	●	●	●	2.4, S. 20
Anspruch auf Todesfall-Leistung auch bei unfallbedingtem Tod im zweiten Jahr	●	●	●	2.4.1, S. 20
Anspruch bereits nach Tod-Erklärung (Verschollenheitsgesetz)	●	●	●	2.4.1, S. 20
Verlängerte Meldefrist im Todesfall	bis 8 Wochen	bis 8 Wochen	bis 8 Wochen	5.5, S. 31
Übergangsleistung, Soforthilfe bei schweren Unfallverletzungen und Frakturen (soweit vereinbart)				
Übergangsleistung				
Leistung bei unfallbedingter Beeinträchtigung (in %) von • drei Monaten vom Unfalltag an gerechnet zu 100 % oder • sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet zu 50 %	o	o	o	2.5.1, S. 20
Soforthilfe bei schweren Unfallverletzungen (100 % der vereinbarten Versicherungssumme für die Übergangsleistung)				
Querschnittslähmung nach unfallbedingter Schädigung des Rückenmarks	●	●	●	2.5.2, S. 20
Amputation einer Hand oder eines Fußes im unteren Sprunggelenk	●	●	●	
Schädel-Hirn-Verletzung mit Hirnblutung	●	●	●	
Verbrennungen zweiten oder dritten Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche	●	●	●	

	Basis	Komfort	Premium	Fundstelle
Erblindung auf beiden Augen	●	●	●	
Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen (auch von zwei Organen oder zwei Knochen): <ul style="list-style-type: none"> • 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. 20
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	HV-Anfrage	HV-Anfrage	HV-Anfrage	2.6, S. 20
Fit Plus (nur in Verbindung mit einer 24-Stunden-Grunddeckung)				
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. 21
Kosten für Nachsorgebehandlungen (Physiotherapie, Personal Trainer-Stunden, Ernährungsberatung, Bewegungs- und Laufanalyse)	bis 1.000 €	bis 1.000 €	bis 1.000 €	2.7.3, S. 22
Erstattung der Anmeldekosten für Wettkämpfe oder Skipassgebühren	bis 500 €	bis 500 €	bis 500 €	2.7.4, S. 22
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. 23
Kosmetische Operationen	●	●	●	2.8.2, S. 23
Zahnersatz-/Zahnbehandlungskosten bei Verlust natürlicher Schneide- oder Eckzähne	●	●	●	2.8.2.1, S. 23
Zahnersatz-/Zahnbehandlungskosten bei Verlust von Backenzähne oder Zahnersatz (Brücken, Kronen, Gebisse, Implantate)	-	●	●	2.8.2.1, S. 23
Kosmetische Operationen bei Brustkrebs bis zum 67. Lebensjahr	-	-	10.000 €	2.8.3.2, S. 24
Behandlungskosten in Dekompressionskammer	●	●	●	2.8.4, S. 24
Bergungskosten	●	●	●	2.8.5, S. 24
Transportkosten zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zur Dekompressionskammer	●	●	●	2.8.6, S. 24
Bestattungs- (nur im Ausland) oder Überführungskosten zum Wohnsitz (In- oder Ausland)	●	●	●	2.8.7, S. 24
Kosten für die Krankenrückverlegung zum Wohnsitz (Flugrückholung) auch ohne medizinische Notwendigkeit (nur in Verbindung mit einer 24-Stunden-Deckung)	●	●	●	2.8.8, S. 24
Mehraufwand für die Rückreise nach Abschluss der vollstationären Heilbehandlung (nur in Verbindung mit einer 24-Stunden-Deckung)	-	●	●	2.8.9, S. 24
Mehraufwand für Rückreise mitreisender Personen (nur in Verbindung mit einer 24-Stunden-Deckung)	-	●	●	2.8.10, S. 24
Kinderbetreuung bis zu 14 Tagen (bis zum 14. Lebensjahr)	-	100 €/Tag	100 €/Tag	2.8.11, S. 25
Fahrdienst für Kinder bis zu 14 Tagen (bis zum 14. Lebensjahr)	-	100 €/Tag	100 €/Tag	2.8.12, S. 25

	Basis	Komfort	Premium	Fundstelle
Nachhilfestunden bis zu 14 Tagen (bis zum 14. Lebensjahr)	-	100 €/Tag	100 €/Tag	2.8.13, S. 25
Krankenbesuche von versicherten Kindern (bis zum 14. Lebensjahr)	-	●	●	2.8.14, S. 25
Rooming-in bis zu 14 Tagen (bis zum 14. Lebensjahr)	-	100 €/Tag	100 €/Tag	2.8.15, S. 25
Behinderungsbedingte Mehraufwendungen ab 50 % (→) Invaliditätsgrad z.B. für den Umbau der Wohnung, des Pkws etc.	-	●	●	2.8.16, S. 25
Kurbeihilfe nach Abschluss eines vollstationären Krankenhausaufenthalts	-	1.500 €	5.000 €	2.8.17, S. 26
Erstattung der Krankenhaus-Zuzahlung aus der gesetzlichen Krankenversicherung	-	●	●	2.8.18, S. 26
Psychologische telefonische Hilfe	●	●	●	2.8.19, S. 26
Kosten für psychologische Betreuung bis zu zehn Sitzungen	-	-	●	2.8.20, S. 26
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. 26
Berücksichtigung von Krankheiten und Gebrechen (Mitwirkungsanteil)				
Berücksichtigung von mitwirkenden Krankheiten oder Gebrechen	ab > 25 %	-	-	
Berücksichtigung von mitwirkenden Krankheiten oder Gebrechen	-	ab > 50 %	-	3.2.2, S. 27
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. 28
Unfälle infolge der Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten	-	●	●	4.1.1.2, S. 28
Unfälle als Folge eines Schlaganfalls oder Herzinfarkts	-	●	●	4.1.1.2, S. 28
Unfälle als Folge eines epileptischen Anfalls oder sonstigen Krampfanfalls	-	-	●	4.1.1.3, S. 28
Unfälle als Folge von Übermüdung	-	-	●	4.1.1.3, S. 28
Straftaten				
Unfälle bei Fahren ohne Führerschein bei Personen unter 18 Jahren	-	-	●	4.1.2.2, S. 28
Unfälle durch selbstgebautes Feuerwerk bei Personen unter 18 Jahren (nur in Verbindung mit einer 24-Stunden-Deckung)	-	-	●	4.1.2.2, S. 28
Krieg				
Zeitliche Begrenzung bei überraschenden Kriegsereignissen (nach Einreise)	14 Tage	14 Tage	14 Tage	4.1.3, S. 28
Fahrveranstaltung				
Fahrveranstaltungen auf öffentlichen Gokartbahnen mit Leihkarts; Touren-, Stern- und Rallyefahrten auf öffentlichen Straßen (nur in Verbindung mit einer 24-Stunden-Deckung)	-	●	●	4.1.4, S. 28
Strahlen				
Röntgen-, Laser-, Maser-, künstliche UV-Strahlung	●	●	●	4.2.2, S. 29
Heilmaßnahmen				
Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper (Maniküre, Pediküre)	-	-	●	4.2.3, S. 29
Infektionen				
Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch eine Unfallverletzung in den Körper gelangt sind, sowie Tollwut und Wundstarrkrampf	●	●	●	4.2.4.1, S. 29

	Basis	Komfort	Premium	Fundstelle
Infektionen durch Insektenstiche/-bisse oder durch Tiere verursachte Hautverletzungen	●	●	●	4.2.4.1, S. 29
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. 29
Gesundheitsschäden durch zugelassene vorbeugende Schutzimpfungen	-	●	●	4.2.4.3, S. 29
Wartezeit	3 Monate	3 Monate	3 Monate	4.2.4.3, S. 29
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. 30
Gesundheitsschäden durch Nahrungsmittelvergiftungen	-	●	●	4.2.5, S. 30
Psychische Reaktion				
Unfallbedingte psychische und nervöse Störungen (mit organischer Ursache)	-	-	●	4.2.6, S. 30
Bauch- und Unterleibsbrüche				
Bauch- und Unterleibsbrüche durch erhöhte Kraftanstrengung (bis zum 75. Lebensjahr versichert)	-	●	●	4.2.7, S. 30
Bauch- und Unterleibsbrüche durch Eigenbewegung (bis zum 67. Lebensjahr versichert)	-	-	●	4.2.7, S. 30
Rechtsschutzleistungen der ARAG SE				
ARAG Online Rechts-Service (AORS)	●	●	●	
Unfall Opfer-Rechtsschutz	Europa: unbegrenzt Weltweit: 100.000 €	Europa: unbegrenzt Weltweit: 100.000 €	Europa: unbegrenzt Weltweit: 100.000 €	Versicherungsausweis für Rechtsschutzleistungen, S. 43
Schadenersatz Unfallopfer-Rechtsschutz nach einem Unfall	Europa: unbegrenzt Weltweit: 100.000 €	Europa: unbegrenzt Weltweit: 100.000 €	Europa: unbegrenzt Weltweit: 100.000 €	
Patienten-Rechtsschutz nach Behandlungsfehlern nach einem Unfall je Kalenderjahr	Europa: 1.000.000 € Weltweit: 100.000 €	Europa: 1.000.000 € Weltweit: 100.000 €	Europa: 1.000.000 € Weltweit: 100.000 €	
Sozial-Rechtsschutz nach einem Unfall	Europa: unbegrenzt Weltweit: 100.000 €	Europa: unbegrenzt Weltweit: 100.000 €	Europa: unbegrenzt Weltweit: 100.000 €	
Anpassungsgarantien				
ARAG Leistungsgarantie gegenüber den GDV-Musterbedingungen	●	●	●	19, S. 37
Update-Garantie für künftige beitragsfreie Leistungsverbesserungen	●	●	●	20, S. 37

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 Gruppenunfall-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,	3
ARAG Gruppenunfall-Schutz 2022 – Leistungsübersicht	4
Inhaltsverzeichnis.....	9
Information für Versicherte ARAG Gruppenunfall-Schutz (AUS 2022)	10
Wichtige Hinweise	13
ARAG Gruppenunfallversicherungs-Bedingungen (2022)	14
Der Versicherungsumfang	14
Der Leistungsfall	30
Die Versicherungsdauer	32
Der Versicherungsbeitrag.....	33
Weitere Bestimmungen	34
Unsere Garantien.....	37
Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung	38
Besondere Bedingung für die Gruppen-Unfallversicherung	40
mit Direktanspruch der versicherten Person (BB Direktanspruch 2022)	40
Hilfstabellen für die progressiven Invaliditätsleistungen	41
Versicherungsausweis für Rechtsschutzleistungen ARAG Gruppenunfall-Schutz	43
Was müssen Sie im Leistungsfall tun?	43
Ansprechpartner im Versicherungsfall und Beschwerdestellen	43
Anwendbares Recht, zuständiges Gericht, verwendete Sprache.....	44
Versicherungsumfang	44
Häufig verwendete Begriffe (Glossar).....	47

Information für Versicherte ARAG Gruppenunfall-Schutz (AUS 2022)

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

1 Unsere Adresse

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

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

2 Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

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

3 Vertragsbedingungen und wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Das Versicherungsverhältnis bezüglich der Gruppenunfallversicherung beruht auf den Gruppenunfallversicherungsbedingungen (2021), die bei Ihrer Antragsstellung gültig waren.

Die Gruppenunfallversicherung Gruppenunfallversicherung 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 Gruppenunfall-, oder 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 angerechnet. 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 einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

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

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:
ARAG Allgemeine Versicherungs-AG, ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf, Telefax +49 211 963-2850,
E-Mail service@ARAG.de

Widerrufsbelehrung

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

11 Laufzeit und Beendigung des Vertrags, vor allem durch Kündigung

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

Den Gruppenunfall-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 Gruppenunfallversicherung als auch für eine abgeschlossene Gruppenunfallversicherung.

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 Gruppenunfallversicherung 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
Gaurheindorfer Str. 108
53117 Bonn

Wichtige Hinweise

Allgemeine Vertragsvereinbarungen

Die aufgrund des Antrages abgeschlossenen Versicherungen (Gruppenunfallversicherung) sind rechtlich selbstständige und voneinander unabhängige Verträge.

Grundlage für die abgeschlossenen Versicherungen sind:

- die Gruppenunfallversicherungs-Bedingungen (2021)

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.

Erhebliche Krankheiten

Erhebliche Krankheiten bzw. Gebrechen sind in der

- **Gruppenunfallversicherung**

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

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

Berufsgruppen 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. arbeitender 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 Gruppenunfallversicherungs-Bedingungen (2022)

Die Bedingungen der Gruppenunfallversicherung 2022 gelten, soweit Sie eine Gruppenunfallversicherung mit uns vereinbart haben (siehe Versicherungsschein).

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Versicherungsschutz bei Unfällen

Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrags zustoßen.

1.2 Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.

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 Gruppenunfall-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 Gruppenunfall-Schutz Premium auch (→) unfreiwillig erlittene Gesundheitsschäden durch Hitzschlag.

- 1.4.9 Gesundheitsschäden durch Höhenkrankheiten
Als Unfall gelten bei ARAG Gruppenunfall-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 Gruppenunfall-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 Gruppenunfall-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 Gruppenunfall-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 Gruppenunfall-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 Gruppenunfall-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 7.4).

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 %
	Daumen	20 %	30 %	35 %

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

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

- 2.1.3 Progressive Invaliditätsleistungen (soweit vereinbart)
Sie haben mit uns eine Gruppenunfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten (→) Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1.2.1, Ziffer 2.1.2.2 und Ziffer 3 ermittelt. In den „Hilfstabellen für die progressiven Invaliditätsleistungen“ (Seite 41/42) finden Sie die Auswirkungen der progressiven Invaliditätsstaffel auf die Höhe Ihrer Invaliditätsleistung.

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

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

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

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

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

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

- 2.1.3.4 Progressive Invaliditätsleistung bis 1000 Prozent der Versicherungssumme
Ergänzend zu Ziffer 2.1.2.1 gilt:
- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 4 Prozent aus der Versicherungssumme.
 - Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 5 Prozent aus der Versicherungssumme.
 - Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad 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 Invaliditätsleistung bis 225 Prozent der Versicherungssumme nach Ziffer 2.1.3.1.

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

2.2 Unfallrente

- 2.2.1 Voraussetzung für die Leistung
Der unfallbedingte (→) Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 Prozent.
Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffer 2.1.1, Ziffer 2.1.2.2 und Ziffer 3.
Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, 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
a) rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, und danach
b) monatlich im Voraus.
- 2.2.3.2 Wir zahlen die Unfallrente bis zum Ende des (→) Versicherungsjahres, in dem
a) die versicherte Person stirbt oder
b) wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziffer 7.4 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 Gruppenunfall-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
a) das 25.,
b) nicht aber das 67. Lebensjahr vollendet, hat.
- 2.2.4 Beendigung der Mitversicherung der Unfallrente bei Eintritt des Renten-Leistungsfalls
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 7.4 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 8.3 gilt weiter.

2.3 Krankenhaus- und Arbeitsunfähigkeitstagegeld

- 2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person
a) ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder
b) unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation oder
c) 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
a) 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,
b) 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 verstirbt 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

- a) § 5 (Schiffsunglück)
- b) § 6 (Luftfahrzeugunfälle) oder
- c) § 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.

2.5 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):
 - Gewebezestörende 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 Hautkrebskrankungen 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 Blutkrebskrankung.

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 8.3 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 für die Leistung:

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

Die versicherte Person hatte einen Unfall nach Ziffer 1.3 und Ziffer 1.4 erlitten

- 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-, Abfahrtskier, 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 Zubehörteile 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
- a) bis zu zehn Einheiten à 30 Minuten bei einem ausgebildeten Physiotherapeuten
 - b) 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
 - c) bis zu drei Einheiten à 60 Minuten einer Ernährungsberatung nach der Berufsordnung für Ökotrophologen
 - d) 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
- a) nicht mehr an einen geplanten Sportwettkampf teilnehmen oder
 - b) 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 8.3 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

- a) nach Abschluss der Heilbehandlung und
- b) 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 Gruppenunfall-Schutz Komfort und Premium erstatten wir auch die Kosten für die Zahnbehandlung und den Zahnersatz bei einem unfallbedingten 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 Gruppenunfall-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
- für Fälle, bei denen die Brustkrebserkrankung in den ersten drei Monaten nach Vertragsbeginn erstmals diagnostiziert wird
 - für Tumore, die bösartige Veränderungen des Karzinoms in situ (lokal begrenzter Krebsherd) zeigen oder solches die histologisch als Krebsvorstufen beschrieben werden
 - bei wiederholter Krebserkrankung
 - für Fälle, bei denen die versicherte Person zum Ablauf des (→) Versicherungsjahres das 67. Lebensjahr vollendet hat.
- 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 unfallbedingten 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 (nur in Verbindung mit einer 24-Stunden-Deckung)
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 Gruppenunfall-Schutz Komfort oder Premium: Mehraufwendungen für die Rückkehr der verletzten Person nach einer vollstationären Heilbehandlung zum Wohnsitz (nur in Verbindung mit einer 24-Stunden-Deckung)
Wir erstatten die Mehraufwendungen für die Rückkehr der verletzten Person nach der vollstationären Heilbehandlung zu deren ständigem Wohnsitz.
Die Rückfahrtskosten 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 Gruppenunfall-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. (nur in Verbindung mit einer 24-Stunden-Deckung)
Die Rückfahrtskosten 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 Gruppenunfall-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 Gruppenunfall-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 Gruppenunfall-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 Gruppenunfall-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 Gruppenunfall-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 Gruppenunfall-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 Gruppenunfall-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 angerechnet, 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
 a) bei ARAG Gruppenunfall-Schutz Komfort bis 1.500 Euro
 b) bei ARAG Gruppenunfall-Schutz Premium bis 5.000 Euro.
- 2.8.18 ARAG Gruppenunfall-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 Gruppenunfall-Schutz Premium: Kosten für eine psychologische Betreuung
 Die versicherte Person benötigt aufgrund
 a) einer selbst erlittenen schweren Unfallverletzung oder
 b) einer Schwereverletzung bzw. eines Todesfalls einer nahestehenden Person oder
 c) 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
 a) qualifizierten Rehabilitationsberatern,
 b) Behinderten- und Krankentransporten, Fahrdiensten, Pflegediensten, Selbsthilfegruppen, sozialen Einrichtungen, Fachärzten in Wohnungsnahe,
 c) Unternehmen für behindertengerechtes Bauen/Umbauen von Wohnungen, Häusern und Kraftfahrzeugen,
 d) Dienstleistern für Hausnotrufanlagen, Gartenhilfe, Kinderbetreuung, Reparatur- und Hausmeisterdienste, Anbietern von Wellness- und Gesundheitsreisen.
- 2.9.3 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.
- 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 angerechnet, 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 Gruppenunfall-Schutz Komfort bis 20.000 Euro.
 - bei ARAG Gruppenunfall-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 Gruppenunfall-Schutz Komfort weniger als 50 Prozent bzw.
 - bei ARAG Gruppenunfall-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 Gruppenunfall-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

- a) 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.
- b) 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 Gruppenunfall-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 Gruppenunfall-Schutz Premium für Personen

- a) die zum Zeitpunkt des Unfallereignisses das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, oder
- b) 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 Gruppenunfall-Schutz Premium für Personen,

- a) die zum Zeitpunkt des Unfallereignisses das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, oder
- b) die wegen ihres geistigen oder körperlichen Zustands der Beaufsichtigung im Sinne des § 832 BGB bedürfen, wenn die versicherte Person durch Herstellung oder Gebrauch selbstgebauter Feuerwerkskörper eine Gesundheitsschädigung erleidet (nur in Verbindung mit einer 24-Stunden-Deckung).

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

- 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 oder chemische Waffen.

4.1.4 Unfälle der versicherten Person

- a) als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt
Beispiele: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger
- b) als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs
Beispiele: Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter

- c) 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 (nur in Verbindung mit einer 24-Stunden-Deckung).
Rennen sind solche Wettfahrten oder dazugehörige Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

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

- 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, 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 Gewerkrankheiten.

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,

- a) wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen Unfall veranlasst waren und
- b) 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 Gruppenunfall-Schutz Premium: Versicherungsschutz besteht bei Gesundheitsschädigung durch Maniküre oder Pediküre.

4.2.4 Gesundheitsschäden durch Infektionen

4.2.4.1 Ausnahme: Versicherungsschutz besteht, wenn sich die versicherte Person

- a) mit Tollwut oder Wundstarrkrampf infiziert hat oder
- b) 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;
- c) durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (4.2.3), infiziert hat;
- d) 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.
Versicherungsschutz besteht auch bei allergischen Reaktionen als Folge von Insektenstichen und -bisse

4.2.4.2 Zusätzlich bei ARAG Gruppenunfall-Schutz Komfort oder Premium: Versicherungsschutz besteht beim erstmaligen Ausbruch folgender Infektionskrankheiten: Cholera, Echinokokkose (Fuchsbandwurm), Diphtherie, Gürtelrose (Herpes Zoster), Keuchhusten (*Pertussis*), spinale Kinderlähmung (Polio), Lepra, Masern, Mumps, Pfeiffer-Drüsenfieber, Pocken/Windpocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Tuberkulose, Tularämie (Hasenpest) und Typhus/Paratyphus.
Voraussetzung für die Leistung ist, dass der Nachweis durch einen objektiven am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht unter Beifügung der Laborbefunde erbracht wird

4.2.4.3 Erleidet die versicherte Person nach einer medizinisch notwendigen oder empfohlenen Schutzimpfung eine Gesundheitsschädigung (Impfschaden), gilt diese ebenfalls als Unfall. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung.
Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist, dass es sich – um einen Impfstoff handelt, der zum Zeitpunkt der Impfung von der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) oder der Nationalen Zulassungsbehörde in Deutschland (Paul Ehrlich-Institut) für die jeweilige Personengruppe zugelassen ist. Die Beurteilung, ob eine im zeitlichen Zusammen-

hang mit einer Impfung eingetretene gesundheitliche Schädigung durch die Impfung verursacht wurde, ist Aufgabe des Versorgungsamtes im jeweiligen Bundesland. Den entsprechenden Nachweis hat die versicherte Person beizubringen.

- 4.2.4.4 Abweichend von 1.3 (Unfallereignis) beginnt die dort genannte Frist bei den
- bei Infektionen (4.2.4.1 und 4.2.4.2) erst mit der Feststellung einer eingetretenen Invalidität durch einen Arzt.
 - bei Impfschäden mit dem Termin der zuletzt durchgeführten Schutzimpfung
- 4.2.4.5 Der Versicherungsschutz für die Infektionen nach 4.2.4.1 d) und 4.2.4.2 beginnt erst nach einer Wartezeit von drei Monaten nach dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Für Impfschäden nach 4.2.4.3 besteht keine Wartezeit
- 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 Gruppenunfall-Schutz Komfort und Premium das 18. Lebensjahr, noch nicht vollendet hat
Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.
- Versicherungsschutz besteht jedoch für ARAG Gruppenunfall-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 Gruppenunfall-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 Gruppenunfall-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 Gruppenunfall-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).

Der Leistungsfall

5 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.

5.1 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.

5.2 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.

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

5.4 **Recht auf Einholung weiterer Auskünfte**

Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

- a) Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben,
- b) 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.

5.5 **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.

6 **Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?**

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziffer 5 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 Versicherungsfalles 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.

7 **Wann sind die Leistungen fällig?**

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

7.1 **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 5.

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

7.2 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.

7.3 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.

7.4 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

8 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

8.1 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.

8.2 Dauer und Ende des Vertrags

8.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

8.2.2 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.

8.2.3 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.

8.3 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.

8.4 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.

8.5 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.

Der Versicherungsbeitrag

9 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

9.1 Beitrag und Versicherungssteuer

9.1.1 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.

9.1.2 Versicherungssteuer

Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer.

9.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung: erster Beitrag

9.2.1 Fälligkeit der Zahlung

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

9.2.2 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.

9.2.3 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.

9.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung: Folgebeiträge

9.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

9.3.2 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 9.3.3).

- 9.3.3 **Zahlungsfrist**
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in (→) Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.
- Unsere Zahlungsaufforderung ist nur wirksam, wenn sie folgende Informationen enthält:
- Die ausstehenden Beträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
 - die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die nach Ziffer 9.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.
- 9.3.4 **Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung**
Wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag nicht bezahlt haben,
- besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz
 - können wir den Vertrag kündigen, ohne eine Frist einzuhalten.
- Wenn Sie nach unserer Kündigung innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag bezahlen, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Zahlung besteht kein Versicherungsschutz.
- 9.4 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.
- 9.5 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.
- 9.6 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

- 10 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?**
- 10.1 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.
- 10.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller**
Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihre Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- 10.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen**
Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.
- 11 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?**
- 11.1 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.

11.2 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.

11.2.1 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 Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung bestehen:

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

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

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

11.2.2 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.

11.2.3 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 9.1.1) 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.

11.3 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.

11.4 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 bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

11.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Ziffern 11.1 bis 11.4 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

12 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

12.1 Gesetzliche Verjährung

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

12.2 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.

13 Welches Gericht ist zuständig?

13.1 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.

13.2 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.

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

14.1 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.

14.2 Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.

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

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

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

15 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

16 Welche Höchstentschädigung gilt, wenn Sie mehrere Unfallverträge bei der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG haben?

Besteht für die versicherten Personen bei der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG weiterer Unfallversicherungsschutz, so gilt für diese Person eine Höchstentschädigung je Unfallereignis von 1.750.000 Euro für alle Versicherungen zusammen.

17 Für die Verträge ist die nachfolgende Kumulklauseel hinterlegt:

Werden mehrere versicherte Personen durch einen Gruppenunfallversicherungsvertrag von einem gemeinsamen Unfallereignis verletzt bzw. getötet oder einer zusammengehörenden Serie von Schäden zusammen, so gilt insgesamt das im Versicherungsvertrag genannte Kumullimit als Höchstsumme aller Versicherungsleistungen. Als Serie von Schäden gelten alle Ereignisse, die dieselbe Ursache haben, einander gegenseitig beeinflussen oder im Zusammenhang ausgelöst werden. Überschreitet die Summe der Ansprüche dieser versicherten Personen den vereinbarten Betrag, so werden die Leistungen für jede einzelne versicherte Person im Verhältnis der Summe der vertraglichen Einzelansprüche zu diesem Betrag gekürzt. Das vereinbarte Kumullimit beträgt für alle Versicherungsleistungen 10.000.000 Euro.

18 Embargobestimmung

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels-, oder Finanzaktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels oder Finanzaktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Unsere Garantien

19 ARAG-Leistungsgarantie gegenüber den GDV-Musterbedingungen

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

20 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.

Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung

Die Gruppen-Unfallversicherung kann mit oder ohne Angabe der Namen der versicherten Personen abgeschlossen werden. Die vereinbarte Form ergibt sich aus dem Vertrag.

1 Gruppen-Unfallversicherung ohne Namensangabe

1.1 Versicherter Personenkreis

Versicherungsschutz besteht für die Personen, die der im Vertrag bezeichneten Gruppe angehören.

1.2 Zweifelsfreie Bezeichnung des Personenkreises

Die zu versichernden Personen sind von Ihnen so zu bezeichnen und zu erfassen, dass Zweifel über die Zugehörigkeit des Verletzten zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen können

1.3 Regelmäßige Meldungen über die Anzahl der versicherten Personen (Fristsetzung)

Wir werden Sie regelmäßig auffordern, uns innerhalb eines Monats die Anzahl der im zurückliegenden Zeitabschnitt versicherten Personen anzugeben. Diese Angabe muss nach Monaten und nach dem höchsten Stand jeden Monats erfolgen. Eine Durchschnittsberechnung ist nicht zulässig.

Sind mehrere Personengruppen versichert, benötigen wir diese Angaben für jede Gruppe getrennt.

1.4 Berechnung des Versicherungsbeitrags

Aufgrund Ihrer Angaben errechnen wir den zu zahlenden Beitrag für den zurückliegenden Zeitabschnitt und Sie erhalten von uns eine Abrechnung.

1.5 Beendigung des Versicherungsschutzes bei Ausscheiden der versicherten Person

Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt, wenn sie aus dem mit Ihnen bestehenden Dienstverhältnis oder aus der Vereinigung ausscheidet.

2 Gruppen-Unfallversicherung mit Namensangabe

2.1 Versicherte Personenkreis

Versicherungsschutz besteht für die namentlich genannten Personen.

2.2 Nachmeldung von Personen

Nicht versicherte Personen können Sie jederzeit zur Versicherung anmelden, wenn Beruf oder Beschäftigung und die Versicherungssummen die gleichen sind wie die der bereits Versicherten. Für die hinzukommenden Personen besteht Versicherungsschutz im vereinbarten Umfang ab Eingang Ihrer Anmeldung bei uns.

2.3 Regelung bei Personen in anderen Berufen/mit anderem Versicherungsumfang

Personen in anderen Berufen oder mit anderer Beschäftigung oder mit höheren Versicherungssummen sind erst versichert, nachdem Sie sich mit uns über Versicherungssummen und Beitrag geeinigt haben.

2.4 Recht auf Ablehnung von Personen

Wir haben das Recht, die Versicherung des Einzelnen nach Risikoprüfung abzulehnen. Lehnen wir ab, erlischt der Versicherungsschutz einen Monat nach Abgabe unserer Erklärung.

2.5 Beendigung des Versicherungsschutzes nach Anzeige

Für versicherte Personen, die aus dem Vertrag ausscheiden sollen, erlischt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, in dem uns Ihre Anzeige zugeht.

3 Vertragsdauer (Zusatz zu Ziffer 10 GUB 2022)

3.1 Beendigung des Versicherungsschutzes bei einzelnen Personen

Wir oder Sie können den Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person durch schriftliche Mitteilung beenden, wenn wir nach einem Unfall eine Leistung für sie erbracht haben oder gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben worden ist. Die Mitteilung muss spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zugegangen sein. Der Versicherungsschutz erlischt einen Monat nach Zugang der Mitteilung

3.2 Beendigung des Versicherungsvertrags

Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb eingestellt oder die Vereinigung aufgelöst wird. Ein Betriebsübergang ist keine Einstellung des Betriebs.

3.3 Beendigung des Versicherungsverhältnisses bei Eröffnung des Insolvenzverfahrens

Wir sind berechtigt, das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von einem Monat zu kündigen, wenn über Ihr Vermögen das Insolvenzverfahren eröffnet oder die Eröffnung eines solchen Verfahrens mangels Masse abgewiesen wird.

Besondere Bedingung für die Gruppen-Unfallversicherung mit Direktanspruch der versicherten Person (BB Direktanspruch 2022)

Die folgende Besondere Bedingung gilt nur, wenn sie gemäß Antrag vereinbart ist.

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), abgeschlossen. Abweichend von den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen gilt Folgendes:

1 Leistungsanspruch der versicherten Person

Die versicherte Person kann Leistungen aus der Unfallversicherung ohne Ihre Zustimmung unmittelbar bei uns geltend machen. Wir leisten direkt an die versicherte Person.

2 Informationspflicht des Versicherungsnehmers

Sie als Versicherungsnehmer informieren jede versicherte Person über den im Rahmen dieses Vertrags bestehenden Versicherungsschutz und über diese Vereinbarung.

Hilfstabellen 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

Versicherungsausweis für Rechtsschutzleistungen

ARAG Gruppenunfall-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 Gruppenunfallversicherung, einen Gruppenunfall- oder einen (Plus) nach dem AUS 2022 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 Gruppenunfallversicherung bei der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG. Soweit für die Gruppenunfallversicherung 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 Gruppenunfallversicherung. Die Geltendmachung von Ansprüchen bedarf keiner vorherigen Zustimmung der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG.

Risikoträger der Rechtsschutzleistungen:

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

Die Hauptgeschäftstätigkeit der ARAG SE ist der Betrieb der Rechtsschutzversicherung.

Was müssen Sie im Leistungsfall tun?

Sie melden den 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 Gruppenunfall-Schutz Versicherung mit der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG.

Soweit für die ARAG Gruppenunfall-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 Rechtsschutz für Unfall-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 Ziffer 9. In Europa gilt eine unbegrenzte Versicherungssumme, weltweit ist die Versicherungssumme auf 100.000 Euro begrenzt.

2 Schadenersatz-Rechtsschutz für Unfallopfer

Der Versicherungsschutz umfasst Schadenersatz-Rechtsschutz für die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen von versicherten Personen, die einen Unfall erlitten haben (Unfallopfern). Der Versicherungsfall ist das erste Ereignis, bei dem der Schaden eingetreten ist oder eingetreten sein soll.

Die **ARAG SE** übernimmt die Kosten je Rechtsschutzfall nach Ziffer 9. In Europa gilt eine unbegrenzte Versicherungssumme, weltweit ist die Versicherungssumme auf 100.000 Euro begrenzt.

3 Patienten-Rechtsschutz bei Behandlungsfehlern nach einem Unfall

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 Ziffer 9. In Europa gilt eine Versicherungssumme bis zu einer Million Euro, weltweit ist die Versicherungssumme auf 100.000 Euro begrenzt.

4 Sozial-Rechtsschutz nach einem Unfall

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

Die **ARAG SE** übernimmt die Kosten je Rechtsschutzfall nach Ziffer 9. 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) mit denen die versicherte Person ihr Rechtsschutzbegehren begründet,
- c) um die jeweilige Interessenverfolgung zu stützen.

5 Leistungsumfang

(1) In den Leistungsarten Rechtsschutz für Unfallopfer von Gewaltstraftaten (Ziffer 1), Schadenersatz-Rechtsschutz für Unfallopfer (Ziffer 2), Patienten-Rechtsschutz bei Behandlungsfehlern nach einem Unfall (Ziffer 3) und Sozial-Rechtsschutz nach einem Unfall (Ziffer 4) erbringt und vermittelt die ARAG SE Dienstleistungen, damit Sie Ihre Interessen wahrnehmen können. Im Folgenden finden Sie den Umfang der Leistungen:

a) Bei Eintritt des Versicherungsfalls übernimmt die ARAG SE folgende Kosten:

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

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

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

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

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

Dies gilt nur für die erste Instanz.

Beschränkt sich die Tätigkeit des Anwalts auf die folgenden Leistungen? Dann übernimmt die ARAG SE je 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) Die ARAG SE übernimmt

- die Gerichtskosten einschließlich der Entschädigung für Zeugen und Sachverständige, die das Gericht heranzieht
- die Kosten des Gerichtsvollziehers.

c) Die ARAG SE übernimmt die Gebühren eines Schieds- oder Schlichtungsverfahrens. Und zwar bis zur Höhe der Gebühren, die bei Einschaltung eines zuständigen staatlichen Gerichts erster Instanz entstehen.

d) Um Ihnen eine einvernehmliche Konfliktbeilegung zu ermöglichen, übernimmt die ARAG SE in Deutschland für einen von ihr vorgeschlagenen Mediator Kosten bis zu 3.000 Euro je Mediation, für alle in einem Kalenderjahr eingeleiteten Mediationen jedoch nicht mehr als 6.000 Euro. (Mediation ist ein vertrauliches und strukturiertes Verfahren, bei dem Parteien mithilfe eines Mediators freiwillig und eigenverantwortlich eine einvernehmliche Beilegung ihres Konflikts anstreben.)

Sind am Mediationsverfahren auch nicht versicherte Personen beteiligt, übernehmen wir anteilig die Kosten für Sie und die versicherten Personen.

e) Die ARAG SE übernimmt Ihre Kosten für eine Reise zum Gericht, wenn

- Sie dort als Beschuldigter oder Prozessteilnehmer erscheinen müssen und
- Sie rechtliche Nachteile nur durch Ihr persönliches Erscheinen vermeiden können.

Die Reisekosten zu einem Gericht in Deutschland übernimmt die ARAG SE über die genannten Voraussetzungen hinaus nur in folgendem Fall: Sie wohnen mehr als 100 Kilometer Luftlinie vom Gerichtsort entfernt.

Die ARAG SE übernimmt die tatsächlich entstehenden Kosten bis zu der Höhe, die für Geschäftsreisen von deutschen Rechtsanwälten gelten.

f) Die ARAG SE übernimmt die Anwalts- und Gerichtskosten Ihres Prozessgegners, wenn Sie zur Erstattung dieser Verfahrenskosten wegen einer gerichtlichen Festsetzung verpflichtet sind.

- (2) Die ARAG SE übernimmt die von Ihnen zu übernehmenden Kosten, wenn Sie nachweisen, dass Sie
- verpflichtet sind, diese zu zahlen oder
 - diese Kosten bereits gezahlt haben.
- (3) Die ARAG SE kann folgende Kosten **nicht** erstatten:
- a) Kosten, die Sie gezahlt haben, ohne rechtlich dazu verpflichtet zu sein.
 - b) Kosten,
 - aa) die bei einer gütlichen Einigung entstanden sind. Diese Kosten entsprechen aber nicht dem Verhältnis des von Ihnen angestrebten Ergebnisses zum erzielten Ergebnis. (Beispiel: Sie verlangen die Rückzahlung der Mietkaution von 2.000 Euro. In einem Vergleich mit dem Gegner erlangen Sie einen Betrag von 1.600 Euro = 80 Prozent des angestrebten Ergebnisses. In diesem Fall 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) Die ARAG SE zahlt in jedem Versicherungsfall maximal die oben genannten Versicherungssummen. Zahlungen für Sie selbst und für mitversicherte Personen im selben Versicherungsfall rechnet sie zusammen. Dies gilt auch für Zahlungen wegen mehrerer Versicherungsfälle, die zeitlich und ursächlich zusammenhängen.

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.