



ARAG Existenz-Schutz 2024 (AESV 2024)

Leistungsübersicht, Versicherteninformationen
und Bedingungen

Stand 2.2024

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

ARAG Existenz-Schutz 2024 – Leistungsübersicht

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

Zeichenerklärung

● versichert

○ optional versicherbar

– nicht versichert | ausgeschlossen

Teil A Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung

		Komfort	Premium
A1	Wann beginnt und wann endet der Vertrag?		
A1-2.3	Vertragsbeendigung Kündigung des Vertrags durch Sie • Kündigungsfrist erstmals zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer mit Wahlrecht Kündigung des Vertrags durch uns • Wir verzichten auf unser ordentliches Recht zur Kündigung des Vertrags. Unser Kündigungsrecht bei Nichtzahlung des Erst- bzw. Folgebeitrags bzw. bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht bleibt jedoch bestehen		Täglich ●
A1-3	Kündigung des Vertrags nach einem Versicherungsfall • Ihre Kündigungsfrist nach der ersten Leistung mit Termin-Wahlrecht Unsere Kündigungsfrist nach der ersten Leistung		Täglich 1 Monat
A1-4	Kündigung des Vertrags bei dauerhafter Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes ins Ausland		zum Abmeldetermin

Teil B Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Existenz-Schutz

		Komfort	Premium
B1	Was ist versichert und welche Leistungen erbringen wir? In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?		
B1-2	Welche Leistungsfälle sind versichert? • dauerhafte Invaldität von mindestens 50 Prozent infolge eines Unfalls (Unfallrente) • Feststellung eines Pflegegrads (Pflegerente) • Funktionsbeeinträchtigung bestimmter Organe bzw. der geistigen Fähigkeiten (Organrente) • Verlust einzelner Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitsrente) • Krebs-Erkrankungen (Krebsrente)	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●
B1-3	Welche Leistungen erbringen wir? • Monatliche Rentenleistung (wahlweise bis zum 67. Lebensalter oder lebenslang) • Erstattung von Kosten • Hilfs- und Pflegeleistung • Dienstleistungen aus dem Rehmanagement • Zusätzliche Kapitalsofortleistungen	● ● ● – –	● ● ● ● ●
B1-4	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?		
B1-4.1	Gesundheitsschäden durch die bewusste Herbeiführung von Krankheiten oder Kräfteverfall, Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung	–	–
B1-4.2	Gesundheitsschäden durch die vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat	–	–
B1-4.3	Gesundheitsschäden durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen innerhalb der ersten 14 Tage im Ausland überraschend wird	– ●	– ●
B1-4.4	Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten die die versicherte Person als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts erleidet Versicherungsschutz besteht jedoch • bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeugs (nicht aber Luftsportgerätes) auszuübenden beruflichen Tätigkeit (zum Beispiel Berufspiloten, Flugbegleiter etc.) • als Flugschüler, soweit dafür keine Lizenz erforderlich ist • als Passagier in Luftfahrzeugen einschließlich Luftsportgeräten	– ● ● ●	– ● ● ●
B1-4.5	Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie mit einem Motorfahrzeug an Fahrtveranstaltungen beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt. Versicherungsschutz besteht bei Veranstaltungen • auf öffentlichen Kartbahnen mit Freizeitcharakter • bei denen es nicht auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt (z. B. Oldtimer-, Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten) • zur Verbesserung der Fahrzeugbeherrschung im Alltagsverkehrs.	– ● ● ●	– ● ● ●

		Komfort	Premium
B1-4.6	Stahlen aufgrund von Kernenergie	-	-
B1-4.7	Schäden anlässlich eines Aufenthalts in Ländern, für die zum Zeitpunkt der Beeinträchtigung eine Reisewarnung des deutschen Außenministeriums bestand	-	-
B1-4.8	Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt des Ereignisses unter Drogeneinfluss stand	-	-
B1-4.9	Darüber hinaus besteht kein Versicherungsschutz für die Unfallrente für		
B1-4.9.1	Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen. Versicherungsschutz besteht, wenn die Bewusstseinsstörung durch <ul style="list-style-type: none"> • Alkohol verursacht wird <ul style="list-style-type: none"> – Jedoch nicht beim Lenken eines Kfz mit einer Blut-Alkoholkonzentration • durch einen akuten Herzinfarkt oder Schlaganfall verursacht wurde. Die unmittelbaren Gesundheitsschäden durch den Herzinfarkt oder den Schlaganfall selbst fallen nicht unter die Leistungspflicht. Ein Leistungsanspruch kann sich gegebenenfalls aus Pflege-, Organ- oder Grundfähigkeitsrente ergeben • die Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten hervorgerufen wird • einen epileptischen Anfall oder sonstigen Krampfanfall • ein diabetisches oder hypoglykämisches Koma („Zuckerschok“) • sonstige Herz- und Kreislaufstörungen wie z. B. Ohnmachtsanfälle, Schwindel (Synkope), hitzebedingte Reaktionen 	- ab 1,1 ‰ ● ● - - -	- ab 1,1 ‰ ● ● ● ● ●
B1-4.9.2	Schäden an Bandscheiben. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Schäden durch einen Unfall verursacht wurde	- ●	- ●
B1-4.9.3	Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper Versicherungsschutz besteht für Heilmaßnahmen oder Eingriffe die durch einen Unfall veranlasst waren	- ●	- ●
B1-4.9.4	Infektionen Versicherungsschutz besteht für Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch eine nicht nur geringfügige Verletzung der Haut oder durch ein plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind.	- ●	- ●
B1-4.9.5	Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen. Versicherungsschutz besteht für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, wenn diese durch den Unfall verursacht, wurde	- ●	- ●
B2	Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir eine Rente?		
B2-1	Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente)		
B2-1.1	Allgemeiner Unfallbegriff	●	●
B2-1.2	Erweiterter Unfallbegriff	●	●
B2-1.2.1	Unfälle durch erhöhte Kraftanstrengung oder Eigenbewegung <ul style="list-style-type: none"> • Verrenkungen eines Gelenks an Gliedmaßen oder Wirbelsäule • Zerrung oder Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern oder Kapseln • inklusive Menisken 	● ● -	● ● ●
B2-1.2.2	Unfälle durch Vergiftungen <ul style="list-style-type: none"> • Gasförmige Stoffe und Stäube – bis max. 7 Tage dauerhaft ausgesetzt • Nahrungsmittel • Pflanzen • Einnahme fester oder flüssiger Stoffe (Verschlucken) 	● ● - -	● ● ● ●
B2-1.2.3	Unfälle unter Wasser <ul style="list-style-type: none"> • Erstickten, Ertrinken • Tauchtypische Gesundheitsschäden 	● ●	● ●
B2-1.2.4	Gesundheitsschäden durch Höhenkrankheit	-	●
B2-1.2.5	Gesundheitsschäden durch Umwelteinflüsse <ul style="list-style-type: none"> • Erfrierungen, auch von einzelnen Körperteilen • Sonnenstich 	● -	● ●
B2-1.2.6	Gesundheitsschäden durch unfreiwilligen Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmittel oder Atemluft	●	●
B2-1.2.7	Gesundheitsschäden bei der Rettung oder Verteidigung von Personen, Tieren oder Sachen	●	●
B2-1.3	Voraussetzungen für die Leistung Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität <ul style="list-style-type: none"> • Meldung über den Eintritt einer möglichen Invalidität an uns • Feststellung der Invalidität durch einen Arzt Geltendmachung einer Invaliditätsleistung Anspruch auf Unfallrente auch bei Unfalltod bereits ab	15 Monate 24 Monate 24 Monate 12 Monate	24 Monate 36 Monate 36 Monate 6 Monate
B2-1.4	Bemessung des Invaliditätsgrads nach einer Gliedertaxe für Körperteile und Organe	●	●
B2-1.4.2	Gliedertaxe	●	●
	Arm	70 %	85 %
	Arm oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %	80 %

		Komfort	Premium
	Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %	75 %
	Hand	55 %	70 %
	Daumen	20 %	35 %
	Zeigefinger	10 %	25 %
	Anderer Finger	5 %	15 %
	• mehrere Finger an einer Hand maximal bis zum Wert einer Hand	-	70 %
	Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %	85 %
	Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %	75 %
	Bein bis unterhalb des Knies	50 %	65 %
	Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %	60 %
	Fuß	40 %	55 %
	Große Zehe	5 %	20 %
	Andere Zehe	2 %	10 %
	• mehrere Zehen an einem Fuß maximal bis zum Wert eines Fußes	-	55 %
	Auge	50 %	65 %
	Gehör auf einem Ohr	30 %	45 %
	Geruchssinn	10 %	20 %
	Geschmackssinn	5 %	20 %
	Sprachvermögen	100 %	100 %
	Niere	25 %	30 %
	• Beide Nieren bei einem Unfallereignis	100 %	100 %
	• Falls eine Niere bereits vor dem Unfallereignis vollständig verloren war	100 %	100 %
	Magen	20 %	25 %
	Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm	25 %	30 %
	Milz	10 %	15 %
	Gallenblase	10 %	15 %
	Ein Lungenflügel	50 %	55 %
B2-1.4.6	Wahlrecht zur individuellen Bemessung der Organe	●	●
B2-1.4.7	Anspruch auf Unfallrente bei unfallbedingtem Tod bereits nach	12 Monate	6 Monate
B2-1.6	Anrechnung von mitwirkenden Krankheiten oder Gebrechen	ab 25 %	ab 60 %
B2-1.7	Beginn und Dauer der Rentenleistung Die Unfallrente zahlen wir bis zum Ende • des Monats, in dem die versicherte Person stirbt • des Monats, in dem eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzung nicht mehr vorliegen. • Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ein im Versicherungsschein vereinbartes Leistungsendalter vollendet hat.	●	●
	Rentengarantie: Weiterzahlung der Unfallrente bei Tod des Rentenbeziehers – maximal bis	-	bis 5 Jahre nach dem Rentenanspruch
B2-2	Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente)	●	●
B2-2.1	Voraussetzung für die Leistung Die Pflegerente zahlen wir bei Feststellung einer Pflegebedürftigkeit ab	Pflegegrad 3	Pflegegrad 2
B2-2.2	Beginn und Dauer der Rentenleistung Die Pflegerente zahlen wir bis zum Ende • des Monats, in dem die versicherte Person stirbt • des Monats, in dem eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzung nicht mehr vorliegen. • Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ein im Versicherungsschein vereinbartes Leistungsendalter vollendet hat.	●	●
	Rentengarantie: Weiterzahlung der Pflegerente bei Tod des Rentenbeziehers – maximal bis	-	bis 5 Jahre nach dem Rentenanspruch
B2-3	Rentenleistung aufgrund einer Organschädigung (Organrente)		
B2-3.1	Voraussetzungen für die Leistung Bewertungsmaßstäbe		

		Komfort	Premium
B2-3.1.1	Erkrankungen des Gehirns und des zentralen Nervensystems	●	●
B2-3.1.2	Psychische Erkrankungen	●	●
B2-3.1.3	Herzerkrankungen	●	●
B2-3.1.4	Nierenerkrankungen	●	●
B2-3.1.5	Lungenerkrankungen	●	●
B2-3.1.6	Lebererkrankungen	●	●
B2-3.2	<p>Beginn und Dauer der Rentenleistung Die Organrente zahlen wir bis zum Ende</p> <ul style="list-style-type: none"> • des Monats, in dem die versicherte Person stirbt • des Monats, in dem eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzung nicht mehr vorliegen. • Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ein im Versicherungsschein vereinbartes Leistungsendalter vollendet hat. 	●	●
	Rentengarantie: Weiterzahlung der Organrente bei Tod des Rentenbeziehers – maximal bis	–	bis 5 Jahre nach dem Rentenanspruch
B2-4	Rentenleistung aufgrund des Verlusts einzelner, definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitsrente)		
B2-4.1	Voraussetzungen für die Leistung Bewertungsmaßstäbe Ein Leistungsanspruch besteht ab 100 Punkte	●	●
B2-4.1.1	<p>Grundfähigkeiten der Kategorie A</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dauerhafter Verlust des Sehvermögens (Blindheit) • Dauerhafter Verlust des Sprachvermögens (Stummheit) • Dauerhafter Verlust des Hörvermögens (Taubheit) • Dauerhafter Verlust der Orientierung 	<p>100 Punkte</p> <p>100 Punkte</p> <p>100 Punkte</p> <p>100 Punkte</p>	<p>100 Punkte</p> <p>100 Punkte</p> <p>100 Punkte</p> <p>100 Punkte</p>
B2-4.1.2	<p>Grundfähigkeiten der Kategorie B</p> <p>Handfunktionen</p> <p>Heben und tragen</p> <p>Arme bewegen</p> <p>Treppen hinauf- bzw. heruntergehen</p> <p>Nicht gehen können</p> <p>Stehen</p> <p>Knien und bücken</p> <p>Sitzen</p> <p>Aufstehen</p> <p>Beugen</p> <p>krankheitsbedingter Entzug der Fahrerlaubnis aus medizinischen Gründen</p>	<p>25 Punkte</p> <p>25 Punkte</p> <p>25 Punkte</p> <p>jeweils 15 Punkte</p> <p>30 Punkte</p> <p>30 Punkte</p> <p>30 Punkte</p> <p>20 Punkte</p> <p>20 Punkte</p> <p>30 Punkte</p> <p>30 Punkte</p>	<p>34 Punkte</p> <p>34 Punkte</p> <p>34 Punkte</p> <p>jeweils 17 Punkte</p> <p>34 Punkte</p> <p>34 Punkte</p> <p>34 Punkte</p> <p>34 Punkte</p> <p>34 Punkte</p> <p>34 Punkte</p>
B2-4.2	<p>Beginn und Dauer der Rentenleistung Die Grundfähigkeitsrente zahlen wir bis zum Ende</p> <ul style="list-style-type: none"> • des Monats, in dem die versicherte Person stirbt • des Monats, in dem eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzung nicht mehr vorliegen. • Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ein im Versicherungsschein vereinbartes Leistungsendalter vollendet hat. 	●	●
	Rentengarantie: Weiterzahlung der Organrente bei Tod des Rentenbeziehers – maximal bis	–	bis 5 Jahre nach dem Rentenanspruch
B2-5	Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung (Krebsrente)		
B2-5.1	Voraussetzungen für die Leistung Bewertungsmaßstäbe Ein Leistungsanspruch besteht ab Eintritt einer Krebserkrankung	●	●
B2-5.1.1	<p>Krebserkrankungen ohne Lymphknotenkrebs und Blutkrebs Rentendauer bei</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stadium I • Stadium II • Stadium II • Stadium IV 	<p>6 Monate</p> <p>12 Monate</p> <p>36 Monate</p> <p>60 Monate</p>	<p>6 Monate</p> <p>12 Monate</p> <p>36 Monate</p> <p>60 Monate</p>
B2-5.1.2	<p>Lymphknotenkrebs Rentendauer bei</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stadium 1 • Stadium 2 • Stadium 3 • Stadium 4 	<p>6 Monate</p> <p>12 Monate</p> <p>36 Monate</p> <p>60 Monate</p>	<p>6 Monate</p> <p>12 Monate</p> <p>36 Monate</p> <p>60 Monate</p>

		Komfort	Premium
	Blutkrebs einschließlich Leukämie Rentendauer bei • Schwergrad I • Schwergrad II	• 24 Monate 48 Monate	• 60 Monate 60 Monate
B2-5.2	Beginn und Dauer der Rentenleistung Die Grundfähigkeitsrente zahlen wir bis zum Ende • des Monats, in dem die versicherte Person stirbt • des Monats, in dem eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzung nicht mehr vorliegen. • Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ein im Versicherungsschein vereinbartes Leistungsendalter vollendet hat.	•	•
B2-5.3	Vorschusszahlung bei Feststellung einer Krebserkrankung		6 Monatsrenten
B2-6	Einmalige Kapitalsofortleistung (ohne Anrechnung auf die Rentenleistung)		
B2-6.1	Zusätzliche Kapitalsofortleistung bei erstmaligem Bezug einer • Unfallrente • Pflegerente • Organrente • Grundfähigkeitsrente	-	6 Monatsrenten
B2-6.2	Kapitalsofortleistungen bei autogener Hauttransplantation bei einer Fläche • bis einschließlich 99,9 cm ² in Höhe von • größer 99,9 cm ² in Höhe von.	- -	1 Monatsrente 6 Monatsrenten
B2-7	Mitversicherte Kosten		
B2-7.1	Voraussetzungen für die Leistung Bewertungsmaßstäbe Ein Leistungsanspruch besteht nach einem Unfall bzw. bei voraussichtlichem Bezug einer Pflege-, Organ-, Grundfähigkeits- oder Krebsrente		maximal bis 30.000 € vorbehaltlich Sublimits
B2-7.2	Behandlungskosten		
B2-7.2.1	Kosmetische Operationen (inkl. Zahnkosten nach einem Unfall)		•
B2-7.2.2	Behandlungskosten in einer Dekompressionskammer im Ausland		•
B2-7.2.3	Erstattung Krankenhauszahlung aus der gesetzlichen Krankenversicherung		•
B2-7.2.4	Psychologische telefonische Hilfe		•
B2-7.2.5	Psychologische Betreuung		bis zu 10 Beratungssitzungen
B2-7.3	Such-, Rettungs-, Bergungs- und Transportkosten		
B2-7.3.1	Such-, Rettungs-, und Bergungskosten		•
B2-7.3.2	Transportkosten zum Krankenhaus		•
B2-7.3.3	Verlegung der verletzten Person zum Krankenhaus am Wohnsitz		•
B2-7.4	Rückreise-, Überführungs- und Bestattungskosten		
B2-7.4.1	Rückreise nach vollstationärer Heilbehandlung		•
B2-7.4.2	Außerplanmäßige Rückreisekosten für mitreisende Personen, Sachen oder Tiere		•
B2-7.4.3	Reisepreiserstattung für versicherte Personen und mitreisende Personen		bis 50 %, maximal bis 1.000 €
B2-7.4.4	Überführungs- und Bestattungskosten im Todesfall		•
B2-7.5	Behinderungsbedingte Mehraufwendungen (bei Bezug einer ARAG Existenz-Rente)		
B2-7.6	Finanzielle Beihilfe zur Kur und Erholung		bis 5.000 Euro
B2-7.7	Kinder- und Haustierbetreuung		bis 3.000 Euro, max. 100 Tag
B2-7.7.1	Kinderbetreuung (Kinder bis 14. Jahre)		bis 3.000 Euro, max. 100 Tag
B2-7.7.2	Kosten für notwendige Fahrdienste für Kinder (Kinder bis 14. Jahre)		bis 3.000 Euro, max. 100 Tag
B2-7.7.3	Haustierbetreuung		bis 3.000 Euro, max. 100 Tag
B2-7.8	Haus- und Wohnungsbetreuung		
B2-7.8.1	Winter-/Streudienst		bis 100 Euro pro Woche
B2-7.8.2	Gartenpflege		bis 100 Euro pro Woche
B2-7.8.3	Kleine hausmeisterliche Tätigkeiten		bis 500 Euro
B2-7.8.4	Briefkastenleerung		einmal pro Woche
B2-7.9	Sonstige Kosten		
B2-7.9.1	Kosten für Schadenmeldung aus dem Ausland		bis 25 Euro
B2-7.9.2	ARAG Soforthilfe weltweit		bis 1.000 Euro

		Komfort	Premium
B2-8	Hilfs- und Pflegeleistungen		
B2-8.3.1	Hilfsleistungen		
	Menüservice		täglich einmal
	Einkaufsservice		wöchentlich
	Wäscheservice		wöchentlich
	Wohnungsreinigung		wöchentlich
	Hausnotruf		•
	Begleitung Arzt- und Behördengänge inklusive Fahrdienst		•
	Fahrdienst zur Krankengymnastik		maximal 7 mal pro Woche
	Sonstige Hilfeleistungen		maximal 1.000 Euro
B2-8.3.2	Pflegeleistung		
	Grundpflege		täglich bis zu 3 Stunden
	Pflegeberatung		•
	Pfleges Schulung für Angehörige		•
B2-8.3.3	Pflegeleistung für eine im Haushalt betreute pflegebedürftige Person (Verhinderungspflege)		•
B2-8.4	Leistungsdauer		9 Monate
B2-9	Sonstige Serviceleistungen (ohne Kostenübernahme)		
B2-9.1	Information über die Möglichkeiten einer ärztlichen Versorgung		•
B2-9.2	Information über/Vermittlung eines niedergelassenen Arztes		•
B2-9.3	Kontaktherstellung zwischen Hausarzt und dem behandelnden Arzt		•
B2-9.4	Benachrichtigung von Angehörigen, Arbeitgeber, sonstigen Personen (In- und Ausland)		•
B2-9.5	Beratung behindertengerechtes Wohnen, Umzug, Umbau des Fahrzeugs		•
B2-9.6	Versand von Arzneimittel und sonstige Hilfsmittel		•
B3	ARAG Reha-Manager		
	Persönliche Betreuung bei einer medizinischen, beruflichen oder sozialen Rehabilitation	-	3 Jahre, maximal 30.000 €
B4	Welche Wartezeiten sind zu berücksichtigen?		
	Wartezeit für einen Leistungsanspruch nach Vertragsbeginn		6 bzw. 12 Monate bei Multiple Sklerose
B5	Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?		
B6	Was ist bei Eintritt einer Erkrankung und nach einem Unfall sowie während des Bezugs von Rentenleistungen zu beachten (Obliegenheiten)?		
B7	Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?		
B8	Wann sind die Leistungen fällig?		
B9	Beitragsfreistellung bei Arbeitslosigkeit		
	Beitragsfreistellung bei Arbeitslosigkeit	-	• 12 Monate
B10	Jährliche Erhöhung von Leistung und Beitrag (Summendynamik)		
	Erhöhung der vereinbarten Rente jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres		o 3 % 5 % 7 %
B11	Jährliche Erhöhung der Rente im Leistungsfall (Leistungsdynamik)		
	Erhöhung der laufenden Rente jeweils zum 01.01. eines jeden Jahres.		o 1,5 %
B12	Erhöhung der versicherten Renten ohne erneute Gesundheitsprüfung (Nachversicherungsgarantie)		
	Einmalige oder stufenweise Erhöhung der versicherten Rente um 50 % maximal 500 € bei <ul style="list-style-type: none"> • Heirat bzw. Registrierung nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)) einzureichen, • Geburt eines Kindes der versicherten Person • Adoption eines Kindes durch die versicherte Person • rechtskräftiger Scheidung oder Aufhebung der Lebenspartnerschaft • Erwerb von Eigentum an einer Immobilie zu Wohnzwecken von mindestens 50.000 € • Erhöhung der Einkünfte aus nicht selbstständiger Arbeit um mindestens 15 % • Aufnahme einer Finanzierung von mindestens 50.000 € im Rahmen einer selbstständigen Tätigkeit • erstmaligem Abschluss einer in Deutschland oder Österreich anerkannten • Berufsausbildung oder erstmaligem Abschluss eines Studiums 		•

		Komfort	Premium
	<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss der Meisterprüfung bzw. Abschluss der Prüfung zum gewerblichen Meister erstmaligem Wegfall der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung. 		
B13	Garantieleistungen		
B13-1	Innovationsgarantie (Einschluss nicht beitragspflichtiger Bedingungsverbesserungen)		●
B13-3	Wechseloption in eine dann gültige ARAG Unfallrente ohne Gesundheitsprüfung		●
	Prämienfaktoren (Altersanpassung)		
	Versicherungsausweis für Rechtsschutzleistungen ARAG Unfall-Schutz		
	Versichert sind vom Leistungsfall unabhängig		
	<ul style="list-style-type: none"> • ARAG Online Rechts-Service (AORS) 		●
	<ul style="list-style-type: none"> • ARAG JuraTel® 		●
	<ul style="list-style-type: none"> • Beratungs-Rechtsschutz für eine Vorsorgevollmacht, Patienten-, Sorgerechtsverfügung 		250 € p. a.
	Bei einem Unfall oder sich abzeichnendem Leistungsfall		
	<ul style="list-style-type: none"> • Opfer-Rechtsschutz (Europa: unbegrenzt Welt: 100.000 €) 		●
	<ul style="list-style-type: none"> • Schadenersatz-Rechtsschutz (Europa: unbegrenzt Welt: 100.000 €) 		●
	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten-Rechtsschutz nach Behandlungsfehlern (Europa: unbegrenzt Welt: 100.000 €) 		●
	<ul style="list-style-type: none"> • Beratungs-Rechtsschutz im Familien-, Lebenspartnerschafts- und Erbrecht 		1.000 €
	<ul style="list-style-type: none"> • Beratungs-Rechtsschutz zur Testamentserstellung je Vertragsdauer 		500 €
	<ul style="list-style-type: none"> • Sozial-Rechtsschutz (Europa: unbegrenzt Welt: 100.000 €) 		●

Inhalt

ARAG Existenz-Schutz 2024 – Leistungsübersicht	3
Inhalt	10
Versicherteninformation ARAG Existenz-Schutz	11
Wichtige Hinweise	14
Teil A Allgemeine Vertragsbedingungen für die Unfallversicherung	15
A1 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?	15
A2 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	16
A3 Was müssen Sie bei Erreichen eines bestimmten Lebensjahres und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?	17
A4 Wann dürfen wir den Tarifbeitrag und die Bedingungen anpassen?	18
A5 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	19
A6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	19
A7 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?	21
A8 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?	21
A9 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?	22
A10 Welches Recht findet Anwendung?	22
A11 Sanktionsklausel	22
Teil B Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Existenz-Schutz	23
B1 Was ist versichert und welche Leistungen erbringen wir? In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	23
B2 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir eine Rente?	25
B3 ARAG Reha-Manager	41
B4 Welche Wartezeiten sind zu berücksichtigen?	42
B5 Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?	42
B6 Was ist bei Eintritt einer Erkrankung und nach einem Unfall sowie während des Bezugs von Rentenleistungen zu beachten (Obliegenheiten)?	43
B7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	44
B8 Wann sind die Leistungen fällig?	44
B9 Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit	44
B10 Jährliche Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (Summendynamik)	45
B11 Jährliche Erhöhung der Rente im Leistungsfall (Leistungsdynamik)	46
B12 Erhöhung der versicherten Renten ohne erneute Gesundheitsprüfung (Nachversicherungsgarantie)	46
B13 Garantieleistungen	47
Prämienfaktoren ARAG Existenz-Schutz – Komfort und Premium Nichtraucher- und Raucher-Tarif	48
Versicherungsausweis für Rechtsschutzleistungen ARAG Existenz-Schutz	50

Versicherteninformation ARAG Existenz-Schutz

nach §1 VVG-Informationspflichtenverordnung

1 Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers

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

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

2 Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

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

3 Vertragsbedingungen und wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Dem ARAG Existenz-Schutz liegen die ARAG Existenz-Schutz Versicherungsbedingungen (AESV 2024) in der bei Antragstellung geltenden Fassung zugrunde. Der Text der jeweils vereinbarten Bedingungen ist beigelegt.

Der ARAG Existenz-Schutz 2024 unterscheidet die folgenden fünf Leistungsarten:

- Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente)
- Rentenleistung bei Pflegebedürftigkeit (Pflegerente)
- Rentenleistung bei Organschäden (Organrente)
- Rentenleistung bei Verlust körperlicher oder geistiger Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitsrente) und
- Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung (Krebsrente).

Die monatliche Rentenleistung wird, je nach Vereinbarung, lebenslang oder bis zu dem im Versicherungsschein vereinbarten Leistungsendalter gezahlt.

Sie haben einen Anspruch auf die monatliche Rentenleistung, sobald die Leistungsvoraussetzungen für mindestens eine der oben genannten Leistungsarten erfüllt sind.

4 Beiträge zur Versicherung

Die Beiträge zu Ihrer Versicherung finden Sie im Antrag.

5 Zusätzliche Kosten

Es entstehen keine zusätzlichen vertraglichen Kosten.

6 Beitragszahlung

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

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

Folgebeiträge zahlen Sie im vereinbarten Zeitraum jeweils zum Monatsanfang.

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

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

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

7 Gültigkeitsdauer der zur Verfügung stehenden Informationen

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

8 Zustandekommen des Vertrags, Antragsbindefrist, Beginn des Versicherungsschutzes

Der Vertrag kommt durch den Antrag auf den Existenz-Schutz seitens eines Vertragspartners und die Annahme dieses Antrags durch den anderen Vertragspartner zustande. Der Antragsteller hält sich an seinen Antrag einen Monat gebunden.

Eine Antragsannahme der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG erfolgt durch die Ausstellung eines Versicherungsscheins oder einer Annahmeerklärung.

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

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

9 Abweichender Versicherungsschein

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

Voraussetzungen:

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

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

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

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

10 Informationen zum Widerrufsrecht

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).

Der Vertrag kann von Ihnen jederzeit (das heißt täglich), erstmals zum Ende der im Versicherungsschein vereinbarten Vertragsdauer (zum Beispiel drei Jahre), gekündigt werden.

Wird der Vertrag von Ihnen nicht gekündigt, verlängert sich das Vertragsverhältnis bei Verträgen von mindestens einjähriger Vertragsdauer mit dem Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr stillschweigend.

Sie können jedoch in diesem Fall den Vertrag jederzeit kündigen. Der Vertrag endet dann frühestens einen Tag nach Zugang Ihrer Erklärung bei uns. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird, spätestens jedoch zum Ende des laufenden Versicherungsjahres.

Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht. Unser Kündigungsrecht bleibt jedoch in folgenden Fällen bestehen:

- bei Nichtzahlung des Erst- bzw. Folgebeitrags
- nach einem Versicherungsfall
- bei einer dauerhaften Verlegung des ständigen Wohnsitzes außerhalb Deutschlands

12 Anwendbares Recht, zuständiges Gericht, Kommunikationssprache

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

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

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

13 Außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

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

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

Wir sind Mitglied im Verein „Versicherungsombudsmann e.V.“. Das ist eine unabhängige Einrichtung der deutschen Versicherungswirtschaft zur Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Verbrauchern und Versicherungsunternehmen.

Sie können sich an diese Stelle wenden, wenn es sich um

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

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 08 06 32

10006 Berlin

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Internet: www.versicherungsombudsmann.de

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

14 Beschwerdegesuch bei der zuständigen Aufsichtsbehörde

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Sektor Versicherungsaufsicht

Graurheindorfer Str. 108

53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bafin.de

Wichtige Hinweise

Allgemeine Vertragsvereinbarungen

Für den ARAG Existenz-Schutz gelten die ARAG Existenz-Schutz Versicherungsbedingungen (AESV 2024).

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

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

Nicht versicherbare berufliche Tätigkeiten

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

Akrobaten/Artisten/Trapezkünstler, Bergführer, Bergsteiger, Berufsfeuerwehrleute, Berufs- und Zeitsoldaten (hierzu zählen auch Personen, die einen freiwilligen Wehrdienst leisten), Berufs-/Vertrags-/Lizenzsportler, Berufstaucher (zum Beispiel Bergungs- oder Forschungstaucher), Bohrschichtführer, Dompteure, Feuerwerker, Lehrer für Luftsportgeräte wie zum Beispiel Drachenflug, Paragliding etc., Flugversuchspiloten, Lehrer für das Fallschirmspringen, Mitglieder von Munitions-Such- und Munitions-Räumtruppen, Mitglieder von Spezialeinsatzkommandos, Mitglieder von U-Boot-Besatzungen, Pyrotechniker, Radrennfahrer, Rennfahrer, Sprengpersonal, Stuntmen, Test-/Versuchs-/Werksfahrer, Testpiloten, Tierbändiger.

Tarifierungsmerkmale, Anzeigepflicht bei Wechsel vom Nichtraucher zum Raucher

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

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

Sie können die gewünschte Dauer der Rentenzahlung wählen:

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

„Lebenslang“: Die vereinbarte Rentenzahlung endet erst mit dem Tod der versicherten Person.

Sie können weiterhin vereinbaren, dass die Rentenleistung jährlich um den im Antrag genannten Prozentsatz und/oder im Leistungsfall ebenfalls jährlich, jeweils zum 01.01. eines Jahres, erstmals ab dem zweiten Jahr des Rentenbezugs, um 1,5 Prozent steigt. Sofern Sie den Nichtrauchertarif gewählt haben, beachten Sie bitte Folgendes: Nichtraucher ist, wer in den vergangenen zwölf Monaten vor Antragstellung Nikotin weder durch den Genuss von Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren, Pfeifen- oder Kautabak noch in anderer Form aktiv zu sich genommen hat. Sollten Sie nach Vertragsabschluss anfangen zu rauchen (auch gelegentlich), sind Sie verpflichtet, uns dies anzuzeigen. Unterbleibt eine Anzeige, sind wir berechtigt, im Leistungsfall die Rentenleistung entsprechend dem Beitragsunterschied zwischen Raucher- und Nichtrauchertarif zu kürzen.

Teil A Allgemeine Vertragsbedingungen für die Unfallversicherung

Die Allgemeinen Vertragsbedingungen für die Unfallversicherung gelten für den ARAG Existenz-Schutz 2024 (Teil B);

A1 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

A1-1 Beginn des Versicherungsschutzes

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

A1-2 Dauer und Ende des Vertrags

A1-2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

A1-2.2 Stillschweigende Verlängerung

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

A1-2.3 Vertragsbeendigung

A1-2.3.1 Kündigung des Vertrags durch Sie

Sie können den Vertrag

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

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

A1-2.3.2 Verzicht auf unser Kündigungsrecht

Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht jeweils zum Ablauf der Vertragsdauer.

Unsere Kündigungs- bzw. Rücktrittsrecht bleibt jedoch in folgenden Fällen bestehen:

- bei Nichtzahlung des Erst- bzw. Folgebeitrags nach A2-2 und A2-3
- bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach A6-1
- bei einer dauerhaften Verlegung des ständigen Wohnsitzes außerhalb Deutschlands nach A1-4.

Wir können in diesen Fällen den Vertrag ausschließlich zum vereinbarten Ablauftermin kündigen. Unsere Kündigung muss Ihnen spätestens drei Monate vor Ablauf der jeweiligen Vertragszeit zugehen.

A1-2.3.3 Automatische Vertragsbeendigung nach Vollendung des 67. Lebensjahr

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

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

Der Vertrag endet weiterhin, wenn nach Ablauf der Frist für eine Neufeststellung (B8-2) ein dauerhafter Rentenanspruch festgestellt wurde. Die Vertragsbeendigung hat keinen Einfluss auf die Erbringung der festgestellten Versicherungsleistung und die Erfüllung Ihrer Obliegenheiten

A1-3 Kündigung des Vertrags nach einem Versicherungsfall

Nach einem Versicherungsfall können Sie oder wir den Vertrag kündigen

- wenn wir erstmals eine Leistung erbracht haben, oder
- wenn wir erstmals eine Unfall-, Pflege-, Organ- oder Grundfähigkeitsrente gezahlt haben oder
- wenn Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

Ihre Kündigung muss uns spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits zugegangen sein. Wenn Sie kündigen, wird Ihre Kündigung wirksam, sobald sie uns zugeht. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird; spätestens jedoch zum Ablauf des Versicherungsjahres. Ihr tägliches Kündigungsrecht nach A1-2.3.1 bleibt unberührt.

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

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

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

Eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes liegt vor, wenn Sie

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

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

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

– entfällt –

A1-6 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

Ausnahme:

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

Beispiel:

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

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

A2-1 Beitrag und Versicherungssteuer

A2-1.1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode

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

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

A2-1.2 Versicherungssteuer

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

A2-2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag

A2-2.1 Fälligkeit der Zahlung

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

A2-2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

A2-2.3 Rücktritt

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

A2-3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

A2-3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

A2-3.2 Verzug

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

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

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

A2-3.3 Zahlungsfrist

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

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

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

A2-3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung

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

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

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

A2-4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

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

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

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

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

A2-5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

A2-6 Ende der Beitragspflicht bei Bezug einer Rentenleistung

Sobald aus diesem Vertrag für eine versicherte Person Anspruch auf Zahlung einer Rentenleistung nach B2-1 bis B2-5 besteht, endet die Pflicht zur Zahlung des auf diese Person entfallenden Beitrags für die Dauer des vereinbarten Leistungsbezugs.

Ergibt sich aufgrund einer ärztlichen Neufeststellung (B8-2), dass die Voraussetzungen für den eingetretenen Leistungsfall nicht mehr bestehen, wird zu diesem Zeitpunkt die Rentenzahlung eingestellt. Gleichzeitig tritt die Pflicht zur Beitragszahlung wieder in Kraft.

Ergibt sich aufgrund einer ärztlichen Neufeststellung, dass die Voraussetzungen für einen dauerhaften Rentenanspruch nach B2-1 bis B2-4 vorliegen, endet der Vertrag nach A1-2.3.3

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

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

Je nach dem erreichten Alter der versicherten Person passen wir den Tarifbeitrag jährlichen an. Als erreichtes Alter gilt das zu Beginn des Versicherungsjahres vollendete Lebensalter der versicherten Person.

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

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

In der Mitteilung werden wir Sie auf Ihr außerordentliches Kündigungsrecht hinweisen.

Ihr tägliches Kündigungsrecht nach A1-2.3.1 bleibt unberührt.

A3-2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

A3-2.1 Mitteilung der Änderung

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

A3-2.2 Auswirkungen der Änderung

– entfällt –

A3-2.3 Versehentliche Nichtanzeige eines Berufswechsels (Versehensklausel)

– entfällt –

A4 Wann dürfen wir den Tarifbeitrag und die Bedingungen anpassen?

A4-1 Anpassung des Tarifbeitrags aufgrund geänderter Rechnungsgrundlagen

A4-1.1 Änderung der Rechnungsgrundlagen

Wir können die vereinbarten Tarifbeiträge neu festsetzen, wenn sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen des vereinbarten Tarifbeitrages geändert hat, der nach den berechtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Beitrag angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten, und ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die Voraussetzungen der Nummern A4-1.1 und A4-1.2 überprüft und bestätigt hat.

A4-1.2 Überprüfung der Kalkulationsgrundlagen

Eine Erhöhung des Beitrages ist insoweit ausgeschlossen, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

A4-1.3 Mitteilung und Wirksamwerden der Anpassung

Die Erhöhung des Tarifbeitrags müssen wir Ihnen spätestens einen Monat vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres mitteilen und Sie schriftlich über Ihr Kündigungsrecht belehren.

Die Neufestsetzung des Beitrages wird mit Beginn des nächsten Versicherungsjahres wirksam, allerdings nur, wenn wir Sie entsprechend des vorstehenden Satzes informiert und belehrt haben.

Ergibt die Neufestsetzung eine Absenkung der Beiträge, werden wir diese Absenkung ohne gesonderte Mitteilung an Sie oder die versicherte Person veranlassen.

A4-1.4 Anpassung des Versicherungsschutzes, Kündigung des Vertrags

Anstelle einer Erhöhung des Beitrages können Sie verlangen, dass die Versicherungsleistung herabgesetzt wird. Die Herabsetzung der Versicherungsleistung wird in diesem Fall mit Beginn des nächsten Versicherungsjahres wirksam.

Sie können Ihren Versicherungsvertrag nach Zugang unserer Mitteilung kündigen

Ihre Kündigung wird wirksam, sobald Sie uns zugeht. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird; spätestens jedoch am Ende des Versicherungsjahres, an dem die Erhöhung der Tarifprämie wirksam werden würde.

A4-2 Änderung der Bedingungen

A4-2.1 Änderung der Bedingungen

Die Versicherungsbedingungen können wir auch nachträglich

- bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die betroffenen Bestimmungen beruhen, oder
- bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung oder
- bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der Verwaltungspraxis der deutschen Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht,

durch neue Regelungen ersetzen, wenn

- die Änderung der Versicherungsbedingungen zur Fortführung des Versicherungsvertrages notwendig ist oder
- das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für Sie oder uns auch unter Berücksichtigung der Interessen der jeweils anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde.

A4-2.2 Mitteilung und Wirksamwerden der Änderung

Die Anpassung der Bedingungen wird nur wirksam, wenn

- sie die Wahrung ihre Vertragsziele angemessen berücksichtigt.
- wir Ihnen die Änderung spätestens einen Monat vor Ablauf der jeweiligen Versicherungsjahres die hierfür maßgeblichen Gründe mitteilen und Sie schriftlich über Ihr Kündigungsrecht belehren.

Die neue Regelung wird mit Beginn des nächsten Versicherungsjahres Vertragsbestandteil.

Änderungen ausschließlich zu Ihrem Vorteil (Up-date-Garantie nach B13-1) erfolgen ohne gesonderte Mitteilung

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

A5-1 Fremdversicherung

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

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

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

A5-2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

A5-3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

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

A6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

A6-1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

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

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

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

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

A6-2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

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

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

A6-2.1 Rücktritt

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

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

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

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

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

Wenn wir nach Eintritt des 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.

A6-2.2 Kündigung

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

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

A6-2.3 Vertragsänderung

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

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

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

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

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

Ihr tägliches Kündigungsrecht nach A1-2.3.1 bleibt unberührt.

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

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

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

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

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

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

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

A6-4 Anfechtung

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

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

A6-5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

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

A7 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

A7-1 Gesetzliche Verjährung

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

A7-2 Aussetzung der Verjährung

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

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

A8-1 Ihre Beschwerdemöglichkeiten

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

A8-1.1 ARAG Beschwerde-Management

Unser Interesse ist es, Sie mit unseren Leistungen zufriedenzustellen. Sollte das einmal nicht gelingen, nehmen Sie am besten direkt Kontakt zu uns auf, um die Angelegenheit zu klären. Dazu können Sie auf der Homepage der ARAG SE (www.arag.de) im Impressum das Online-Beschwerdeformular ausfüllen.

A8-1.2 Versicherungsombudsmann

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

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

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

Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

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

A8-1.3 Versicherungsaufsicht

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

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

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

A8-2 Zuständige Gerichte

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten:

A8-2.1 Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns sind folgende Gerichte zuständig:
das Gericht am Sitz unseres Unternehmens oder unserer Niederlassung, die für Ihren Vertrag zuständig ist.
das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.

A8-2.2 Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie

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

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

A9-1 Mitteilung an uns

Anzeigen oder Erklärungen sind an folgende Stellen zu richten:

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

A9-2 Änderung Ihrer Anschrift

Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.

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

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

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

A10 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

A11 Sanktionsklausel

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

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

Teil B Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Existenz-Schutz

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

B1 Was ist versichert und welche Leistungen erbringen wir? In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

B1-1 Was ist versichert?

Wir bieten der versicherten Person Versicherungsschutz für die Folgen von Unfällen und Krankheiten, die ihr während der Wirksamkeit des Vertrags zustoßen bzw. bei ihr erstmalig auftreten und diagnostiziert werden. Die vereinbarten Leistungen und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Versicherungsschein.

B1-2 Welche Leistungsfälle sind versichert?

Versichert sind folgende fünf Leistungsfälle:

- dauerhafte Invalidität von mindestens 50 Prozent infolge eines Unfalls (Unfallrente, siehe B2-1)
- Feststellung eines Pflegegrads gemäß Sozialgesetzbuch (Pflegerente, siehe B2-2)
- definierte Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit bestimmter Organe bzw. definierter Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten als Folge einzelner bestimmter Krankheiten oder als Folge eines Unfalls (Organrente, siehe B2-3)
- Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitsrente, siehe B2-4)
- Krebs-Erkrankungen (Krebsrente, siehe B2-5)

B1-3 Art und Höhe der Leistung

Die Leistung wird als monatliche Rente maximal bis zu dem im Versicherungsschein vereinbarten Leistungsendalter oder bis zur vereinbarten Dauer gezahlt.

Der Leistungsfall muss bis zum Ablauf des Versicherungsjahrs, in dem Sie das 67. Lebensjahr vollendet haben (Wirksamkeit des Vertrags) eingetreten sein.

B1-3.1 Monatliche Rentenleistung

Sie haben einen Anspruch auf eine Rentenleistung, sobald die Leistungsvoraussetzungen für mindestens einen der genannten Leistungsfälle vorliegen. Treffen gleichzeitig mehrere Leistungsvoraussetzungen zu, so beeinflusst das die Höhe der zu zahlenden Rente nicht.

B1-3.2 Erstattung von Kosten, zusätzliche Hilfs- und Pflegeleistung, Dienstleistungen aus dem Rehamanagement

Sind die Leistungsvoraussetzungen für eine Rentenleistung nach B1-3.1 erfüllt

- erstatten wir weiterhin bestimmte Kostenpositionen (siehe B2-7) und
- die durch einen unabhängigen Dienstleister erbrachten häuslichen Hilfs- und Pflegeleistungen (siehe B2-8)

Zusätzlich zahlen wir bei der Leistungsvariante Premium die Betreuungs- und Beratungsleistungen für Ihre medizinische und/oder berufliche Rehabilitation (siehe B3).

B1-3.3 Kapitalsofortleistungen

Zusätzliche zahlen wir bei der Leistungsvariante Premium eine Kapitalsofortleistung nach B2-6, wenn

- die Leistungsvoraussetzung für einer Rentenleistung nach B2-1 bis B2-4 erfüllt sind und/oder
- einer Hauttransplantation nach B2-6.2 notwendig wurde.

B1-4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Für alle Leistungsarten nach B2 bestehen folgende allgemeine Ausschlüsse:

Wir leisten nicht, wenn die Beeinträchtigung verursacht worden ist

B.1-4.1 durch bewusste Herbeiführung von Krankheiten oder Kräfteverfall, bewusste Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung der versicherten Person.

Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung bzw. -bildung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten.

B1-4.2 unmittelbar oder mittelbar durch vorsätzliche Ausführung einer Straftat oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person

- bei inneren Unruhen und sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen an den Gewalttätigkeiten nicht aktiv teilgenommen hat.
- zum Zeitpunkt des Schadenereignisses das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder wegen ihres geistigen oder körperlichen Zustands unter Beaufsichtigung im Sinn des § 832 BGB stehen und
- ein Land- oder Wasserfahrzeug lenkt oder fährt, ohne im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis (§ 21 StVG) zu sein oder ein unbefugter Gebrauch eines Fahrzeugs vorliegt (§ 248 b StGB);
- durch die Herstellung oder Gebrauch selbstgebafter Feuerwerkskörper eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Voraussetzung für unsere Leistung ist, dass keine weitere Straftat (zum Beispiel Straßenverkehrsgefährdung) zur Ermöglichung der Fahrt begangen bzw. dass durch die Herstellung und den Gebrauch der Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung billigerweise in Kauf genommen wurde.

B1-4.3 durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen innerhalb der ersten 14 Tage im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem Krieg oder Bürgerkrieg herrscht.

Ausgeschlossen bleiben Unfälle

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

B1-4.4 durch Unfälle oder Krankheiten, die die versicherte Person erleidet

- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt. Nicht versichert ist daher zum Beispiel das Führen von Ultraleichtflugzeugen oder das Fallschirmspringen.

Versicherungsschutz besteht jedoch

- bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeugs (nicht aber Luftsportgerätes) auszuübenden beruflichen Tätigkeit (zum Beispiel Berufspiloten, Flugbegleiter etc.). Diese Erweiterung gilt nicht für nicht versicherbare berufliche Tätigkeiten nach B6 wie zum Beispiel Testpilot/Flugversuchspilot
- als Flugschüler, weil dafür keine Lizenz erforderlich ist, sowie als Passagier in Luftfahrzeugen einschließlich Luftsportgeräten, wie zum Beispiel in Ballonen oder Segelflugzeugen sowie bei Fallschirm-Tandemsprüngen. Ebenso bieten wir Versicherungsschutz beim Kitesurfen.

B1-4.5 durch Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeugs an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

Versicherungsschutz besteht jedoch bei Unfällen

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

B1-4.6 durch Strahlen aufgrund von Kernenergie.

Versicherungsschutz besteht jedoch

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

Ein möglicher Leistungsanspruch für Schäden durch Kernenergie (zum Beispiel Krebserkrankungen B2-5) bleibt hiervon unberührt.

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

B1-4.7 anlässlich eines Aufenthalts in Ländern, für die zum Zeitpunkt der Beeinträchtigung eine Reisewarnung des deutschen Außenministeriums (Auswärtiges Amt) bestanden hat.

B1-4.8 durch Unfälle oder daraus resultierende Folgen, die der versicherten Person als Fahrer(in) eines motorisierten Fahrzeugs zustoßen, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt des Ereignisses unter Drogeneinfluss stand.

B1-4.9 Darüber hinaus gelten ausschließlich für die Leistungsart Unfallrente nach B2-1 folgende Ausschlüsse:

Kein Versicherungsschutz besteht für

B1-4.9.1 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn

- die Bewusstseinsstörung durch Trunkenheit verursacht ist, beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,1 Promille liegt. Bei der Leistungsvariante Premium gilt ein Blutalkoholgehalt von 1,3 Promille
- die Bewusstseinsstörung durch die Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten hervorgerufen wird

- die Bewusstseinsstörung durch einen akuten Herzinfarkt oder einen akuten Schlaganfall verursacht wurde, die unmittelbaren Gesundheitsschäden durch den Herzinfarkt oder den Schlaganfall selbst fallen nicht unter die Leistungspflicht der Leistungsart Unfallrente (B2-1); ein Leistungsanspruch kann sich gegebenenfalls aus der Leistungsart Pflegerente (B2-2), Organrente (B2-3) oder Grundfähigkeitsrente (B2-4) ergeben
- der Unfall durch einen epileptischen Anfall oder anderen Krampfanfall, der den ganzen Körper der versicherten Person ergreift, hervorgerufen wird oder die Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.

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

B1-4.9.2 Schäden an Bandscheiben.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis (B2-1) die überwiegende Ursache ist.

B1-4.9.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.
Werden infolge solcher unfallbedingter Heilmaßnahmen oder Eingriffe wiederum Gesundheitsschäden durch Infektionen verursacht, sind diese abweichend von B5-2.4 ebenfalls mitversichert. Das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut gehört nicht zu den ausgeschlossenen Eingriffen am Körper der versicherten Person.

B1-4.9.4 Infektionen
Eingeschlossen in die Versicherung sind alle entstandenen Infektionen, bei denen aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch ein plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind.

Die im Rahmen der Leistungsart Unfallrente genannten Fristen (B2-1.3.2 und B2-1.3.3) beginnen nicht mit dem Unfall (zum Beispiel mit dem Zeitpunkt eines Insektenstichs), sondern erst mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.

B1-4.9.5 krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
Wir leisten jedoch für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

B2 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir eine Rente?

B2-1 Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente)

B2-1.1 Allgemeiner Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

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

B2-1.2 Erweiterter Unfallbegriff | Ausgeschlossene Unfälle und Gesundheitsschäden

B2-1.2.1 Unfälle durch erhöhte Kraftanstrengung oder Eigenbewegung

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

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

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

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

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

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

B2-1.2.2 Unfälle durch Vergiftungen

Als Unfall gelten Gesundheitsschäden, die die versicherte Person durch

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

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

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

B2-1.2.3 Unfälle unter Wasser

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

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

Die Kosten für den Transport in einer Dekompressionskammer (Druckkammer) erstatten wir im Rahmen der Such-, Rettungs- und Bergungskosten nach B2-7.3.2

B2-1.2.4 Gesundheitsschaden durch Höhenkrankheit

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

- ein Höhenlungenödem (HAPE) oder
- ein Höhenhirnödem (HACE)

einen Gesundheitsschaden erlitten hat.

B2-1.2.5 Gesundheitsschaden durch Umwelteinflüsse

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

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

B2-1.2.6 Gesundheitsschäden durch unfreiwilligen Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmittel oder Atemluft

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

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

einen Gesundheitsschaden erlitten hat.

B2-1.2.7 Gesundheitsschäden bei der Rettung oder Verteidigung von Personen, Tieren und Sachen

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

- Personen
- Tieren oder
- Sachen

bewusst in Kauf nimmt.

B2-1.3 Voraussetzungen für die Leistung

B2-1.3.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

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

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

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

Beispiel:

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

B2-1.3.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist

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

Bei der Leistungsvariante Premium:

Die Invalidität ist

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

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

B2-1.3.3 Geltendmachung der Invalidität

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

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

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

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

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

Beispiel:

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

B2-1.4 Bemessung des Invaliditätsgrads nach einer Gliedertaxe für Körperteile und Organe

B2-1.4.1 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

- nach der vereinbarten Gliedertaxe (B2-1.4.2), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (B2-1.4.3).

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität nach B8-2.

B2-1.4.2 Gliedertaxen

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

		Komfort B2-1.4.2.1	Premium B2-1.4.2.2
Arm	Arm	70 %	85 %
	Arm oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %	80 %
	Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %	75 %
Hand	Hand	55 %	70 %
	Daumen	20 %	35 %
	Zeigefinger	10 %	25 %
	Anderer Finger	5 %	15 %
	• mehrere Finger an einer Hand maximal bis zum Wert einer Hand	–	70 %
Bein	Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %	85 %
	Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %	75 %
	Bein bis unterhalb des Knies	50 %	65 %
	Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %	60 %
Fuß	Fuß	40 %	55 %
	Große Zehe	5 %	20 %
	Anderer Zehe	2 %	10 %
	• mehrere Zehen an einem Fuß maximal bis zum Wert eines Fußes	–	55 %
Sinne	Auge	50 %	65 %
	Gehör auf einem Ohr	30 %	45 %
	Geruchssinn	10 %	20 %
	Geschmackssinn	5 %	20 %
	Sprachvermögen	100 %	100 %

		Komfort B2-1.4.2.1	Premium B2-1.4.2.2
Organe	Niere	25 %	30 %
	Beide Nieren bei einem Unfallereignis	100 %	100 %
	Falls eine Niere bereits vor dem Unfallereignis vollständig verloren war	100 %	100 %
Magen		20 %	25 %
	Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm	25 %	30 %
	Milz	10 %	15 %
	Gallenblase	10 %	15 %
	Ein Lungenflügel	50 %	55 %

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

Beispiel:

Ist ein Bein vollständig funktionsunfähig, ergibt sich nach der Gliedertaxe Komfort (B2-1.4.2.1) ein Invaliditätsgrad von 70 Prozent. Ist das Bein um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 7 Prozent (= ein Zehntel von 70 Prozent).

B2-1.4.3 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

B2-1.4.4 Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach B2-1.4.2.1 und nach B2-1.4.3 bemessen. Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

Beispiel:

Ist ein Bein vollständig funktionsunfähig, ergibt sich nach der Gliedertaxe Komfort (B2-1.4.2.1) ein Invaliditätsgrad von 70 Prozent.

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

B2-1.4.5 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

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

B2-1.4.6 Für die in der Gliedertaxe unter B2-1.4.2 genannten Invaliditätsgrade der Organe Niere, Magen, Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm, Milz, Gallenblase und Lungenflügel haben Sie das Wahlrecht, ob eine Bemessung des Invaliditätsgrades nach der vereinbarten Gliedertaxe oder nach B2-1.4.3 außerhalb der Gliedertaxe erfolgen soll. Berücksichtigt wird der dann jeweils höhere Invaliditätsgrad.

B2-1.4.7 Unfallrente bei Tod der versicherten Person vor der Bemessung der Invalidität

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

Voraussetzungen:

- Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb der unter B2-1.5 genannten Zeiträumen nach dem Unfall verstorben und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach B2-1.4 sind erfüllt.

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

B2-1.5 Keine Unfallrente bei Unfalldod

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb von zwölf Monaten nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf eine Invaliditätsleistung.

Abweichend davon besteht ein Anspruch auf eine Invaliditätsleistung bei der Leistungsvariante Premium nach sechs Monaten nach dem Unfall.

Wir leisten nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre (B2-1.4.7).

- B2-1.6 Berücksichtigung bestehender Krankheiten und Gebrechen bei der Bemessung der unfallbedingten Invalidität**
Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrads entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens. Beträgt der Mitwirkungsanteil bei der
- Leistungsvariante Komfort weniger als 25 Prozent
 - Leistungsvariante Premium weniger als 60 Prozent
- unterbleibt jedoch die Minderung.
- B2-1.7 Beginn und Dauer der Rentenleistung**
Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat.
- Die Rente wird gezahlt
- bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt.
oder
 - bis zum Ende des Monats, in dem eine Neubemessung nach ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzung nicht mehr vorliegen. Ist die Rentenzahlung länger als drei Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weitergezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.
oder
 - bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ein im Versicherungsschein vereinbartes Leistungsendalter vollendet hat.
- In der Leistungsvariante Premium zahlen wir die Rente bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt,
- mindestens jedoch für eine Rentenbezugsdauer von insgesamt fünf Jahren vom ersten Bezugsmonat an gerechnet (Rentengarantiezeit)
 - höchsten jedoch, bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ein im Versicherungsschein vereinbartes Leistungsendalter vollendet hat
- B2-2 Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente)**
Die versicherte Person wird während der Vertragslaufzeit durch den medizinischen Dienst der öffentlichen oder privaten Krankenkassen in einen Pflegegrad nach § 15 SGB XI (Stand 01.01.2017) eingestuft.
- B2-2.1 Voraussetzung für die Leistung**
Geleistet wird
- in der Leistungsvariante Komfort ab einem Pflegegrad 3
 - in der Leistungsvariante Premium ab einem Pflegegrad 2
- Die versicherte Person ist verpflichtet, den Wegfall der Pflegebedürftigkeit unverzüglich zu melden.
- B2-2.2 Beginn und Dauer der Rentenleistung**
Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus ab Beginn des Monats in dem die Leistungsvoraussetzung für die Rente aufgrund einer Pflegebedürftigkeit besteht.
- Die Rente wird gezahlt
- bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt.
oder
 - bis zum Ende des Monats, in dem keine Pflegebedürftigkeit mehr besteht. Ist die Rentenzahlung länger als drei Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weitergezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.
oder
 - bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ein im Versicherungsschein vereinbartes Leistungsendalter vollendet hat
- In der Leistungsvariante Premium zahlen wir die Rente bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt,
- mindestens jedoch für eine Rentenbezugsdauer von insgesamt fünf Jahren vom ersten Bezugsmonat an gerechnet (Rentengarantiezeit)
 - höchsten jedoch, bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ein im Versicherungsschein vereinbartes Leistungsendalter vollendet hat
- B2-3 Rentenleistung aufgrund einer Organschädigung (Organrente)**
- B2-3.1 Voraussetzungen für die Leistung | Bewertungsmaßstäbe**
Als Leistungsfall gilt der Eintritt einer irreversiblen unter B2-3-2. definierte Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der beschriebenen Organe bzw. einer Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten durch einen Unfall oder als Folge von Krankheiten.
Die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit ist durch ein ärztliches Gutachten festzustellen.
Im Folgenden sind die Beeinträchtigungen der versicherten Organe und Krankheiten aufgeführt und beschrieben. Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe anzusetzen.

- B2-3.1.1 Erkrankungen des Gehirns und des zentralen Nervensystems**
Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Schädigung des Gehirns oder des Rückenmarks, die zu einer vollständigen Lähmung
- eines Beines und eines Armes oder
 - mindestens einer Körperhälfte führt.
- „Vollständig“ heißt, dass die Funktion der Extremitäten zu mindestens 90 Prozent aufgehoben ist. Alle weiteren Beeinträchtigungen nach Schädigung des Gehirns oder des zentralen Nervensystems werden nach den Definitionen der Grundfähigkeiten (B1-2.4) beurteilt.
- B2-3.1.2 Psychische Erkrankungen**
Versichert sind alle psychischen oder geistigen Erkrankungen, die nach einer ärztlichen Prognose für mindestens zwölf Monate
- zu einer dauerhaften Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung oder
 - zu einem dauerhaften Verlust der zeitlichen und räumlichen Orientierung und der Orientierung zur eigenen Person geführt haben.
- Versicherungsschutz besteht jedoch nicht bei einer dauerhaften Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung oder dem dauerhaften Verlust der Orientierung auf Grund einer Straftat, einer Suchterkrankung und deren Folgen oder eines Suizidversuches und dessen Folgen.
- B2-3.1.3 Herzerkrankungen**
Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gelten alle Herzerkrankungen wie zum Beispiel Herzinfarkt, Herzklappenerkrankungen, Entzündungen des Herzmuskels oder Herzrhythmusstörungen, die zu einer dauerhaften erheblichen Minderung der Pumpleistung des Herzens geführt haben.
- Geleistet wird bei einer dauerhaften erheblichen Minderung der Pumpleistung entsprechend
- einer Herzinsuffizienz NYHA (New York Heart Association) III oder IV mit einer Erhöhung der BNP größer 35 pg/ml bzw. NT-pro-BNP größer 125 pg/ml und
 - wenn zusätzlich eines der folgenden Kriterien dauerhaft erfüllt ist:
 - Ejektionsfraktion (EF) der linken Herzkammer (LVEF) kleiner 30 %, oder
 - schwere diastolische Funktionseinschränkung Stadium 3 oder 4, oder
 - hochgradige LVH (Vergrößerung linker Ventrikel) und/oder hochgradige LAE (Erweiterung linker Vorhof).
- Die dauerhafte erhebliche Minderung der Pumpleistung muss irreversibel und auch durch Medikamente und/oder andere Therapiemaßnahmen (zum Beispiel Implantation eines Herzschrittmachers) nicht dauerhaft über das oben beschriebene Maß verbesserbar sein.
Werden die Funktionswerte durch eine Herztransplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.
- B2-3.1.4 Nierenerkrankungen**
Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gelten alle Nierenerkrankungen, die zum Beispiel auf Grund von Immunkrankheiten, chronischen Entzündungen, Verletzungen, Gefäßsklerose, Diabetes oder Bluthochdruck entstanden sind.
- Geleistet wird ausschließlich bei Nierenerkrankungen, die die Leistungsfähigkeit der Nieren auf Dauer und irreversibel so reduzieren, dass die Werte:
- glomeruläre Filtrationsrate GFR (CKD-EPI) 40ml/min/1,73 qm Körperoberfläche nicht überschritten oder
 - Albuminurie 300 mg/24h nicht unterschritten oder
 - Kreatinin 4mg/dl (350µmol/l) nicht unterschritten werden.
- Werden die Werte durch eine Dialysebehandlung und/oder Nieren-Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.
- B2-3.1.5 Lungenerkrankungen**
Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Lungenerkrankung, die die Leistungsfähigkeit der Lungen auf Dauer und irreversibel erheblich reduziert. Die Funktionsminderung wird ausschließlich anhand eingeführter Leitlinien zur Messung der Lungenfunktion (aktuell gültige AWMF Leitlinien zur Spirometrie bzw. Langzeitsauerstofftherapie der zuständigen Fachgesellschaften) bestimmt.
- Erheblich ist eine Reduktion der Lungenleistung, wenn
- das forciertes expiratorisches Volumen (FEV1) kleiner gleich 40 Prozent oder
 - die Vitalkapazität (VK) kleiner gleich 40 Prozent oder
 - die arterielle Sauerstoffsättigung (PaO2) kleiner gleich 55 mmHg ist.
- Eine Verbesserung der Werte durch die Benutzung eines Sauerstoffgerätes bzw. durch die künstliche Zufuhr von Sauerstoff gilt nicht als Verbesserung der Funktionsminderung.
Werden die Funktionswerte durch eine Lungen-Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

B2-3.1.6 Lebererkrankungen

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

- Auftreten von Bauchwasser (Aszites), sonographisch (im Ultraschall) nachweisbar
- optional: [Auftreten von wiederkehrenden Krampfadernblutungen in der Speiseröhre]
- Bilirubin Wert (gesamt; im Serum) größer gleich 3,0 mg/dl (51µmol/l)
- Albumin Wert (im Serum) kleiner 2,8 g/dl (28 g/l)
- Quickwert kleiner 40 Prozent bzw. INR größer 2,3

Die Funktionsminderung muss irreversibel und auf Dauer sein.

Werden die Funktionen der Leber auf Grund einer Lebertransplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

B2-3.2 Beginn und Dauer der Rentenleistung

Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung für die Rente aufgrund einer Organschädigung erstmals ärztlich festgestellt worden ist, jedoch rückwirkend nicht länger als 6 Monate nach Eingang der Meldung bei uns.

Die Organrente wird gezahlt

- bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt, oder
- bis zum Ende des Monats, in dem eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen. Ist die Rentenzahlung länger als drei Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weitergezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten, oder
- bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ein im Versicherungsschein vereinbartes Leistungsendalter vollendet hat.

In der Leistungsvariante Premium zahlen wir die Rente bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt,

- mindestens jedoch für eine Rentenbezugsdauer von insgesamt fünf Jahren vom ersten Bezugsmonat an gerechnet (Rentengarantiezeit)
- höchstens jedoch bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ein im Versicherungsschein vereinbartes Leistungsendalter vollendet hat

B2-4 Rentenleistung aufgrund des Verlusts einzelner, definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitsrente)

B2-4.1 Voraussetzungen für die Leistung | Bewertungsmaßstäbe

Der Leistungsfall tritt ein, wenn der Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten nach den unter B2-4.1.1 aufgeführten Bewertungsmaßstäben zu einer Punktezahl von mindestens 100 führt.

Der Verlust der Grundfähigkeiten muss irreversibel und nicht mehr therapierbar sein.

Der Verlust der Grundfähigkeiten ist ärztlich festzustellen.

Die einzelnen Grundfähigkeiten werden den folgenden Bewertungskategorien A und B zugeordnet. Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe anzusetzen.

B2-4.1.1 Grundfähigkeiten der Kategorie A

Versichert ist der vollständige, irreversible Verlust der Grundfähigkeiten

- sehen,
- sprechen,
- hören,
- sich orientieren.

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

B2-4.1.1.1 Verlust des Sehvermögens

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

Die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln

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

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

B2-4.1.1.2 Verlust des Sprachvermögens (100 Punkte)

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

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

B2-4.1.1.3 Verlust des Hörvermögens (100 Punkte)

Ein Rentenanspruch liegt vor, sobald die versicherte Person nach der folgenden Definition auf beiden Ohren vollständig ertaubt ist.

Irreversibler und nicht therapierbarer Verlust der Hörfähigkeit für alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel.

Es besteht kein Rentenanspruch, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit durch ein Hörgerät, Implantat oder anderes Hilfsmittel oder durch therapeutische Maßnahmen derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel gehört werden können.

B2-4.1.1.4 Verlust der Orientierung (100 Punkte)

Geleistet wird, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, sich zeitlich, örtlich und zur eigenen Person zu orientieren. Dieser Zustand muss dauerhaft und irreversibel sein.

B2-4.1.2 Grundfähigkeiten der Kategorie B

Die Kategorie B unterscheidet die folgenden vier Bewertungsgruppen, denen einzelne Grundfähigkeiten mit entsprechender Punktebewertung zugeordnet sind.

Der Verlust der Grundfähigkeiten muss irreversibel und dauerhaft sein.

B2-4.1.2.1 Obere Extremitäten

Handfunktionen

Die versicherte Person ist nicht in der Lage, weder mit der linken noch mit der rechten Hand,

- einen Schreibstift zu benutzen oder
- eine Tastatur zu bedienen oder
- Messer und Gabel gleichzeitig zu benutzen oder
- kleine Teile wie zum Beispiel einen Bleistift vom Boden aufzuheben oder
- eine Dreh- und Hebebewegung mit einer Hantel von zwei Kilogramm auszuführen.

Den Verlust dieser Grundfähigkeit bewerten wir

- bei der Leistungsvariante Komfort mit 25 Punkten
- bei der Leistungsvariante Premium mit 34 Punkten

Heben und tragen

Die versicherte Person ist nicht in der Lage, weder mit dem rechten noch mit dem linken Arm, einen zwei Kilogramm schweren Gegenstand von einem Tisch zu heben und fünf Meter wegzutragen. bzw. 15 Sekunden zu tragen.

Den Verlust dieser Grundfähigkeit bewerten wir

- bei der Leistungsvariante Komfort mit 25 Punkten,
- bei der Leistungsvariante Premium mit 34 Punkten

Arme bewegen

Es ist der versicherten Person nicht möglich, eine Jacke oder einen Mantel ohne Hilfestellung anzuziehen. Das heißt: Es ist ihr nicht möglich, nach hinten zu greifen, um einen Mantel oder eine Jacke mithilfe beider Arme anzuziehen.

„Nach hinten greifen“ bedeutet hierbei die nach oben und hinten sowie die nach unten und hinten gerichtete Bewegung (Nackengriff und Schürzenbindegrieff) beider Arme.

„Jacke oder Mantel“ bedeuten hierbei normale Kleidungsstücke mit Ärmeln.

„Beide Arme“ bedeutet, dass sowohl der linke als auch der rechte Arm in gleicher Weise eingeschränkt ist.

Den Verlust dieser Grundfähigkeit bewerten wir

- bei der Leistungsvariante Komfort mit 25 Punkten
- bei der Leistungsvariante Premium mit 34 Punkten.

B2-4.1.2.2 Untere Extremitäten

Treppen steigen

Die versicherte Person kann eine Treppe mit zwölf Stufen nicht hinauf- oder hinabgehen, ohne eine Pause von mindestens einer Minute zu machen.

Die Treppenstufenhöhe soll 18 Zentimeter nicht überschreiten:

Den Verlust dieser Grundfähigkeit bewerten wir

- bei der Leistungsvariante Komfort mit jeweils 15 Punkten
- bei der Leistungsvariante Premium mit jeweils 17 Punkten.

Nicht gehen können

Die versicherte Person ist nicht in der Lage, eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, ohne sich abzustützen und/oder ohne sich setzen zu müssen.

Die Zeitdauer für die Strecke soll nicht länger als zehn Minuten betragen. Verordnete Hilfsmittel müssen benutzt werden. Den Verlust dieser Grundfähigkeit bewerten wir

- bei der Leistungsvariante Komfort mit 30 Punkten,
- bei der Leistungsvariante Premium mit 34 Punkten.

Stehen

Die versicherte Person kann keine zehn Minuten stehen, ohne sich abzustützen. Verordnete Hilfsmittel müssen benutzt werden.

Den Verlust dieser Grundfähigkeit bewerten wir

- bei der Leistungsvariante Komfort mit 30 Punkten
- bei der Leistungsvariante Premium mit 34 Punkten.

Knien und bücken

Die versicherte Person ist nicht fähig, sich niederzuknien oder sich weit genug zu bücken, um einen leichten Gegenstand vom Boden aufzuheben und sich dann wieder aufzurichten.

Den Verlust dieser Grundfähigkeit bewerten wir

- bei der Leistungsvariante Komfort mit 30 Punkten,
- bei der Leistungsvariante Premium mit 34 Punkten.

B2-4.1.2.3 Wirbelsäule und Becken

Sitzen

Die versicherte Person ist nicht in der Lage, 30 Minuten auf einem Stuhl ohne Armlehnen aufrecht zu sitzen (dabei berühren die Füße beim Sitzen den Boden), ohne die Rückenlehne mit dem Körper zu berühren.

Den Verlust dieser Grundfähigkeit bewerten wir

- bei der Leistungsvariante Komfort mit 20 Punkten
- bei der Leistungsvariante Premium mit 34 Punkten.

Aufstehen

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, ohne Gebrauch der Hände oder Arme von einem Stuhl aufzustehen (dabei berühren die Füße beim Sitzen den Boden).

„Ohne Gebrauch der Hände und Arme“ bedeutet: ohne die Armlehnen des Stuhls zu gebrauchen und ohne die Hilfe anderer Personen, Hilfsmittel oder anderer Gegenstände.

Den Verlust dieser Grundfähigkeit bewerten wir

- bei der Leistungsvariante Komfort mit 20 Punkten,
- bei der Leistungsvariante Premium mit 34 Punkten.

Beugen

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

Den Verlust dieser Grundfähigkeit bewerten wir

- bei der Leistungsvariante Komfort mit 30 Punkten,
- bei der Leistungsvariante Premium mit 34 Punkten.

B2-4.1.2.4 Mobilität

Auto fahren

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

Den Verlust dieser Grundfähigkeit bewerten wir

- bei der Leistungsvariante Komfort mit 30 Punkten
- bei der Leistungsvariante Premium mit 34 Punkten.

B2-4.2 Beginn und Dauer der Rentenleistung

Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung für die Rente aufgrund einer Organschädigung erstmals ärztlich festgestellt worden ist, jedoch rückwirkend nicht länger als 6 Monate nach Eingang der Meldung bei uns.

Die Organrente wird gezahlt

- bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt, oder
- bis zum Ende des Monats, in dem eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen. Ist die Rentenzahlung länger als drei Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weitergezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten, oder

- bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ein im Versicherungsschein vereinbartes Leistungsendalter vollendet hat.

In der Leistungsvariante Premium zahlen wir die Rente bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt,

- mindestens jedoch für eine Rentenbezugsdauer von insgesamt fünf Jahren vom ersten Bezugsmonat an gerechnet (Rentengarantiezeit)
- höchstens jedoch bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ein im Versicherungsschein vereinbartes Leistungsendalter vollendet hat

B2-5 Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung (Krebsrente)

B2-5.1 Voraussetzung für die Leistung | Bewertungsmaßstäbe

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

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

Ausgeschlossen sind:

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

B2-5.1.1 Krebserkrankungen ohne Lymphknotenkrebs und Blutkrebs

Als Krebserkrankungen gelten solche Erkrankungen, die entsprechend der Definition der aktuell gültigen „TNM classification of malignant tumours“ der Union for international Cancer Control (UICC) in vier Stadien klassifiziert (I–IV) sind.

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

B2-5.1.2 Lymphknotenkrebs

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

- Stadium 1: Befall einer einzigen Lymphknotenregion oder ein einziger lokalisierter Befall außerhalb des lymphatischen Systems
- Stadium 2: Befall von zwei oder mehr Lymphknotenregionen auf der gleichen Seite des Zwerchfells oder lokalisierter Befall außerhalb des lymphatischen Systems und von Lymphknotenregionen auf der gleichen Seite des Zwerchfells
- Stadium 3: Befall von zwei oder mehr Lymphknotenregionen bzw. von Organen außerhalb des lymphatischen Systems auf beiden Seiten des Zwerchfells
- Stadium 4: Nicht lokal begrenzter, diffuser Befall einer oder mehrerer Organe außerhalb des lymphatischen Systems wie zum Beispiel Leber oder Knochenmark.

B2-5.1.3 Blutkrebs, einschließlich Leukämie

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

- Schweregrad I: Blutkrebserkrankung ohne Stammzell- und/oder Knochenmarktransplantation
- Schweregrad II: Blutkrebserkrankung mit Stammzell- und/oder Knochenmarktransplantation.

B2-5.1.4 Krebserkrankungen, die nicht in Stadien und/oder Schweregrade entsprechend B2-5.1.1, B2-5.1.2 oder B2-5.1.3 eingeteilt sind, werden nach

- der Pfliegerente nach B2-2,
- der Rente aufgrund einer Organschädigung nach B2-3 oder
- der Rente aufgrund des Verlusts von Grundfähigkeiten nach B2-4) berücksichtigt.

B2-5.2 Beginn und Dauer der Rentenzahlung

Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung für die Rente aufgrund einer Krebserkrankung erstmals ärztlich festgestellt worden ist, rückwirkend jedoch nicht länger als 6 Monate nach Eingang der Meldung bei uns.

Die Rente bei einer Krebserkrankung nach B2-5.1.1 und B2-5.1.2 wird gezahlt im Stadium/Grad:

- I/1 für die Dauer von maximal 6 Monaten,
- II/2 für die Dauer von maximal 12 Monaten,
- III/3 für die Dauer von maximal 36 Monaten,
- IV/4 für die Dauer von maximal 60 Monaten

Die Rente bei einer Blutkrebserkrankung einschließlich Leukämie nach B2-5.1.3 wird gezahlt

- bei der Leistungsvariante Komfort im Schweregrad
- I für die Dauer von maximal 24 Monaten,
- II für die Dauer von maximal 48 Monaten.

- bei der Leistungsvariante Premium im Schweregrad
 - I für die Dauer von maximal 60 Monaten,
 - II für die Dauer von maximal 60 Monaten.

Die Krebsrente wird gezahlt

- bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt.
oder
- bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ein im Versicherungsschein vereinbartes Leistungsendalter vollendet hat

B2-5.3 Vorschusszahlung bei Feststellung einer Krebserkrankung.

Steht unsere Leistungspflicht aufgrund einer Krebserkrankung fest, leisten wir vorschüssig sechs Monatsrenten.

B2-5.4 Anrechnung bereits geleisteter Rentenzahlungen

B2-5.4.1 Verschlechterung der festgestellten Krebserkrankung

Tritt nach der Vorauszahlung oder während der laufenden Rentenzahlung ein höheres Krebsstadium oder ein höherer Grad ein, erhöht sich die Leistungsdauer entsprechend dem neuen Stadium/Grades. Die Vorauszahlung oder bereits gezahlte Renten werden angerechnet.

B2-5.4.2 Wiederauftreten einer Krebserkrankung

Tritt eine Krebserkrankung, für die bereits Leistungen erbracht wurden, nach vermuteter Heilung erneut auf (Rezidiv bzw. Wiederauftreten eines histologisch gleichartigen Tumors am gleichen Ort oder im gleichen Organ), werden die Einmalzahlung oder bereits gezahlte Renten auf den Leistungsanspruch angerechnet.

B2-5.4.3 Auftreten einer weiteren Krebserkrankung

Tritt eine weitere Krebserkrankung auf, die im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung steht (zum Beispiel durch Metastasierung), für die bereits Leistungen erbracht wurden, gilt B2-5.4.1 und B2-5.4.2 entsprechend.

Steht eine neue Krebserkrankung nicht im Zusammenhang mit einer bereits festgestellten Krebserkrankung, gilt dies als neuer Leistungsfall.

Erfolgt die Feststellung der neuen Krebserkrankung während des Leistungszeitraums einer bereits festgestellten Krebserkrankung und besteht für beide Krebserkrankungen aufgrund ihrer Einstufung nach Stadien/Grade ein Anspruch auf eine laufende Rentenleistung (B2-5.2), so wird die Rentenleistung für die Dauer des gleichen Leistungszeitraums nur aus der länger laufenden Rentenleistung erbracht.

B2-5.4.4 Erfüllen der Merkmale von anderen Leistungsarten

Sind bei einer Krebserkrankung zugleich die Leistungsvoraussetzungen für

- die Pflegerente nach B2-2,
- die Rente aufgrund einer Organschädigung nach B2-3 oder
- die Rente aufgrund des Verlusts von Grundfähigkeiten nach B2-4

erfüllt, so wird die Rentenleistung nach den Regelungen der zutreffenden Leistungsart erbracht.

B2-6 Kapitalsofortleistungen

B2-6.1 Kapitalsofortleistung bei Bezug einer Rentenleistung

Bei der Leistungsvariante Premium zahlen wir bei Bezug einer Rentenleistung nach B2-1 bis B2-4, zusätzlich eine Kapitalsofortleistung in Höhe von sechs Monatsrenten.

Die Auszahlung der Kapitalsofortleistung erfolgt zusammen mit der ersten Rentenzahlung aus der zutreffenden Leistungsart.

Die Kapitalsofortleistung zahlen wir einmalig je versicherten Leistungsfall.

B2-6.2 Kapitalsofortleistungen bei autogener Hauttransplantation

Bei der Leistungsvariante Premium gilt als Leistungsfall die Durchführung einer autogenen Hauttransplantation. Bei der autogenen Transplantation handelt es sich um eine Übertragung (Transplantation) von lebenden Zellen, Geweben, Organen oder Organanteilen, bei der der Spender mit dem Empfänger identisch ist.

Ausgeschlossen sind

- Transplantationen bzw. Verpflanzungen von Haar oder weiterer Hautanhangsgebilde,
- Verschiebplastiken (Transpositionsplastiken) zum Beispiel Z-Plastik, VY-Plastik oder Fernlappen
- Vakuum-Therapien (zum Beispiel VAC), Kunsthaut (zum Beispiel Epigard).

Ein Leistungsanspruch besteht nach

- einer Vollhaut- oder Spalthauttransplantation (Mesh-Graft) oder
- einer Lappenplastik

bei einer Fläche des transplantierten Hautstücks (nicht der Fläche der ursprünglichen Wunde) an der Transplantationsstelle (nicht der Entnahmestelle) von

- bis einschließlich 99,9 cm² in Höhe von einer Monatsrente
- größer 99,9 cm² in Höhe von sechs Monatsrenten.

Die Kapitalsofortleistung wird je Ereignis (zum Beispiel nach einem Unfall) nur einmal gezahlt. Bei mehreren Transplantationsstellen aus einem Ereignis erfolgt eine Addition aller Hauttransplantationsstellen. Ist eine erneute Trans-

plantation an der gleichen Transplantationsstelle und wegen des gleichen Ereignisses erforderlich (weil die erste Transplantation nicht eingeeilt ist), ist diese bei der Flächenberechnung nicht mehr zu berücksichtigen.

B2-7 Mitversicherte Kosten

B2-7.1 Voraussetzung für die Leistung

Erleidet die versicherte Person einen Unfall nach B2-1 oder ist nach der letzten aktuellen ärztlichen Diagnose davon auszugehen, dass die Leistungsvoraussetzung für eine

- Pflegerente nach B2-2 oder
 - Organrente nach B2-3 oder
 - Grundfähigkeitsrente nach B2-4 oder
 - Krebsrente ab Stadium/Grad II bzw. ab Schweregrad 1 nach B2-5
- erfüllt werden, leisten wir.

Davon abweichende Voraussetzungen entnehmen Sie bitte den nachfolgenden Bestimmungen.

Die Leistungen sind insgesamt auf die im Versicherungsschein genannte Entschädigungssumme je Leistungsfall, maximal das Zweifache der genannten Höchstentschädigungssumme je Vertragsdauer begrenzt, sofern sich aus den folgenden Bestimmungen keine anderen Begrenzungen ergeben.

Die Versicherungssumme nimmt an einer vereinbarten Summenerhöhung (B10) nicht teil.

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

B2-7.2 Behandlungskosten

B2-7.2.1 Kosmetische Operationen

Die versicherte Person hat sich nach den unter B2-7.1 vereinbarten Voraussetzungen einer kosmetischen Operation unterzogen.

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

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

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

Wir erstatten die nachgewiesenen Kosten für beschädigte oder zerstörte natürliche Zähne oder künstlichen Zahnersatz (zum Beispiel Brücken, Kronen, Gebisse und Implantate) nur, sofern die Zerstörung oder Beschädigung auf ein unfallbedingtes Ereignis (B2-1) zurückzuführen ist.

B2-7.2.2 Behandlungen in einer Dekompressionskammer

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

B2-7.2.3 Erstattung Krankenhauszuzahlung aus der GKV

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

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

B2-7.2.4 Psychologische telefonische Hilfe

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

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

B2-7.2.5 Kosten für psychologische Betreuung

Die versicherte Person benötigt aufgrund

- einer selbst erlittenen Unfallverletzung oder Erkrankung
- einer Schwerverletzung, Erkrankung bzw. eines Todesfalls einer nahestehenden Person oder
- eines Raubüberfalls oder einer Geiselnahme

eine psychologische Betreuung.

Wir übernehmen die Kosten für bis zu zehn Sitzungen einer psychologischen Betreuung je Ereignis.

B2-7.3 Such-, Rettungs-, Bergungs- und Transportkosten

B2-7.3.1 Such-, Rettungs- und Bergungskosten

Erstattet werden die nachgewiesenen Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten werden auch dann ersetzt, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

- B2-7.3.2 **Transportkosten zum Krankenhaus**
Erstattet werden die nachgewiesenen Kosten für den Transport zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zu einer Dekompressionskammer, soweit dies medizinisch notwendig oder ärztlich angeordnet worden ist.
- B2-7.3.3 **Verlegung der verletzten Person zum Krankenhaus am Wohnsitz**
Wir organisieren und erstatten die nachgewiesenen Kosten für die Verlegung (auch Flugrückholung) der verletzten Person in ein Krankenhaus oder eine Spezialklinik in der Nähe ihres ständigen Wohnsitzes, sofern dies medizinisch notwendig ist und ärztlich angeordnet wurde.
Diese Kosten werden auch dann ersetzt, wenn eine medizinische Notwendigkeit nicht vorliegt, aufgrund des Verletzungsbildes aber mit einer vollstationären Heilbehandlung im Ausland von mehr als fünf Tagen zu rechnen ist.
- B2-7.4 Rückreise-, Überführungs- und Bestattungskosten**
- B2-7.4.1 **Rückreise nach vollstationärer Heilbehandlung**
Wir erstatten die nachgewiesenen Mehraufwendungen für die Rückkehr der verletzten Person nach der vollstationären Heilbehandlung zu deren ständigem Wohnsitz.
Die Rückfahrtkosten erstatten wir bis zur Höhe der Bahnkosten erster Klasse einschließlich Zuschlägen bzw. bis zur Höhe der Kosten eines Linienfluges in der Economy Class.
Nachgewiesene Kosten für Taxifahrten erstatten wir bis zu 100 Euro.
Notwendige Übernachtungskosten werden höchstens für drei Nächte bis zu je 75 Euro pro Übernachtung gezahlt.
- B2-7.4.2 **Außerplanmäßige Rückreisekosten für mitreisender Personen, Sachen und Tiere**
Wir organisieren die Rückkehr der mitreisenden Kinder und des Ehegatten/Lebenspartners der versicherten Person zu deren ständigem Wohnsitz und erstatten die nachgewiesenen Mehraufwendungen für die Reise.
Die Rückfahrtkosten werden bis zur Höhe der Bahnkosten 1. Klasse einschließlich Zuschlägen bzw. bis zur Höhe der Kosten eines Linienfluges in der Economy Class erstattet.
Nachgewiesene Kosten für Taxifahrten werden bis zu 100 Euro erstattet.
Notwendige Übernachtungskosten werden höchstens für drei Nächte, bis zu je 75 Euro pro Übernachtung und Person gezahlt.
- B2-7.4.3 **Reisepreiserstattung für die versicherte Person und mitreisende Personen**
Sofern eine Reise durch einen Unfall oder eine Erkrankung mit notwendigem Krankenrücktransport der versicherten Person abgebrochen werden muss, erstatten wir den anteiligen Reisepreis für die versicherte Person und die mitreisenden Personen, wenn und sofern ein Nachteil für die versicherte Person und/oder die Mitreisenden entstanden ist.
Die Entschädigung ist auf maximal 50 Prozent der Gesamtreisekosten, höchstens jedoch bis zu 1.000 Euro insgesamt (für alle Personen) begrenzt.
- B2-7.4.4 **Überführungs- und Bestattungskosten im Todesfall**
Wir erstatten die nachgewiesenen Überführungskosten bei einem Todesfall im Ausland, gleich aus welchem Grund, bis zum letzten ständigen Wohnsitz der versicherten Person in Deutschland oder, nach Abstimmung mit den Angehörigen, die angemessenen Bestattungskosten im Ausland.
- B2-7.5 Behinderungsbedingte Mehraufwendungen**
Abweichende von B2-7.1 erbringen wir diese Leistungen ausschließlich, soweit
- die Leistungsvoraussetzungen für eine der versicherten Leistungsarten (B2-1 bis B2-5) erfüllt sind und
 - die erforderlichen Maßnahmen durch einen
 - objektiven, am Stand der medizinischen Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht von Ihnen nachgewiesen worden sind oder
 - durch einen von uns beauftragten Reha-Manager (B3) begründet wurden.
- Alle Mehraufwendungen müssen bis zum Ablauf von drei Jahren nach der Feststellung der Leistungsvoraussetzung entstanden und geltend gemacht sein.
- Wir erstatten die nachgewiesenen Kosten für
- die behindertengerechte Umrüstung des eigenen Pkws
 - den behindertengerechten Umbau des selbst bewohnten Hauses oder der Wohnung
 - einen notwendigen Umzug in ein behindertengerechtes Haus oder Wohnung bzw. in ein Senioren- oder Pflegeheim,
 - die Anschaffung eines Blindenhunds
 - Prothesen und medizinische Hilfsmittel nach § 31 SGB VII, soweit ärztlich verordnet
 - Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen.
- B2-7.6 Finanzielle Beihilfe zur Kur- oder Erholung**
Die versicherte Person hat wegen der durch das versicherte Ereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen innerhalb von drei Jahren, nach Feststellung der Leistungsvoraussetzungen an gerechnet und für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen eine medizinisch notwendige Kur durchgeführt.
Die medizinische Notwendigkeit ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
Wir erstatten dem Versicherungsnehmer die tatsächlich entstandenen Kosten bis zu 5.000 Euro.

B2-7.7 Kinder- und Haustierbetreuung

B2-7.7.1 Kinderbetreuung

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

- Wegbegleitung
- Hausaufgabenbetreuung
- Zubereitung der Mahlzeiten
- Betreuung in der Freizeit
- zu Bett bringen

Die Betreuung erfolgt nach Möglichkeit in der Wohnung der versicherten Person, und zwar 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 tragen wir bis maximal 100 Euro pro Tag, begrenzt auf insgesamt 3.000 Euro.

B2-7.7.2 Kosten für notwendige Fahrdienste für Kinder

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

Die Kosten für den Fahrdienst zahlen wir bis maximal 100 Euro pro Tag, begrenzt auf insgesamt 3.000 Euro insgesamt.

B2-7.7.3 Haustierbetreuung

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

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

Die Organisation der Unterbringung ist nur möglich, wenn das Haustier einen gültigen Impfpass besitzt (gilt bei Hunden, Katzen, Frettchen und Kaninchen), keine ansteckenden Krankheiten hat und/oder keinen Parasitenbefall aufweist. Je nach regionaler Verfügbarkeit wird das Haustier in einer Tierpension in Wohnortnähe untergebracht.

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

Die Kosten für die Haustierunterbringung bzw. Haustierbetreuung tragen wir bis maximal 100 Euro pro Tag, begrenzt auf insgesamt 3.000 Euro. Etwaige Zusatzkosten für besondere Unterbringungswünsche, Betreuungspersonen, Tierärzte, besonderes Futter oder andere Sonderleistungen sind von der versicherten Person zu tragen.

B2-7.8 Haus- und Wohnungsbetreuung

B2-7.8.1 Winter-/Streudienst

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

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

Zur Klarstellung:

Hier werden ausschließlich die Kosten übernommen. Die Planung, Vermittlung und Organisation obliegt nicht uns. Jegliche Ansprüche, die sich aus der Verletzung der Verkehrssicherungspflicht ergeben, sind somit ausgeschlossen.

B2-7.8.2 Gartenpflege

Wir organisieren bzw. vermitteln Dienstleister, die den Garten am amtlichen Wohnsitz der versicherten Person pflegen, sofern dies notwendig ist.

Die Kosten für die Gartenpflege werden bis zu 100 Euro pro Woche übernommen. Weitere Kosten sind von der versicherten Person zu bezahlen.

B2-7.8.3 Kleine hausmeisterliche Tätigkeiten

Wir übernehmen, sofern dies notwendig ist, die Kosten für kleine hausmeisterliche Tätigkeiten im Wohnbereich des amtlichen Wohnsitzes der versicherten Person.

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

Zur Klarstellung:

Hier werden ausschließlich nur die Kosten übernommen. Die Planung, Vermittlung und Organisation obliegt nicht uns.

B2-7.8.4 Briefkastenleerung

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

B2-7.9 Sonstige Kosten

B2-7.9.1 Kosten für Schadenmeldung aus dem Ausland

Für Anrufe aus dem Ausland zur Schadenmeldung erstatten wir Ihnen je Schadenereignis pauschal 25 Euro.

B2-7.9.2 ARAG Soforthilfe weltweit

Kommt die versicherte Person nach den Voraussetzungen B2-7.1 in eine unvorhersehbare besondere Notlage, die zu einem erheblichen Nachteil für ihre Gesundheit oder ihr Vermögen führt und die nicht zu einer der vorgenannten Leistungen versichert ist, veranlassen wir schnellstmöglich die zumutbaren und erforderlichen Maßnahmen und tragen die hierdurch entstehenden Kosten bis zu 1.000 Euro.

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

B2-8 Hilfs- und Pflegeleistungen

B2-8.1 Was ist versichert?

Führt ein Unfall (B2-1) oder ein nach B2-2 bis B2-5 versichertes Ereignis zu einer Hilfsbedürftigkeit, erbringen wir im Rahmen des nachstehend beschriebenen Umfangs Hilfs- und Pflegeleistungen. Wir bedienen uns dazu qualifizierter Dienstleister.

Die Hilfs- und Pflegeleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

B2-8.2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Hilfs- und Pflegeleistungen?

B2-8.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist durch das versicherte Ereignis in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Sie bedarf daher für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe (Hilfsbedürftigkeit).

B2-8.2.2 Art und Umfang der Leistung

Wir ermitteln den individuellen Bedarf an Hilfs- und Pflegeleistungen aus Art und Umfang der Hilfsbedürftigkeit. Diesen Bedarf decken wir mit den in B2-8.3 aufgeführten Leistungen.

B2-8.2.3 Haben bestehende Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das versicherte Ereignis verursachten Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt, schränken wir unsere Hilfs- und Pflegeleistungen nicht ein.

B2-8.3 Welche Leistungen sind versichert?

B2-8.3.1 Hilfsleistungen

Menüservice

Die versicherte Person wird täglich mit einem Menü aus dem Angebot des Dienstleisters versorgt.

Einkaufsservice

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

Wäscheservice

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

Etwasige Kosten hierfür werden übernommen.

Wohnungsreinigung

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

Hausnotruf

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

Begleitung bei Arzt- und Behördengängen

Die versicherte Person wird zum Arzt und/oder zu Behörden begleitet, wenn das persönliche Erscheinen notwendig oder durch die Behörde angeordnet ist. Die Begleitung beinhaltet, sofern dieser medizinisch indiziert ist, den Transport der versicherten Person durch einen von uns beauftragten Dienstleister.

Die Begleitperson unterstützt die versicherte Person zum Beispiel beim Ein- und Aussteigen, Treppensteigen, Türen öffnen etc.

Eine fachliche und inhaltliche Unterstützung erfolgt nicht durch die Begleitperson.

Fahrdienst zur Krankengymnastik und zu Therapien

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

Sonstige notwendige Hilfsleistungen

Wir erbringen weitere von uns organisierte Hilfsleistungen, sofern diese notwendig, sinnvoll und vertretbar sind und nachweislich dem Genesungsprozess der versicherten Person dienen. Kosten für Heilbehandlungen werden nicht erstattet.

Die Leistungen sind insgesamt auf maximal 1.000 Euro begrenzt.

- B2-8.3.2 Pflegeleistungen**
Persönliche Grundpflege
Die versicherte Person erhält maximal täglich und bis zu drei Stunden eine Grundpflege. Zur Grundpflege gehören Körperpflege, An- und Auskleiden, Lagern und Betten, die Hilfe bei der Nahrungszubereitung, -aufnahme und Notdurft.
- Pflegeberatung**
Wir informieren zur gesetzlichen Pflegeversicherung und beraten bei der Auswahl und Anschaffung von notwendigen Hilfsmitteln.
- Pflegeschulung für Angehörige**
Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden sie für die tägliche Pflege geschult. Es handelt sich dabei um eine einmalige Schulungsmaßnahme.
- B2-8.3.3 Pflegeleistung für eine von der versicherten Person zu versorgende pflegebedürftige Person**
Wir erbringen die oben genannten Pflegeleistungen (B2-8.3.2) auch für Ehe-, Lebenspartner und Verwandte ersten Grades der versicherten Person, sofern und soweit die versicherte Person sie gepflegt hat und wegen des Ereignisses hierzu nicht mehr in der Lage ist.
Hierzu müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:
- Die zu pflegende Person lebt in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person.
 - Für sie wurde eine Pflegebedürftigkeit im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt.
- Wir erbringen die Pflegeleistungen ergänzend zu den Sachleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung, solange die versicherte Person die oben genannten Voraussetzungen erfüllt.
Hat die zu pflegende Person Geldleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, erbringen wir unsere Hilfs- und Pflegeleistungen bis zu einem Monat. Werden die Geldleistungen innerhalb dieses Zeitraums auf Sachleistungen umgestellt, gilt die maximale Leistungsdauer gemäß B2-8.4.
Wird für die versicherte Person eine Pflegebedürftigkeit im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt, enden unsere Leistungen einen Monat nach der Anerkennung. Dies gilt auch bei Tod der versicherten Person.
- B2-8.4 Dauer der Leistung und Verhältnis zur gesetzlichen Pflegeversicherung**
Wir erbringen die Hilfs- und Pflegeleistungen, solange die Voraussetzungen nach B2-8.2.1. erfüllt sind, längstens für einen Zeitraum von neun Monaten, ab Feststellung der Leistungsvoraussetzung gerechnet.
- Was passiert nach Anerkennung einer Pflegebedürftigkeit nach der gesetzlichen Pflegeversicherung?
Werden ausschließlich Sachleistungen gewählt, erbringen wir ergänzend zur gesetzlichen Pflegeversicherung im Umfang von B2-8.3.1 und B2-8.3.2 Hilfs- und Pflegeleistungen, soweit zusätzlicher Bedarf besteht.
Werden Geldleistungen gewählt, lässt sich der zusätzliche Bedarf nicht objektiv feststellen. Unsere Leistungen enden dann insgesamt.
- B2-8.5 Was ist nach einem Leistungsfall zu beachten? (Obliegenheiten)**
- B2-8.5.1** Zu Beginn der Leistungserbringung sind wir über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person umfassend zu informieren. Auch während der Leistungserbringung sind uns Veränderungen des Gesundheitszustands mitzuteilen.
Dies gilt auch für die Personen, die unsere Leistungen gemäß B2-8.3.3 erhalten.
- B2-8.5.2** Nach einem Leistungsfall der versicherten Person, der zu einer Pflegebedürftigkeit im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung führen kann, sind beim zuständigen Versicherungsträger Leistungen unverzüglich zu beantragen.
- B2-8.5.3** Die Anerkennung einer Pflegebedürftigkeit sowie der Bezug von Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung sind uns unverzüglich anzuzeigen. Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, gilt B7 dieser Bedingungen entsprechend.
- B2-8.6 Rechtsverhältnis versicherte Person – Dienstleister**
Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.
Kosten für von Ihnen oder der versicherten Person in Auftrag gegebene Dienstleistungen werden von uns nicht getragen.
- B2-8.7 Die Gewährung von Hilfs- und Pflegeleistungen begründet keinen Leistungsanspruch nach B2-1 bis B2-5.**
- B2-9 Weitere Serviceleistungen**
- B2-9.1 Information über die Möglichkeiten einer ärztlichen Versorgung**
Wir informieren Sie auf Anfrage über die Möglichkeiten einer ärztlichen Unfall- oder Krankheitsversorgung im In- und Ausland.
- B2-9.2 Information über/Vermittlung eines niedergelassenen Arztes**
Soweit möglich, benennen wir einen deutschen, englischen oder die Muttersprache sprechenden Arzt (In- und Ausland).
Die Beauftragung des Arztes erfolgt nicht durch uns.

B2-9.3 Kontaktherstellung zwischen Hausarzt und dem behandelnden Arzt

Wir stellen, soweit erforderlich, den Kontakt zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder dem Krankenhaus her (In- und Ausland).

B2-9.4 Benachrichtigungsservice von Angehörigen, Arbeitgeber und sonstigen Personen

Wir benachrichtigen bei einem Unfall oder in einem Krankheitsfall auf Wunsch Ihre Angehörigen, den Arbeitgeber oder sonstige für Sie wichtige Personen.

B2-9.5 Beratung über behindertengerechtes Wohnen, Umzug, Umbau des Fahrzeugs

Wir erstatten die Beratungskosten für

- den behindertengerechten Umbau des selbst bewohnten Hauses oder der Wohnung
- einen notwendigen Umzug in ein behindertengerechtes Haus oder Wohnung bzw. in ein Senioren- oder Pflegeheim und
- die behindertengerechte Umrüstung des eigenen Pkw

B2-9.6 Versand von Arznei- und sonstigen medizinischen Hilfsmitteln

Sind Sie zur Aufrechterhaltung Ihrer Gesundheit auf verschreibungspflichtige Arzneimittel oder sonstige medizinische Hilfsmittel, die vor Ort nicht besorgt werden können, angewiesen, sorgen wir – nach Abstimmung mit Ihrem Hausarzt – für die Zusendung und übernehmen die entstehenden Versandkosten sowie die Kosten der Abholung beim Zoll.

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

B3 ARAG Reha-Manager

Die Leistungen des Reha-Managers erbringen wir ausschließlich die Leistungsvariante Premium.

B3-1 Voraussetzung für die Leistung

Der Reha-Manager unterstützt Sie aktiv bei der Wiedereingliederung. Ist auf Grundlage der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde eine Rentenzahlung aus diesem Vertrag nach den Leistungsvoraussetzungen der B2-1 bis B2-5 zu erwarten oder wurde eine Hilfsbedürftigkeit festgestellt, so entsteht ein Anspruch auf die Rehabilitationsleistungen.

B3-2 Art der Leistung

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

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

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

B3-2.1 Informationsdienstleistungen

Der Reha-Manager informiert zu Adressen und Erreichbarkeiten von beispielsweise

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

B3-2.2 Organisationsdienstleistungen

Der Reha-Manager

- sendet den Angehörigen der versicherten Person Formulare zur Patientenverfügung bzw. zur Vorsorgevollmacht zu,
- organisiert Unterstützung bei der Besorgung verschriebener Medikamente sowie bei Behördengängen,
- führt eine Bedürftigkeitsprüfung zur Inanspruchnahme möglicher mitversicherter ARAG Hilfs- und Pflegeleistungen durch.

B3-2.3 Medizinische Rehabilitation

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

B3-2.4 Berufliche Rehabilitation

Der Reha-Manager unterstützt bei

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

B3-2.5 Soziale Rehabilitation

Der Reha-Manager informiert und schafft Kontakte zu beispielsweise

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

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

B3-3 Dauer der Leistung/Leistungsort

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

Die Leistungen werden ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht.

B3-4 Entschädigungsgrenze

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

Etwaige Aufwendungen für Reha-Maßnahmen selbst werden nicht erstattet.

B4 Welche Wartezeiten sind zu berücksichtigen?

Wir zahlen die vereinbarte Rente, sobald für mindestens eine der Leistungsarten nach B2-1 bis B2-5 die jeweiligen Voraussetzungen sowie eine gegebenenfalls geltende Wartezeit erfüllt sind und keine Leistungsausschlüsse nach B1-4 vorliegen.

Für die Leistungsarten:

- Organrente,
- Pflegerente,
- Grundfähigkeitsrente und
- Krebsrente

gilt eine Wartezeit von 6 Monaten. Für Leistungsansprüche auf Grund Multiple Sklerose erhöht sich die Wartezeit auf 12 Monate. Die Wartezeit beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Vertragsbeginn.

Für die Leistungsarten Organrente, Pflegerente, Grundfähigkeitsrente und Krebsrente gilt:

Liegt der Zeitpunkt:

- des ersten Auftretens klinisch relevanter Symptome von Erkrankungen oder
- der Diagnosestellung von Erkrankungen

innerhalb der angegebenen Wartezeit sind die jeweilige Krankheit und deren Folgen dauerhaft nicht mitversichert.

Dies gilt auch dann, wenn zunächst als unauffällig interpretierte Befunde nachträglich umgedeutet werden. Auch daraus folgende Erkrankungen und deren Folgen sind dauerhaft vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

B5 Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

Sobald eine versicherte Person eine der unter B5-1 aufgeführten nicht versicherbaren Berufstätigkeiten oder Beschäftigungen ausübt, müssen Sie uns das unverzüglich mitteilen.

B5-1 Nur eingeschränkt versicherbar (B5-2) sind die folgenden Berufstätigkeiten/Beschäftigungen, die die versicherte Person ausübt:

- Akrobaten/Artisten/Trapezkünstler
- Bergführer
- Bergsteiger
- Berufsfeuerwehrleute
- Berufs- und Zeitsoldaten (hierzu zählen auch Personen, die einen freiwilligen Wehrdienst leisten)
- Berufs-/Vertrags-/Lizenzsportler, Berufstaucher (zum Beispiel Bergungstaucher, Forschungstaucher)
- Bohrschichtführer

- Dompteur
- Feuerwerker
- Lehrer für Luftsportgeräte wie zum Beispiel Drachenflug, Paragliding etc.
- Flugversuchspilot
- Lehrer für das Fallschirmspringen,
- Mitglieder von Munitionssuch- und -räumtrupps
- Mitglieder von Spezialeinsatzkommandos
- Mitglieder von U-Boot-Besatzungen
- Pyrotechniker
- Radrennfahrer
- Rennfahrer
- Sprengpersonal
- Stuntman
- Test-, Versuchs-, Werksfahrer
- Testpilot
- Tierbändiger

B5-2 Einschränkung des Versicherungsschutzes aufgrund eines Unfallereignisses

Sobald die versicherte Person eine der aufgeführten Berufstätigkeiten oder Beschäftigungen (B5-1) aufnimmt, besteht kein Versicherungsschutz bei Unfällen (B2-1), die der versicherten Person im Zusammenhang mit der Ausübung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung zustoßen. Versicherungsschutz besteht jedoch auf dem Weg zu oder von der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

B5-3 Ergeben sich im Rahmen der im Antrag genannten Tätigkeit ausnahmsweise Sondergefahren, so besteht hierfür Versicherungsschutz, wenn die Sondergefahr vorübergehender bzw. kurzfristiger Natur, also kein Dauerzustand ist.

B6 Was ist bei Eintritt einer Erkrankung und nach einem Unfall sowie während des Bezugs von Rentenleistungen zu beachten (Obliegenheiten)?

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

- B6-1** Benachrichtigen Sie uns unverzüglich, sobald eine Beeinträchtigung entsprechend der jeweiligen Leistungsart vorliegen könnte, und suchen Sie umgehend einen Arzt auf. Wenn Sie uns eine Beeinträchtigung nicht zeitnah melden oder nicht umgehend einen Arzt aufsuchen, kann dies Nachteile für Sie bei unserer Leistungsentscheidung zur Folge haben, da uns gegenüber der Nachweis des Eintritts und des ununterbrochenen irreversiblen Vorliegens einer versicherten Beeinträchtigung durch einen Arzt erbracht werden muss.
Scheitern im Fall eines Unfalls die Unfallfolgen zunächst geringfügig zu sein oder wurde fälschlicherweise davon ausgegangen, dass der Unfall keine Leistungspflicht auslöst, sind diese Obliegenheiten nachzuholen, sobald der wirkliche Umfang erkennbar wird. Die ärztlichen Anordnungen sind zu befolgen.
- B6-2** Uns sind eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Beeinträchtigung sowie ausführliche schriftliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, insbesondere über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer der Beeinträchtigung einzureichen. Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir in voller Höhe.
- B6-3** Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen und Prüfungen durch von uns beauftragte Personen verlangen. Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, bei denen sie in Behandlung war, ist oder sein wird, und Pflegeheime, Pflegepersonen, Behörden sowie Träger der gesetzlichen oder privaten Kranken- bzw. Pflegeversicherung zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen. Des Weiteren können wir auch Auskünfte über Ihre wirtschaftlichen Verhältnisse verlangen.
- B6-4** Die versicherte Person hat die Möglichkeit, diese Ermächtigungen in Form einer allgemeinen Schweigepflichtentbindungserklärung oder für die jeweiligen Anfragen einzelfallbezogene Entbindungserklärungen abzugeben. Für die mit jeder Einzelfallermächtigung verbundenen Mehrkosten können wir eine angemessene Kostenbeteiligung verlangen. Es steht Ihnen frei, diese Erklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen.
- B6-5** Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. Die Reisekosten sind von der versicherten Person zu zahlen.
- B6-6** Die versicherte Person hat sich allen zumutbaren ärztlichen und medizinischen Maßnahmen zu unterziehen, die eine wesentliche Besserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen erwarten lassen. Zumutbar sind allerdings nur Untersuchungen und Behandlungen, bei denen ein Schaden für Leben oder Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann, mit denen keine erheblichen Schmerzen verbunden sind und die keinen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten.

Immer zumutbar sind damit Maßnahmen im Rahmen der medizinischen Grundversorgung (zum Beispiel Blutkontrollen, das Einhalten von Diäten, Physiotherapie, Allergiebehandlung) und die Verwendung allgemein gebräuchlicher medizinisch-technischer Hilfsmittel (zum Beispiel Verwendung von Prothesen, Seh- oder Hörhilfen).

Nicht unter die zumutbaren ärztlichen und medizinischen Maßnahmen fallen operative Behandlungen, spezielle Therapien wie Chemo- oder Strahlentherapie oder medikamentöse Behandlungen, mit denen regelmäßig unangemessen hohe Nebenwirkungen einhergehen. Eine Ablehnung derartiger Maßnahmen hat keinen Einfluss auf die Anerkennung unserer Leistungspflicht.

B6-7 Eine Minderung oder einen Fortfall der jeweiligen Beeinträchtigung sowie der Tod der versicherten Person müssen uns unverzüglich mitgeteilt werden.

B7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Bei vorsätzlicher Verletzung einer nach Eintritt einer Krankheit und eines Unfalls zu erfüllenden Obliegenheit (B7) können wir leistungsfrei werden. Wird eine Obliegenheit grob fahrlässig verletzt, sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Der Versicherungsschutz bleibt jedoch bestehen,

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

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

B8 Wann sind die Leistungen fällig?

B8-1 Wir sind verpflichtet, nach Abschluss der Heilbehandlung und nach Vorliegen aller Unterlagen – spätestens aber drei Monate nach Beantragung einer Leistung – die Prüfung der Leistungsvoraussetzungen vorzunehmen.

Bei Ablehnung eines Leistungsfalls sind Sie berechtigt

- bei der Leistungsart Unfallrente (B2-1) den Grad der Invalidität einmal jährlich, längstens bis drei Jahre nach dem Unfallereignis, erneut ärztlich bemessen zu lassen
- bei den Leistungsarten Pflegerente (B2-2), Rente aufgrund einer Organschädigung (B2-3), Rente aufgrund des Verlusts von Grundfähigkeiten (B2-2.4) und Rente aufgrund einer Krebserkrankung (B2-2.5) bei jeder Verschlechterung des Gesundheitsstatus erneut einen Leistungsantrag zu stellen.

B8-2 Während der Dauer unserer Leistungspflicht für eine Unfallrente (B2-1), Rente aufgrund einer Organschädigung (B2-3) oder Rente aufgrund des Verlusts von Grundfähigkeiten (B2-4) können wir das Fortbestehen der jeweiligen Beeinträchtigung und ihren Umfang überprüfen. Wir sind dazu auf unsere Kosten für eine Dauer von drei Jahren

- bei der Leistungsart Unfallrente ab dem Unfallereignis;
- bei den Leistungsarten Rente aufgrund einer Organschädigung oder Rente aufgrund des Verlusts von Grundfähigkeiten ab Beginn des Monats, in dem die jeweilige Leistungsvoraussetzung erstmals ärztlich festgestellt worden ist berechtigt.

Zu Prüfzwecken können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. Hierfür gelten die Regelungen der B6-3 bis B6-5 und B6-8 entsprechend.

B8-3 Wir sind zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug berechtigt, „Lebensbescheinigungen“ anzufordern. Wenn uns diese angeforderten Bescheinigungen nicht unverzüglich übersandt werden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

B9 Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit

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

B9-1 Definition Arbeitslosigkeit

Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn Sie als Versicherungsnehmer

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

B9-2 Voraussetzung für die beitragsfreie Weiterführung bei Arbeitslosigkeit

Voraussetzung ist, dass Sie bei Eintritt der Arbeitslosigkeit

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

B9-3 Dauer der beitragsfreien Weiterführung bei Arbeitslosigkeit

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

Sollten Sie während diesem Zeitraum eine Beschäftigung annehmen und dann erneut arbeitslos werden, wird der Versicherungsvertrag ab der erneuten Arbeitslosigkeit bzw. der Meldung bei uns folgenden Fälligkeit nochmals beitragsfrei gestellt. Die Beitragsfreistellung des Versicherungsvertrags gilt insgesamt jedoch für den jeweiligen maximalen Zeitraum in der Leistungsvariante.

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

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

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

B10 Jährliche Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (Summendynamik)

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

B10-1 Rundungsregel | Höchstversicherungssummen

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

Die Versicherungssumme wird für die Rentenleistung auf volle 1 Euro aufgerundet.

Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle Leistungsfälle nach dem Erhöhungstermin.

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

Leistungsarten	
Unfall-, Pflege-, Organ-, Grundfähigkeits- und Krebsrente	3.000 €

Die Erhöhung gilt nicht für laufende Zahlungen aufgrund eingetretener Leistungsfälle.

Von der jährlichen Erhöhung ausgenommen sind die vereinbarten Versicherungssummen

- für die Kosten nach B2-7
- für die Hilfs- und Pflegeleistung nach B2-8
- für die Dienstleistungen des Reha-Managers nach B3

B10-2 Berechnungsgrundlage

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

B10-3 Beginn der Erhöhung

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

B10-4 Information über die Summenanpassung

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

B10-5 Widerspruch der Summenanpassung

Die Erhöhung entfällt, wenn Sie, nachdem Sie unsere Information über die Erhöhung erhalten haben, in Textform (zum Beispiel E-Mail, Fax oder Brief) widersprechen. Erfolgt der Widerspruch innerhalb von sechs Wochen nach unserer Information, erhalten Sie den Beitrag für die erhöhten Versicherungssummen erstatten.

Im Falle eines Widerspruchs werden wir Ihnen zu Beginn des folgenden Versicherungsjahres eine erneute Erhöhung der Versicherungssummen anbieten.

B10-6 Endgültige Kündigung der Summenanpassung

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

B11 Jährliche Erhöhung der Rente im Leistungsfall (Leistungsdynamik)

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

Zahlen wir Ihnen aus diesem Vertrag eine Rente gemäß den B2-1 bis B2-5, erhöhen wir zum 01.01. eines jeden Jahres den für das jeweils vergangene Kalenderjahr geltenden Monatsrentenbetrag um 1,5 Prozent, erstmals zum 1.1. des zweiten auf den Rentenbeginn folgenden Kalenderjahres. Der Betrag der Monatsrente wird dabei auf volle Euro aufgerundet.

B12 Erhöhung der versicherten Renten ohne erneute Gesundheitsprüfung (Nachversicherungsgarantie)

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

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

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

- nicht älter als 50 Jahre ist,
- noch keine Rentenleistungen nach B2-1 bis B2-5 bezogen hat und
- dass dieses Recht innerhalb von drei Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses ausgeübt wird.

Sofern durch die Erhöhung der zum Zeitpunkt der Anpassung in den Annahmerichtlinien festgelegte Höchstrentenbetrag überschritten werden würde, kann maximal nur auf diesen Höchstrentenbetrag erhöht werden. Der zusätzlich zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten Alter und dem vereinbarten Tarifmerkmal der jeweiligen versicherten Person. Sonstige bereits vertraglich vereinbarte Konditionen (zum Beispiel Klauseln oder Risikozuschläge) werden auf die zusätzliche Absicherung ebenfalls angewendet.

B13 **Garantieleistungen**

B13-1 **Künftige Leistungsverbesserungen (Update-Garantie)**

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

B13-2 **Leistungsgarantie gegenüber den GDV-Musterbedingungen**

– entfällt –

B13-3 **Wechsoption zur Unfallversicherung ohne Gesundheitsprüfung**

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

Prämienfaktoren ARAG Existenz-Schutz – Komfort und Premium Nichtraucher- und Raucher-Tarif

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

Vereinbarte Rentendauer: Lebenslang, ohne Leistungsdynamik

Ihre aktueller Jahresbeitrag Alter 35: 200,00 Euro

Prämienfaktor bei Alter 35: 0,808

Prämienfaktor bei Alter 60: 4,279

Rechenweg:

Jahresbeitrag/Prämienfaktor „35“ x Prämienfaktor „60“

200,00 Euro/0,808 x 4,279 = 691,49 Euro

Beitragsabweichungen durch Rundungen sind möglich!

Faktorentabelle

Dauer der Rentenzahlung: Lebenslang Komfort oder Premium			Dauer der Rentenzahlung: bis 67 Jahre Komfort oder Premium		
Alter	Ohne Leistungsdynamik	1,5 % Leistungsdynamik	Alter	Ohne Leistungsdynamik	1,5 % Leistungsdynamik
16	0,593	0,691	16	0,608	0,704
17	0,593	0,691	17	0,608	0,704
18	0,593	0,691	18	0,608	0,704
19	0,605	0,701	19	0,619	0,713
20	0,614	0,707	20	0,627	0,719
21	0,621	0,711	21	0,633	0,721
22	0,626	0,713	22	0,637	0,722
23	0,631	0,714	23	0,641	0,722
24	0,632	0,710	24	0,641	0,717
25	0,641	0,715	25	0,649	0,721
26	0,648	0,718	26	0,655	0,722
27	0,659	0,726	27	0,665	0,728
28	0,665	0,727	28	0,669	0,728
29	0,673	0,730	29	0,675	0,729
30	0,682	0,735	30	0,684	0,733
31	0,703	0,752	31	0,706	0,752
32	0,716	0,760	32	0,718	0,759
33	0,751	0,790	33	0,755	0,792
34	0,781	0,816	34	0,784	0,817
35	0,808	0,839	35	0,809	0,837
36	0,839	0,865	36	0,839	0,863
37	0,866	0,887	37	0,863	0,882
38	0,908	0,923	38	0,905	0,919
39	0,964	0,971	39	0,965	0,972
40	1,000	1,000	40	1,000	1,000
41	1,046	1,039	41	1,044	1,038
42	1,086	1,072	42	1,083	1,070
43	1,164	1,140	43	1,161	1,140
44	1,247	1,212	44	1,243	1,214
45	1,359	1,310	45	1,361	1,321

Dauer der Rentenzahlung: Lebenslang Komfort oder Premium			Dauer der Rentenzahlung: bis 67 Jahre Komfort oder Premium		
Alter	Ohne Leistungsdynamik	1,5 % Leistungsdynamik	Alter	Ohne Leistungsdynamik	1,5 % Leistungsdynamik
46	1,443	1,382	46	1,443	1,393
47	1,541	1,468	47	1,537	1,478
48	1,660	1,573	48	1,654	1,584
49	1,794	1,691	49	1,783	1,701
50	1,971	1,847	50	1,965	1,865
51	2,117	1,975	51	2,102	1,989
52	2,269	2,109	52	2,242	2,115
53	2,476	2,293	53	2,435	2,290
54	2,687	2,479	54	2,628	2,463
55	2,912	2,679	55	2,827	2,644
56	3,138	2,878	56	3,015	2,812
57	3,375	3,088	57	3,190	2,967
58	3,642	3,323	58	3,322	3,079
59	3,976	3,615	59	3,504	3,234
60	4,279	3,882	60	3,624	3,334
61	4,608	4,172	61	3,740	3,428
62	4,943	4,471	62	3,796	3,473
63	5,398	4,879	63	3,868	3,524
64	5,843	5,273	64	3,847	3,504
65	6,366	5,730	65	3,013	2,745
66	6,928	6,231	66	2,563	2,335

Versicherungsausweis für Rechtsschutzleistungen

ARAG Existenz-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 einen Existenz-Schutz 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 dem Existenz-Schutz. Soweit für den Existenz-Schutz 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 des ARAG Existenz-Schutzes. 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 Existenz-Schutz Versicherung mit der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG.

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

Ansprechpartner im Rechtsschutzfall und Beschwerdestellen

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

Darüber hinaus ist die ARAG SE Mitglied im Verein „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

Anwendbares Recht, zuständiges Gericht, verwendete Sprache

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. Es kann vereinbart werden, dass der Versicherungsschutz um die Rechtsschutzleistungen reduziert wird.

1 **Telefonischer Erstberatungs-Rechtsschutz**

Ein Anspruch auf Rechtsschutz besteht bei Vorliegen eines Beratungsbedürfnisses in eigenen Rechtsangelegenheiten einer mit AESV 2024 versicherten Person. Die ARAG SE stellt den versicherten Personen eine Rufnummer für den schnellen und einfachen Zugang zu einer telefonischen Erstberatung (einem telefonischen ersten Beratungsgespräch) in allen Fällen, auf die deutsches Recht anwendbar ist. Ein in Deutschland zugelassener Rechtsanwalt führt das telefonische erste Beratungsgespräch.

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

2 **Rechtsschutz für Opfer von Gewaltstraftaten (Opfer-Rechtsschutz)**

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

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

Eine Gewaltstraftat liegt vor bei

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

Rechtsschutz besteht für die Beistandsleistung eines Rechtsanwalts im

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

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.

3 **Schadenersatz-Rechtsschutz für Unfallopfer**

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

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

4 **Patienten-Rechtsschutz bei Behandlungsfehlern**

Der Versicherungsschutz umfasst Schadenersatz-Rechtsschutz für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen einer versicherten Person bei Behandlungs- und Aufklärungsfehlern. Der Rechtsschutzfall ist das erste Ereignis, bei dem der Schaden eingetreten ist oder eingetreten sein soll.

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

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

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

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

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

Für die Erstellung oder Änderung einer standardisierten Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht und Sorgerechtsverfügung benennt die ARAG SE einen spezialisierten Dienstleister. Wenn dies gesetzlich erforderlich ist, empfiehlt sie einen Rechtsanwalt. Hierfür übernimmt die ARAG SE pro Kalenderjahr Kosten bis zu 250 Euro. Ein Anspruch auf diese Leistung besteht bei Vorliegen eines Beratungsbedarfs.

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

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

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

7 **Beratungs-Rechtsschutz zur Testamentserstellung**

Für die einmalige Inanspruchnahme juristischer Hilfe bei der Erstellung eines Testaments eines digitalen Nachlasses und einer Bestattungsverfügung.

Die Kostenübernahme ist auf einen Leistungsfall während der Vertragsdauer Ihrer ARAG Unfallversicherung, Ihres ARAG Unfall-Schutzbriefs oder Ihres ARAG Alltagshelfers (Plus) nach den AUS 2023 und höchstens 500 Euro begrenzt.

8 **Sozial-Rechtsschutz**

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

Die ARAG SE übernimmt die Kosten je Rechtsschutzfall nach Ziffer 9. Es gilt eine unbegrenzte Versicherungssumme.

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

Die ARAG SE berücksichtigt hierbei

- a) alle Tatsachen (das heißt konkrete Sachverhalte im Gegensatz zu Werturteilen),
- b) mit denen die versicherte Person ihr Rechtsschutzbegehren begründet,
- c) um die jeweilige Interessenverfolgung zu stützen.

9 **Leistungsumfang**

(1) In den Leistungsarten Rechtsschutz für Opfer von Gewaltstraftaten (Ziffer 2), Schadenersatz-Rechtsschutz für Unfall-opfer (Ziffer 3), Patienten-Rechtsschutz bei Behandlungsfehlern (Ziffer 4) und Sozial-Rechtsschutz (Ziffer 8) erbringt und vermittelt die ARAG SE Dienstleistungen, damit Sie Ihre Interessen wahrnehmen können. Im Folgenden finden Sie den Umfang der Leistungen:

- a) Bei Eintritt des Rechtsschutzfalls übernimmt die ARAG SE folgende Kosten:
Die Kosten für einen Rechtsanwalt, der Ihre Interessen vertritt. Wenn Sie mehr als einen Rechtsanwalt beauftragen, übernimmt die ARAG SE die dadurch entstehenden Mehrkosten nicht. Auch wenn Mehrkosten entstehen, weil Sie den Anwalt wechseln, übernimmt sie diese nicht.

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

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

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

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

Dies gilt nur für die erste Instanz.

Beschränkt sich die Tätigkeit des Anwalts auf die folgenden Leistungen?

Dann übernimmt die ARAG SE je Rechtsschutzfall Kosten von bis zu 250 Euro:

- Ihr Anwalt erteilt Ihnen einen mündlichen oder schriftlichen Rat,
 - er gibt Ihnen eine Auskunft oder
 - er erarbeitet für Sie ein Gutachten.
- b) Die ARAG SE übernimmt
 - die Gerichtskosten einschließlich der Entschädigung für Zeugen und Sachverständige, die das Gericht heranzieht
 - die Kosten des Gerichtsvollziehers.
 - c) Die ARAG SE übernimmt die Gebühren eines Schieds- oder Schlichtungsverfahrens. Und zwar bis zur Höhe der Gebühren, die bei Einschaltung eines zuständigen staatlichen Gerichts erster Instanz entstehen.
 - d) Um Ihnen eine einvernehmliche und nachhaltige Konfliktbeilegung zu ermöglichen, übernimmt die ARAG SE in Deutschland für einen von ihr vorgeschlagenen Mediator Kosten bis zu 3.000 Euro je Mediation, für alle in einem Kalenderjahr eingeleiteten Mediationen jedoch nicht mehr als 6.000 Euro. (*Mediation ist ein vertrauliches und strukturiertes Verfahren, bei dem Parteien mithilfe eines Mediators freiwillig und eigenverantwortlich eine einvernehmliche Beilegung ihres Konflikts anstreben.*)
Sind am Mediationsverfahren auch nicht versicherte Personen beteiligt, übernimmt die ARAG SE anteilig die Kosten für Sie und die versicherten Personen.
 - e) Die ARAG SE übernimmt Ihre Kosten für eine Reise zum Gericht, wenn
 - Sie dort als Beschuldigter oder Prozessteilnehmer erscheinen müssen und
 - Sie rechtliche Nachteile nur durch Ihr persönliches Erscheinen vermeiden können.

Die Reisekosten zu einem Gericht in Deutschland übernimmt die ARAG SE über die genannten Voraussetzungen hinaus nur in folgendem Fall: Sie wohnen mehr als 100 Kilometer Luftlinie vom Gerichtsort entfernt. Die ARAG SE übernimmt die tatsächlich entstehenden Kosten bis zu der Höhe, die für Geschäftsreisen von deutschen Rechtsanwälten 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 übernimmt die ARAG SE 20 Prozent der entstandenen Kosten – nämlich für den Teil, den Sie nicht durchsetzen konnten.)
Dies gilt für die gesamten Kosten der Streitigkeit.
Ausnahme: Gesetzlich ist eine andere Kostenregelung vorgeschrieben.
- bb) die entstehen, weil Sie bei einer gütlichen Einigung unstrittige Ansprüche einbezogen haben.
- c) Kosten, die wegen der vierten oder jeder weiteren Zwangsvollstreckungsmaßnahme je Vollstreckungstitel entstehen. (Das sind zum Beispiel: Kosten eines Gerichtsvollziehers.)
- d) Kosten von Zwangsvollstreckungsmaßnahmen, die später als fünf Jahre nach Rechtskraft des Vollstreckungstitels eingeleitet werden.
- e) Kosten für Strafvollstreckungsverfahren jeder Art, bei denen das Gericht eine Geldstrafe oder Geldbuße unter 250 Euro verhängt hat.
- f) Kosten, zu deren Übernahme ein anderer verpflichtet wäre, wenn Sie keine Rechtsschutzversicherung hätten.
- g) Kosten, die bei Teileintrittspflicht auf den nicht gedeckten Teil entfallen. Treffen Ansprüche zusammen, für die teils Versicherungsschutz besteht, teils nicht, trägt die ARAG SE nur folgenden Teil der Kosten: Sie übernimmt die Kosten, die dem Verhältnis des Wertes des gedeckten Teils zum Gesamtstreitwert entspricht.
- (4) Die ARAG SE zahlt in jedem Rechtsschutzfall maximal die oben genannten Versicherungssummen. Zahlungen für Sie selbst und für mitversicherte Personen im selben Rechtsschutzfall rechnet sie zusammen. Dies gilt auch für Zahlungen wegen mehrerer Versicherungsfälle, die zeitlich und ursächlich zusammenhängen.