

ADAC Unfallschutz Basis

Inhalt	Seite
Pflichtinformationen	2
Besondere Informationen und Versicherungsbedingungen	4
Besondere Informationen	5
Versicherungsbedingungen	5
Service	
Überblick finanzielle Leistungen	12
Progressionstabelle	12
Beispielrechnungen	12
Kontakt	12

Datenschutzinformation

Bei Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten im Rahmen der Antragstellung und Durchführung Ihres Versicherungsvertrags ist die ADAC Versicherung AG, Hansastraße 19, 80686 München, „Verantwortlicher“ im Sinn der Datenschutz-Grundverordnung („DSGVO“). Alle relevanten Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie unter <https://www.adac.de/datenschutz>



Wir haben einen Datenschutzbeauftragten bestellt. Diesen können Sie bei Fragen zum Datenschutz, insbesondere auch im Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsvertrag, kontaktieren unter:

ADAC Versicherung AG, Datenschutzbeauftragter

Hansastraße 19 • 80686 München • E-Mail: dsb-mail@adac.de

Pflichtinformationen zum ADAC Unfallschutz Basis

ADAC

Aufgrund der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV), sind wir als Versicherer verpflichtet, Ihnen die folgenden Informationen zu übermitteln:

Informationen zum Versicherungsunternehmen

- Ihr Versicherer:
ADAC Versicherung AG
81362 München
Vorstand: Claudia Tuchscherer (Vorsitzende), Stefan Daehne,
Sascha Herwig, Marc Kottmann
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Claudius Leibfritz
Rechtsform: Aktiengesellschaft mit Sitz in München
Eingetragen beim Amtsgericht München HRB 45842
- Ladungsfähige Anschrift des Versicherers:
ADAC Versicherung AG
Hansastraße 19
80686 München
Vorstand: Claudia Tuchscherer (Vorsitzende), Stefan Daehne,
Sascha Herwig, Marc Kottmann
- Die ADAC Versicherung AG bietet als ihr Hauptgeschäft Schutzbriefleistungen sowie Reisekranken-, Reiserücktritts-, Privathaftpflicht-, Unfall- und Rechtsschutzversicherungen an.

Informationen zur angebotenen Leistung

- Der ADAC Unfallschutz Basis umfasst Beratungs- und Betreuungsleistungen sowie finanzielle Leistungen nach einem Unfall. Der Zusatzbaustein Hilfe- und Pflegeleistungen – sofern abgeschlossen – bietet Hilfeleistungen zur Bewältigung des Alltags zu Hause nach einem Unfall. Maßgebend für die Leistungserbringung sind die Versicherungsbedingungen zum ADAC Unfallschutz Basis. Bei Serviceleistungen müssen noch die besonderen Voraussetzungen für die Durchführung der Hilfeleistung vorliegen. Die Leistungen werden erbracht, wenn die Feststellungen des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistungen beendet sind und alle erforderlichen Nachweise vorliegen. Sobald wir festgestellt haben, dass Sie einen Anspruch auf finanzielle Leistung haben, zahlen wir den Betrag innerhalb von 2 Wochen an Sie aus. Die gegenseitigen Rechte und Pflichten, Höchstgrenzen der Leistungen sowie die Tarifbestimmungen regeln sich nach dem Versicherungsschein, den Besonderen Informationen und den Versicherungsbedingungen des ADAC Unfallschutz Basis.
- Der Beitrag richtet sich nach dem zu versichernden Personenkreis, der Höhe der vereinbarten Versicherungssumme und dem Umfang des Versicherungsschutzes. Bei den Tarifen Erwachsener und Kind ist zusätzlich die gewählte Progression maßgeblich. Ihren Beitrag entnehmen Sie bitte dem Angebot/Antrag. Sie finden den Beitrag ebenfalls auf Ihrem Versicherungsschein. Ändern sich die für die Beitragsberechnung maßgeblichen Berechnungsmerkmale, kann sich der Beitrag ändern. Nach dem Versicherungsjahr, in dem eine versicherte Person 66 Jahre wird, müssen Sie im Tarif Erwachsener den in der Beitragstabelle genannten höheren Beitrag zahlen. Sie finden die Beitragstabelle im Anschluss an diese Pflichtinformationen. In dem Beitrag ist die gesetzliche Versicherungssteuer enthalten. Diese haben Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu zahlen. Ändert sich die Versicherungssteuer, wird der Beitrag entsprechend angepasst.
- Bei den Beiträgen handelt es sich um Jahresbeiträge, sofern keine Ratenzahlung vereinbart ist. Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn der erste Beitrag oder die erste Rate rechtzeitig gezahlt wird. Die jährlichen Folgebeiträge müssen jeweils am 1. des Monats, in dem ein neues Versicherungsjahr beginnt, bezahlt werden. Eine Ratenzahlung ist nur in Verbindung mit dem SEPA-Lastschriftverfahren möglich. Ist die Zahlung des Jahresbeitrages in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate in Verzug sind. Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

Informationen zum Versicherungsvertrag

- Der Versicherungsvertrag ist abgeschlossen, wenn der Versicherer Ihren Antrag durch Übersendung des Versicherungsscheins oder durch Aushändigung über eine ADAC Vertriebsstelle angenommen hat. Das gilt auch bei Beantragung der Versicherung per Internet oder Telefon. Ist unserem Angebot ein Überweisungsformular beigelegt, kommt der Versicherungsvertrag mit Zahlung des Beitrags zustande. Der Versicherungsvertrag beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn Sie den ersten Beitrag oder die erste Rate rechtzeitig gezahlt haben.

8.

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. 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,
- diese Belehrung,
 - das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
 - und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

ADAC Versicherung AG, Hansastraße 19, 80686 München, oder E-Mail: [service.vertragsaenderung\(at\)adac.de](mailto:service.vertragsaenderung(at)adac.de)

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/360 der Jahresprämie (siehe Versicherungsschein) pro Tag. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
5. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
6. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
7. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
8. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
9. Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
10. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

11. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
12. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
13. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
14. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
15. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

9. Der Vertrag hat eine Laufzeit von 1 Jahr und verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr.

10. Der gesamte Vertrag oder einzelne Vertragsbausteine der mitversicherten Personen können spätestens 1 Monat vor Vertragsablauf in Textform gekündigt werden. Nach einem Versicherungsfall können Sie oder wir den Vertrag in Textform kündigen. Es besteht auch das Recht, nur den Vertragsbaustein derjenigen mitversicherten Person zu kündigen, bei der der Versicherungsfall eingetreten ist. Wird bei einer versicherten Person eine dauernde Schwer- oder Schwerst-Pflegebedürftigkeit im Sinne der sozialen Pflegeversicherung oder eine Geisteskrankheit ärztlich festgestellt, können Sie den Vertrag rückwirkend zum Zeitpunkt der Feststellung in Textform kündigen.

11. Die Vertragsanbahnung unterliegt dem Recht der Bundesrepublik Deutschland.
12. Es gilt deutsches Recht. Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag können Sie entweder bei dem Gericht geltend machen, das für Ihren Wohnsitz oder für unseren Geschäftssitz örtlich zuständig ist. Wir können Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag ausschließlich bei dem Gericht geltend machen, das für Sie örtlich zuständig ist. Für den Fall, dass Sie Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb Deutschlands verlegt haben, oder Ihr Wohnsitz oder Ihr gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist, gilt das Gericht als vereinbart, das für unseren Geschäftssitz örtlich zuständig ist.

13. Der Vertrag und die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages werden in deutscher Sprache geführt.

Meinungsverschiedenheiten/Beschwerdemöglichkeiten

14. Sollten Sie einmal Grund zur Beschwerde haben, können Sie sich direkt an die Versicherung wenden. Bei Meinungsverschiedenheiten, die nicht mehr gemeinsam geklärt werden können, können Sie sich an die Ombudsfrau für Versicherungen wenden:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin

Informationen über die Ombudsfrau für Versicherungen, das Beschwerdeverfahren und weitere Kontaktmöglichkeiten finden Sie im Internet unter:

www.versicherungsombudsmann.de

15. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin):

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn

Email: [poststelle\(at\)bafin.de](mailto:poststelle(at)bafin.de)
Website: www.bafin.de

Eine Beschwerde kann ebenfalls an die BaFin gerichtet werden. Diese prüft, ob der Versicherer die vereinbarten Vertragsbedingungen und rechtlichen Vorgaben eingehalten hat. Einzelne Streitfälle kann die BaFin nicht verbindlich entscheiden.

Rechtsweg

Unabhängig von der Beschwerde haben Sie immer auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Tarif Erwachsener - Beitrag ab 66 Jahre (gilt nur für bestehende Verträge)					
Versicherungssumme		50.000 €	75.000 €	100.000 €	150.000 €
Beiträge für ADAC Mitglieder bei Erreichen der Altersgrenze (siehe Abschnitt 2, A. § 1 Ihrer Versicherungsbedingungen ADAC Unfallschutz Basis)					
Progression	Zahlungsweise				
225 %	Jahresbeitrag*	65,59 €	87,20 €	109,56 €	153,44 €
	Monatsbeitrag inkl. 5 % Zuschlag	5,74 €	7,63 €	9,59 €	13,42 €
	Jahresbeitrag inkl. 5 % Zuschlag	68,88 €	91,56 €	115,08 €	161,04 €
350 %	Jahresbeitrag*	82,18 €	109,25 €	137,28 €	192,28 €
	Monatsbeitrag inkl. 5 % Zuschlag	7,19 €	9,56 €	12,01 €	16,83 €
	Jahresbeitrag inkl. 5 % Zuschlag	86,28 €	114,72 €	144,12 €	201,96 €
500 %	Jahresbeitrag*	104,01 €	138,14 €	173,55 €	243,21 €
	Monatsbeitrag inkl. 5 % Zuschlag	9,10 €	12,09 €	15,19 €	21,28 €
	Jahresbeitrag inkl. 5 % Zuschlag	109,20 €	145,08 €	182,28 €	255,36 €
Beiträge für Kunden bei Erreichen der Altersgrenze (siehe Abschnitt 2, A. § 1 Ihrer Versicherungsbedingungen ADAC Unfallschutz Basis)					
Progression	Zahlungsweise				
225 %	Jahresbeitrag*	68,88 €	91,57 €	115,05 €	161,11 €
	Monatsbeitrag inkl. 5 % Zuschlag	6,02 €	8,01 €	10,07 €	14,10 €
	Jahresbeitrag inkl. 5 % Zuschlag	72,24 €	96,12 €	120,84 €	169,20 €
350 %	Jahresbeitrag*	86,29 €	114,72 €	144,16 €	201,91 €
	Monatsbeitrag inkl. 5 % Zuschlag	7,55 €	10,04 €	12,61 €	17,67 €
	Jahresbeitrag inkl. 5 % Zuschlag	90,60 €	120,48 €	151,32 €	212,04 €
500 %	Jahresbeitrag*	109,21 €	145,05 €	182,24 €	255,39 €
	Monatsbeitrag inkl. 5 % Zuschlag	9,56 €	12,70 €	15,95 €	22,35 €
	Jahresbeitrag inkl. 5 % Zuschlag	114,72 €	152,40 €	191,40 €	268,20 €

*zuzüglich Ratenzahlungszuschlag von 4 % bei vierteljährlicher Zahlweise bzw. 2 % bei halbjährlicher Zahlweise

Besondere Informationen und Versicherungsbedingungen

Inhaltsverzeichnis	Seite		Seite
Abschnitt 1: Allgemeine Bestimmungen	5	Abschnitt 3: Zusatzbedingungen Tarif Senior	9
I. Besondere Informationen	5	I. Besondere Informationen zum Tarif Senior	9
1. Worum geht es beim ADAC Unfallschutz Basis?	5	Worum geht es beim Tarif Senior?	9
2. Wer kann den ADAC Unfallschutz Basis abschließen?	5		
3. Wer ist nicht versicherbar?	5	II. Besondere Versicherungsbedingungen zum Tarif Senior	9
4. Weitere wichtige Informationen, die Sie auf jeden Fall vor Vertragsschluss wissen sollten	5	1. Einmalzahlung nach Unfall infolge schweren Herzinfarkts oder schweren Schlaganfalls	9
5. Welche Regelungen liegen Ihrem Vertrag zu Grunde?	5	§ 1 Einmalzahlung nach Unfall infolge schweren Herzinfarkts oder schweren Schlaganfalls	9
II. Versicherungsbedingungen (Stand 01.06.2018)	5		
A. Allgemeiner Teil	5	2. Einmalzahlung bei Oberschenkelhalsbruch oder Oberarmkopffraktur	9
§ 1 Was ist versichert?	5	§ 2 Erweiterter Unfallbegriff	9
§ 2 Was ist nicht versichert?	5	§ 3 Einmalzahlung bei Oberschenkelhalsbruch oder Oberarmkopffraktur	9
§ 3 Wer ist versichert?	6	§ 4 Invaliditätsleistung	9
§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsvertrag und wann müssen Sie den Beitrag zahlen?	6		
§ 5 Wann kann Ihr Versicherungsvertrag beendet werden?	6	Abschnitt 4: Zusatzbedingungen Tarif Kind	9
§ 6 Beitragsumstellung nach Beendigung der ADAC Mitgliedschaft	6	I. Besondere Informationen zum Tarif Kind	9
B. Service und Leistungen	6	1. Worum geht es beim Tarif Kind?	9
§ 7 Informationsservice	6	2. Für wen gelten die Zusatzbedingungen Tarif Kind?	9
§ 8 Organisation von Erstmaßnahmen	6		
§ 9 Beratungsservice	6	II. Besondere Versicherungsbedingungen zum Tarif Kind	9
§ 10 Vermittlung einer Pflegemöglichkeit	6	A. Allgemeiner Teil	9
§ 11 Haushaltshilfe und Kinderbetreuung	6	§ 1 Wann endet der Tarif Kind?	9
§ 12 Psychologische Ersthilfe	7	§ 2 Beitragsfreie Fortführung des Vertragsbausteins bei Tod des Versicherungsnehmers	9
§ 13 Fahrtraining	7	§ 3 Zum Unfallbegriff	9
§ 14 Sofortleistung bei schwerer Verletzung	7	§ 4 Abweichungen zu § 2 des Abschnitts 1.II.A.	9
§ 15 Personenbergung	7		
§ 16 Krankentagegeld (ambulant)	7	B. Service und Leistungen	9
§ 17 Krankenhaustagegeld (stationär) und Genesungsgeld	7	§ 5 Fahrtkosten	9
§ 18 Übergangsleistung	7	§ 6 Rooming-in bei Unfall des versicherten Kindes	9
§ 19 Behandlungskosten bei Tauchunfällen	7	§ 7 Progressive Invaliditätsstaffel	9
§ 20 Rooming-in	7		
§ 21 Kosmetische Operation	7	Abschnitt 5: Zusatzbaustein Hilfe- und Pflegeleistungen	10
§ 22 Medizinische Sporttherapie	7	I. Besondere Informationen zum Zusatzbaustein Hilfe- und Pflegeleistungen	10
§ 23 Unfallhilfeleistung	7	1. Worum geht es beim Zusatzbaustein Hilfe- und Pflegeleistungen?	10
§ 24 Invaliditätsleistung	7	2. Wer kann den Zusatzbaustein Hilfe- und Pflegeleistungen abschließen?	10
§ 25 Todesfallleistung	8		
§ 26 Überführung im Todesfall	8	II. Besondere Versicherungsbedingungen zum Zusatzbaustein Hilfe- und Pflegeleistungen	10
C. Abwicklung des Versicherungsfalles	8	§ 1 In welcher Form und wo erbringen wir die Leistungen?	10
§ 27 Wie muss die versicherte Person bei der Abwicklung eines Versicherungsfalles mitwirken (Obliegenheiten)?	8	§ 2 Wann beginnt und endet der Zusatzbaustein Hilfe- und Pflegeleistungen und wann müssen Sie den Beitrag bezahlen?	10
§ 28 Wann bekommen Sie von uns die Versicherungsleistung ausbezahlt?	8	§ 3 Was gilt, wenn Dritte ebenfalls zu Leistungen verpflichtet sind?	10
§ 29 Was passiert, wenn sich die Invalidität im Laufe der nächsten Jahre verändert?	8	§ 4 Organisation Grundpflege	10
D. Was für Sie sonst noch interessant sein könnte	8	§ 5 Anleitung zur häuslichen Pflege	10
		§ 6 Hausnotruf	10
Abschnitt 2: Zusatzbedingungen Tarif Erwachsener	8	§ 7 Menüservice	10
Besondere Versicherungsbedingungen zum Tarif Erwachsener	8	§ 8 Haushaltshilfe	10
A. Allgemeiner Teil	8	§ 9 Fahrdienste	10
§ 1 Wie ändert sich Ihr Beitrag bei Erreichen der Altersgrenze?	8	§ 10 Wie wird im Rahmen des Zusatzbausteins Hilfe- und Pflegeleistungen gehaftet?	10
B. Service und Leistungen	9		
§ 2 Progressive Invaliditätsstaffel	9	Anhang	11
		Fristenübersicht	11
		Berufsgruppenübersicht	11
		Progressionstabelle für die Invaliditätsleistung	12

I. Besondere Informationen

1. Worum geht es beim ADAC Unfallschutz Basis?

Bei einer Unfallverletzung helfen wir mit

- umfassenden individuellen Beratungs- und Betreuungsleistungen,
- umfangreichen finanziellen Leistungen, um die wirtschaftlichen Folgen des Unfalles zu mildern.

Unsere ADAC Unfallversicherungs-Spezialisten sind rund um die Uhr erreichbar, unabhängig davon, wo der Unfall passiert: im beruflichen und privaten Umfeld oder auch im (weltweiten) Ausland.

In einem ersten klärenden Gespräch analysieren wir die Situation, leiten notwendige Schritte in die Wege und zeigen mögliche Leistungsträger auf. Wenn finanzielle Ansprüche aus dem ADAC Unfallschutz Basis bestehen, werden wir diese unbürokratisch und schnell erfüllen.

Am besten ist es natürlich, ein Unfall passiert erst gar nicht. Wir haben daher auch Informationen und Angebote, wie man Unfälle vermeiden kann. Darüber hinaus stehen wir auch mit medizinischen Informationen rund um das Thema Reisen zur Seite.

Der ADAC Unfallschutz Basis ist eine Versicherung der ADAC Versicherung AG.

2. Wer kann den ADAC Unfallschutz Basis abschließen?

- Sie können den ADAC Unfallschutz Basis abschließen, wenn Sie und die mitversicherten Personen bei Vertragsabschluss noch nicht 76 Jahre sind.
- Für jede versicherte Person kann bei der ADAC Versicherung AG nur eine Unfallversicherung abgeschlossen werden.

3. Wer ist nicht versicherbar?

- Personen mit folgenden Berufen sind nicht versicherbar: Akrobaten, Artisten, Astronauten, Besatzungen von Gas- und Ölplattformen, Berufssportler, Berufstaucher, Dompoteure, Pyrotechniker, Sprengmeister und Stuntmen.
- Bei diesen Personen besteht von Anfang an kein Versicherungsschutz, auch wenn Sie den Beitrag bezahlt haben.
- Ein bestehender Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person nicht mehr im Sinne von Buchstabe a) versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung dieser Person.

Endet die Versicherung einer mitversicherten Person, können Sie den restlichen Vertrag kündigen. Sie müssen innerhalb eines Monats ab Zugang unserer Mitteilung über die Beendigung des Vertrages kündigen. Sie können bestimmen, dass Ihre Kündigung sofort oder später wirksam wird. Diese wird aber spätestens zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres wirksam.

Etwa zuviel gezahlte Prämien zahlen wir zurück.

4. Weitere wichtige Informationen, die Sie auf jeden Fall vor Vertragsschluss wissen sollten

- Als Vertragsbaustein gibt es den ADAC Unfallschutz Basis in den Tarifvarianten Erwachsener, Senior und Kind. Diese Tarife gibt es mit unterschiedlich hohen Versicherungssummen (50.000 €, 75.000 €, 100.000 €, 150.000 €). Bei den Tarifen Erwachsener und Kind kann zwischen den Progressionen 225 %, 350 % und 500 % gewählt werden. Die Tarife Erwachsener und Senior können noch um den Zusatzbaustein Hilfe- und Pflegeleistungen erweitert werden.
- Die einzelnen Vertragsbausteine der mitversicherten Personen können nur zusammen mit Ihrem Vertrag abgeschlossen werden. Sie können diese für sich allein oder gleichzeitig mit Ihrem Vertrag kündigen bzw. beenden. Eine Kündigung bzw. Beendigung Ihres Vertrages bei gleichzeitigem Fortbestehen der einzelnen Vertragsbausteine der mitversicherten Personen ist nicht möglich.
- Der ADAC Unfallschutz Basis ist ein Jahresvertrag. Dieser verlängert sich jeweils um 1 Jahr, sofern er nicht 1 Monat vor Ende des Versicherungsjahres in Textform gekündigt wird.
- Ist die versicherte Person am Unfalltag 76 Jahre oder älter, entfällt im Tarif Erwachsener bei der Invaliditätsleistung die Progression.
- Es gibt Unfälle und Gesundheitsschäden, bei denen wir keine Leistung erbringen. Lesen Sie bitte hierzu unbedingt § 2 des Abschnitts 1, II. A. der Versicherungsbedingungen.
- Unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen besteht kein Versicherungsschutz, wenn und soweit es uns auf Grund geltender gesetzlichen Bestimmungen verboten ist, Versicherungen bereit zu stellen oder Versicherungsleistungen zu erbringen. Insbesondere handelt es sich dabei um Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland. Das gleiche gilt für die durch die Vereinigten Staaten von Amerika erlassenen Sanktionen und Embargos, soweit diese mit europäischen oder deutschen Rechtsvorschriften vereinbar sind.
- Wenn die versicherte Person einen Beruf hat, in dem sie überwiegend körperlich arbeitet, mit ätzenden, giftigen, leichtentzündlichen oder explosiven Stoffen zu tun hat, im Vollzugsdienst bei der Feuerwehr, Polizei, bei der Bundespolizei arbeitet oder Soldat ist (Berufsgruppe B), wird bei einem berufsbedingten Unfall die errechnete Invaliditäts- und Todesfallleistung zu 70 % ausbezahlt. (Bitte beachten Sie dazu die Beispiele in der Berufsgruppenübersicht auf Seite 11.) Ein Berufsunfall liegt vor, wenn sich der Unfall während der Ausübung der beruflichen Tätigkeit ereignet hat. Unfälle auf dem Weg zur oder von der Arbeit sind hiervon nicht betroffen.

5. Welche Regelungen liegen Ihrem Vertrag zu Grunde?

- Die gegenseitigen Rechte und Pflichten regeln sich nach dem Versicherungsschein, den Besonderen Informationen und den Versicherungsbedingungen des ADAC Unfallschutz Basis.
- In diesen Vertragsbestimmungen und allen anderen Dokumenten wenden wir uns an alle Geschlechter (m/w/d). Soweit grammatikalisch männliche, weibliche oder neutrale Personenbezeichnungen verwendet werden, dient dies allein der besseren Lesbarkeit.

II. Versicherungsbedingungen

(Stand 01.06.2018)

A. Allgemeiner Teil

§ 1 Was ist versichert?

- Gegenstand der Versicherung
Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person. Dieser besteht während der Wirksamkeit des Vertrages weltweit und rund um die Uhr.
- Unfallbegriff
Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- Erweiterter Unfallbegriff
Als Unfall gelten auch durch erhöhte Kraftanstrengungen verursachte
– Schädigungen an Gliedmaßen,
– Verrenkungen eines Gelenks,
– Zerrungen oder Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern oder Kapseln.
Bandscheiben werden von dieser Regelung nicht erfasst.
Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung, deren Muskeleinsatz über die normalen Handlungen des täglichen Lebens hinausgeht. Maßgeblich für die Beurteilung des Muskeleinsatzes sind die individuellen körperlichen Verhältnisse der versicherten Person.
- Mitversichert sind auch:
 - tauchtypische Gesundheitsschäden (z. B. Caissonkrankheit).
 - Tod durch Ertrinken und Tod durch Erstickten unter Wasser.
 - Gesundheitsschäden durch Erfrierungen.
 - Gesundheitsschäden durch Vergiftungen infolge plötzlich ausströmender Gase und Dämpfe. Dies gilt auch, wenn die versicherte Person den Einwirkungen dieser Gase und Dämpfe durch unabwendbare Umstände mehrere Stunden lang ausgesetzt war. Ausgeschlossen bleiben die durch den Beruf an sich bedingten Schädigungen (Berufskrankheiten). Insbesondere bleiben auch Schädigungen ausgeschlossen, die durch die gewöhnliche Einnahme zustande kamen.
 - Gesundheitsschäden, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung (z. B. Notwehr) erleidet. Dies gilt auch für bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen erlittene Schäden.
 - Gesundheitsschäden durch gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhen. Dies gilt nur, wenn die versicherte Person daran nicht aktiv teilgenommen hat.
 - Gesundheitsschäden durch Vergiftungen infolge Einnahme flüssiger oder fester Stoffe durch den Schlund. Dies gilt nur, sofern der versicherten Person deren Schädlichkeit nicht bewusst war. Vergiftungen durch Nahrungsmittel sind ausgeschlossen.
- Einschränkungen unserer Leistungspflicht
Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen können wir keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen.
Bitte beachten Sie daher §§ 2, 24 und 25.

§ 2 Was ist nicht versichert?

Wir bieten der versicherten Person bei einem Unfall Hilfe, Rat und finanzielle Unterstützung. Es gibt aber bestimmte Umstände, bei denen wir keine Leistung erbringen:

- Ausgeschlossene Unfälle
Kein Versicherungsschutz besteht für:
 - Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen, auch aufgrund Drogeneinflusses.
Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist.
Ausnahmen:
 - Versicherungsschutz besteht jedoch bei Unfällen, die durch Herzinfarkt oder Schlaganfall ausgelöst wurden. Für die krankheitsbedingten Folgen erhält die versicherte Person keine weiteren Leistungen.
 - Versicherungsschutz besteht ferner bei Unfällen der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen, die durch
– Trunkenheit verursacht wurden. Sie sind versichert, wenn der Alkoholgehalt im Blut bei Lenkern von motorisierten Fahrzeugen unter 1,1 Promille, bei der Benutzung eines Fahrrades unter 1,6 Promille und in allen sonstigen Fällen unter 2,0 Promille lag.
– Einnahme von Medikamenten verursacht wurden. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass die Einnahme gemäß den Anweisungen des Arztes erfolgt ist. Eine entsprechende ärztliche Verordnung muss vorliegen.
Ebenso versichert ist, wenn Medikamente oder K.o.-Tropfen verabreicht wurden. Diese Verabreichung muss zwangsweise oder unbemerkt erfolgt sein.
 - Unfälle, die der versicherten Person bei dem Versuch oder der vorsätzlichen Durchführung einer Straftat zugestoßen sind.
 - Unfälle durch Kernenergie und Strahlen.
 - Unfälle durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse.
Ausnahme:
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend hiervon betroffen wurde.
Der Versicherungsschutz erlischt 14 Tage nach Ausbruch des Krieges oder Bürgerkrieges.
- Unfälle mit Luftfahrzeugen und Fluggeräten aller Art. Darunter fallen auch Luftsportgeräte wie z. B. Gleitschirme.
Ausnahme:
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person
– als Fluggast eines zugelassenen Flugunternehmens betroffen war;
– beim Kitesurfen oder Parasailing verunfallt ist;
- Unfälle bei der aktiven Teilnahme an motorsportlichen Wettbewerben oder Trainings. Voraussetzung ist, dass die Fahrzeuge nicht zugelassen oder nicht zulassungsfähig sind. Teilnehmer ist jeder Fahrer oder weitere Insasse des Fahrzeugs.
Ausnahme:
Fahrten mit Go-Karts in Kartcentern sind mitversichert,
– wenn die Go-Karts vom Kartcenter geliehen wurden,
– es sich um reine Freizeitfahrten handelte und
– diese nicht dem vereinsmäßigen Kartsport zuzurechnen waren.

2. Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht für:

- Schäden an Bandscheiben.
- Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.
- Gesundheitsschäden durch Infektionen.
Ausnahme:
Versicherungsschutz besteht jedoch bei:
 - Tollwut
 - Wundstarrkrampf
 - entzündlichen oder allergischen Reaktionen auf Insektenstiche.
- Impfschäden aufgrund angeordneter Massimpfungen.
Ausnahme:
Versicherungsschutz besteht jedoch für die Folgen von sonstigen Impfungen.
- Gesundheitsschäden durch krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
Ausnahme:
Versicherungsschutz besteht jedoch für psychische Störungen, wenn diese im Anschluss an einen Unfall eintreten. Dies gilt aber nur, wenn und soweit diese Störungen nachweislich auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung des Gehirns zurückzuführen sind.

3. Daneben gibt es auch noch bestimmte Umstände, bei denen lediglich einzelne Leistungen eingeschränkt sind. Bitte lesen Sie hierzu die §§ 24, 25.

§ 3 Wer ist versichert?

- Versichert sind Sie und die mitversicherten Personen, sofern diese versicherbar sind und Sie uns diese gemeldet haben. Versicherbar ist Ihr Ehepartner oder Lebenspartner in eingetragener Lebenspartnerschaft. Ebenso ist der nichteheliche Lebenspartner versicherbar, sofern dieser mit Ihnen nachweislich in häuslicher Gemeinschaft lebt. Zusätzlich sind auch Ihre minderjährigen Kinder und die Ihres Partners versicherbar.
- Ihre Kinder sind im ersten Lebensjahr automatisch beitragsfrei mitversichert, wenn sie während der Laufzeit des Vertrages geboren werden. Der Versicherungsschutz beinhaltet in diesem Fall eine Invaliditätsleistung gemäß § 24 mit einer Versicherungssumme in Höhe von 50.000 €. Zusätzlich ist eine Todesfallleistung gemäß § 25 in Höhe von 5.000 € enthalten. Schließen Sie das Kind beitragspflichtig in den Vertrag ein, gilt der beitragsfreie Versicherungsschutz bis zur Vervollendung des ersten Lebensjahres zusätzlich.
- Sie können den versicherten Personenkreis jederzeit auf Antrag erweitern. Für den Beginn des Versicherungsschutzes und die Beitragszahlung beachten Sie bitte § 4. Für das Ende des Versicherungsvertrages gilt § 5.
- Sobald die Voraussetzungen für die Versicherbarkeit wegfallen, endet die Versicherung dieser versicherten Person zur nächsten Hauptfälligkeit.
- Sie sind unser Versicherungsnehmer und damit unser Vertragspartner. Versicherte Person ist jeder, für den Sie Versicherungsschutz mit uns vereinbart haben. Nur Sie können die Rechte ausüben und die Ansprüche aus diesem Vertrag geltend machen. Wir zahlen Leistungen aus diesem Vertrag an Sie aus, auch wenn eine mitversicherte Person den Unfall erlitten hat.
- Alle Erklärungen zum Vertrag müssen in Textform erfolgen.

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsvertrag und wann müssen Sie den Beitrag zahlen?

- Der Vertrag beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt. Dieser steht in Ihrem Versicherungsschein. Voraussetzung ist aber, dass Sie den ersten Beitrag rechtzeitig bezahlen. Das bedeutet, Sie zahlen:
 - den Beitrag sofort bei Abschluss der Versicherung.
 - auf Rechnung und überweisen den Beitrag. Achten Sie in diesem Fall bitte darauf, dass Sie den Beitrag **innerhalb der genannten Frist** bezahlen. Ansonsten haben Sie von Anfang an keinen Versicherungsschutz, außer, Sie haben die verspätete Zahlung **nicht zu vertreten**.
Zahlen Sie nachträglich, beginnt der Versicherungsschutz erst ab Eingang des Beitrags bei uns.
 - im SEPA-Lastschriftverfahren: Achten Sie bitte in diesem Fall darauf, dass Ihre Bank die Lastschrift einlöst. Ansonsten beginnt der Versicherungsschutz erst ab Eingang des Beitrages bei uns, außer, Sie haben die verspätete Zahlung **nicht zu vertreten**.
- Die Folgebeiträge müssen Sie jeweils spätestens zum 1. des vereinbarten Beitragszeitraumes bezahlen. Bitte achten Sie auch hier auf die rechtzeitige Zahlung des Beitrages, da Sie sonst Ihren Versicherungsschutz gefährden.
- Ist die Zahlung des Jahresbeitrages in Raten vereinbart, gilt: Sind Sie mit der Zahlung einer Rate im Verzug, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig. Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlungen verlangen.
- Die Folgen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung richten sich nach den gesetzlichen Bestimmungen der §§ 37, 38 VVG.

§ 5 Wann kann Ihr Versicherungsvertrag beendet werden?

- Ordentliche Kündigung:
Die Vertragslaufzeit beträgt 1 Jahr. Der Vertrag verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, sofern er nicht spätestens 1 Monat vor Ablauf des Versicherungsjahres in Textform gekündigt wurde. Die Kündigung kann sich auf den gesamten Vertrag beziehen oder nur auf einzelne Vertragsbausteine der mitversicherten Personen.
- Außerordentliche Kündigung
 - Nach einem Versicherungsfall können Sie oder wir den Vertrag in Textform kündigen. Es besteht auch das Recht, nur den Vertragsbaustein derjenigen mitversicherten Person zu kündigen, bei der der Versicherungsfall eingetreten ist. In diesem Fall haben Sie oder wir das Recht den restlichen Vertrag zu kündigen. Die Kündigung muss spätestens 1 Monat nach dem Abschluss der Verhandlungen über die Leistungen zugehen. Unsere Kündigung wird 1 Monat nach ihrem Zugang wirksam. Sie selbst können bestimmen, dass Ihre Kündigung sofort oder später wirksam wird. Die Kündigung wird aber spätestens zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres wirksam.
Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages haben wir nur Anspruch auf den Teil des Beitrages, der dem Zeitraum des Versicherungsschutzes entspricht.
 - Bei einer versicherten Person wurde
 - eine dauernde Schwer- oder Schwerst-Pflegebedürftigkeit im Sinne der sozialen Pflegeversicherung oder
 - eine Geisteskrankheitärztlich festgestellt.

Sie können dann den Vertrag rückwirkend zum Zeitpunkt der Feststellung in Textform kündigen. Wir erstatten in diesem Fall den Beitrag für die betroffene Person ab dem Zeitpunkt der Feststellung, maximal jedoch für die letzten drei Jahre.

- Wenn Sie den Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir nach den gesetzlichen Bestimmungen des § 38 VVG kündigen.

§ 6 Beitragsumstellung nach Beendigung der ADAC Mitgliedschaft

- Endet Ihre ADAC Mitgliedschaft (z. B. durch Kündigung), können wir auf einen Tarif für Personen ohne ADAC Mitgliedschaft umstellen. Sie müssen den dafür gültigen Beitrag bezahlen. Die Anpassung des Beitrages erfolgt in diesem Fall mit Beginn des Versicherungsjahres, das auf die Beendigung Ihrer ADAC Mitgliedschaft folgt.
- Sie können den Versicherungsvertrag innerhalb einer Frist von einem Monat nach Zugang unserer Mitteilung zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem eine Beitragsanpassung nach Nr. 1 wirksam werden sollte. Die Beitragsanpassung wird nur wirksam, wenn wir Sie gleichzeitig über Ihr Kündigungsrecht in der Mitteilung belehrt haben.

B. Service und Leistungen

§ 7 Informationsservice

Auf Wunsch informieren wir

- über Maßnahmen zur Unfallverhütung in der Freizeit, auf Reisen und rund um Auto und Verkehr.
- vor einer Reise über vorgeschriebene oder empfohlene Schutzimpfungen für das Reise-land. Dabei berücksichtigen wir die Veröffentlichungen deutscher Gesundheitsbehörden sowie die Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation.
- vor einer Reise ins Ausland – soweit möglich – über Namen und Anschrift eines deutsch oder englisch sprechenden Arztes vor Ort. Ebenso benennen wir auch Krankenhäuser in der Nähe des Reiseziels.

§ 8 Organisation von Erstmaßnahmen

- Wenn die versicherte Person nach einer Unfallverletzung Hilfe benötigt, bieten wir ein erstes Beratungsgespräch in der akuten Notsituation an.
- Nach einer Unfallverletzung wird ein sofortiger stationärer Aufenthalt notwendig. Wir helfen – soweit erforderlich und möglich – bei der Koordination der akuten medizinischen Versorgung. Nach Möglichkeit leiten wir zusätzlich unaufschiebbare Sofortmaßnahmen im privaten häuslichen Bereich ein. Darunter fallen insbesondere
 - Kontaktaufnahme zu nahestehenden Personen.
 - Vermittlung einer Betreuungsperson für die eigenen Kinder unter 14 Jahre.
 - Vermittlung einer Betreuungsperson für pflegebedürftige oder hilflose Personen, die im eigenen Haushalt versorgt werden.
 - Vermittlung einer Betreuung für Haustiere.
- Gerne prüfen wir, ob es Leistungsträger für die Übernahme anfallender Kosten gibt.

§ 9 Beratungsservice

- Die versicherte Person hat sich bei einem Unfall verletzt. Bei Bedarf
 - benennen wir Fachkliniken und geeignete Reha-Kliniken in Deutschland. Wir helfen – soweit möglich – bei der Organisation der weitergehenden stationären Heil- und Reha-Maßnahmen.
 - ermitteln wir mögliche Leistungsträger für einen Verlegungstransport und organisieren diesen Transport.
 - benennen wir Anwälte in Deutschland. An diese kann sich die versicherte Person wenden, um verkehrs-, arbeits- oder sozialrechtliche Fragen in Zusammenhang mit dem Unfall zu klären.
- Nach einer Unfallverletzung der versicherten Person verbleibt eine Invalidität. Ergeben sich daraus Folgemaßnahmen, helfen wir mit folgenden Leistungen:
 - wir benennen Beratungsstellen für Wohnungs- oder Hausumbau in Deutschland. Sofern bei den von uns benannten Beratungsstellen Kosten entstehen, übernehmen wir diese einmalig bis zu 250 €.
 - wir beraten über Möglichkeiten, wie das Fahrzeug der versicherten Person speziell umgebaut werden kann. Bei Bedarf holen wir das Fahrzeug am Wohnort innerhalb Deutschlands ab.
Wir bringen es nach erfolgtem Umbau wieder zurück. Die Kosten des von uns durchgeführten Hol- und Bringservice bei einem Fahrzeugumbau übernehmen wir.
 - wir beraten über schulische und berufliche Maßnahmen zur Wiedereingliederung in Deutschland und vermitteln geeignete Ansprechpartner.
- Gerne prüfen wir, ob es Leistungsträger bezüglich Nr. 1 und Nr. 2c für die Übernahme anfallender Kosten gibt.

§ 10 Vermittlung einer Pflegemöglichkeit

Es ist eine unfallbedingte Pflegebedürftigkeit bei der versicherten Person eingetreten. Das bedeutet, dass sie nach einem Unfall körperlich nicht in der Lage ist, sich selbst zu Hause zu versorgen. Wir kümmern uns in Deutschland bei Bedarf um die Vermittlung einer Pflegemöglichkeit

- für die versicherte Person.
- für eigene minderjährige Kinder und pflegebedürftige Personen, die von der versicherten Person im eigenen Haushalt versorgt werden.
- für pflegebedürftige Angehörige. Diese müssen nicht im Haushalt der versicherten Person wohnen, jedoch regelmäßig von ihr versorgt werden.

§ 11 Haushaltshilfe und Kinderbetreuung

- Wir übernehmen nachgewiesene Kosten für eine Haushaltshilfe und Kinderbetreuung. Voraussetzung ist, dass
 - die den Haushalt versorgende versicherte Person wegen eines Unfalles verstorben ist oder sich in notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet und
 - im Haushalt der verunfallten Person mindestens ein Kind unter 14 Jahren lebt und versorgt wird.Die Kostenübernahme erfolgt insgesamt bis zu 100 € pro Tag, maximal bis zu 1.500 € je Unfallereignis. Die Leistung kann nur innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall in Anspruch genommen werden.

2. Voraussetzung dieser Leistung ist: Ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) ist nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht. Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten. Insgesamt leisten wir bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

§ 12 Psychologische Ersthilfe

1. Die versicherte Person ist direkt oder indirekt an einem Unfall beteiligt oder einer ihrer Angehörigen hatte einen Unfall.
2. Wenn die versicherte Person zur Verarbeitung dieses Unfallereignisses psychologische Hilfe benötigt, führen wir auf Wunsch eine erste psychologische Beratung durch. Sollte weitere Unterstützung notwendig sein, vermitteln wir in Deutschland wohnortnah einen Notfallpsychologen. Wir übernehmen dessen Kosten für ein erstes individuelles Unfallbewältigungsprogramm. Wenn die versicherte Person dafür einen eigenen Notfallpsychologen ihres Vertrauens aufsuchen will, übernehmen wir dessen Kosten bis zu 1.200 €. Die psychologische Ersthilfe erbringen wir in den ersten drei Monaten nach dem Unfall.
3. Die Leistung erbringen wir auch für einen nahen Angehörigen, der zur Verarbeitung des Unfallereignisses der versicherten Person psychologische Hilfe benötigt. Unter nahe Angehörige fallen alle versicherbaren Personen nach § 3 sowie Eltern und Geschwister.
4. Voraussetzung dieser Leistung ist: Ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) ist nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht. Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten. Insgesamt leisten wir bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

§ 13 Fahrtraining

1. Die versicherte Person fühlt sich auf Grund eines Unfallereignisses beim Führen eines Fahrzeuges unsicher. Wir benennen geeignete Fahrschulen in Deutschland, damit sie die Sicherheit im Straßenverkehr wieder gewinnt. Wir übernehmen die Kosten für 3 Fahrstunden.
2. Wird ein Fahrzeug speziell für die verunfallte Person umgebaut, organisieren wir bei Bedarf ein passendes ADAC Fahrsicherheits-Training. Ab einem verbleibenden Invaliditätsgrad von mehr als 25 % übernehmen wir auch die Kosten für dieses Training.

§ 14 Sofortleistung bei schwerer Verletzung

1. Hat die versicherte Person unfallbedingt eine der nachfolgend aufgeführten Verletzungen erlitten, zahlen wir eine Sofortleistung in Höhe von 3.000 €:
 - Querschnittslähmung: alle unfallbedingten Schädigungen des Rückenmarks
 - Amputation: mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand
 - Schwere Schädelhirnverletzung Grad III
 - Schwere Mehrfachverletzung:
 - gewebeerstörende Schäden an zwei inneren Organen der drei Körperhöhlen (Schädel-, Brust- und Bauchhöhle) oder
 - Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen: Fraktur des Beckens, Wirbelkörperfrakturen (außer Kreuzbein), gewebeerstörender Schaden eines inneren Organs
 - Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche
 - Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider AugenDie Leistung erfolgt unverzüglich nach zweifelsfreier Feststellung der Schwere der Verletzung durch einen von uns beauftragten Arzt.
2. Der Anspruch auf Sofortleistung muss spätestens vor Ablauf einer Frist von 3 Monaten nach dem Unfall geltend gemacht werden. Der Anspruch besteht nur, wenn der Tod nicht innerhalb von 24 Stunden nach dem Unfall eingetreten ist
3. Wir berufen uns bei der Sofortleistung nicht auf die Ausschlüsse in § 2. Die vorsätzliche Herbeiführung des Versicherungsfalles bleibt in jedem Fall ausgeschlossen.

§ 15 Personenbergung

1. Wird die versicherte Person nach einer Unfallverletzung von einem Rettungsdienst gesucht, gerettet oder geborgen, erstatten wir die hierbei angefallenen Kosten bis zu 10.000 €. Dies gilt auch bei einem vermuteten Unfall.
2. Wir erstatten die nachgewiesenen Kosten für den unfallbedingten Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus. Der Transport muss medizinisch notwendig sein.
3. Voraussetzung dieser Leistung ist: Ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) ist nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht. Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten. Insgesamt leisten wir bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

§ 16 Krankentagegeld (ambulant)

Die versicherte Person erleidet durch einen Unfall einen Knochenbruch oder einen Muskel-, Sehnen-, Bänder- oder Kapselriss. Diese Verletzung macht keine vollständige Heilbehandlung notwendig. Wir zahlen ein Krankentagegeld für die Dauer ihrer Arbeitsunfähigkeit in Höhe von 15 € pro Tag für maximal 10 Tage. Die Leistung kann nur innerhalb von 2 Jahren nach dem Unfall in Anspruch genommen werden. Die versicherte Person muss uns die Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch eine ärztliche Bescheinigung nachweisen. Steht die versicherte Person nicht in einem Arbeitsverhältnis, muss sie uns an Stelle der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung eine entsprechende ärztliche Bescheinigung vorlegen.

§ 17 Krankenhaustagegeld (stationär) und Genesungsgeld

1. Die Unfallverletzung der versicherten Person erfordert einen vollstationären Aufenthalt im Krankenhaus. Wir zahlen für die Dauer des Aufenthaltes pro Tag ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 15 € (siehe auch Nummer 3). Eine innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus angetretene vollstationäre Anschlussheilbehandlung ist ebenfalls versichert.
2. Die versicherte Person ist nach der Entlassung aus dem Krankenhaus weiterhin verletzungsbedingt krankgeschrieben. Wir zahlen ein Genesungsgeld in Höhe von 15 € pro Tag bis zum Ende ihrer Arbeitsunfähigkeit (siehe auch Nummer 3). Die versicherte Person muss uns die Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch eine ärztliche Bescheinigung nachweisen. Steht die versicherte Person nicht in einem Arbeitsverhältnis, muss sie uns an Stelle der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung eine entsprechende ärztliche Bescheinigung vorlegen.
3. Der Anspruch auf Krankentagegeld (ambulant) § 16, Krankenhaustagegeld (stationär) und Genesungsgeld ist insgesamt auf maximal 20 Tage beschränkt. Die Leistung kann nur innerhalb von 2 Jahren nach dem Unfall in Anspruch genommen werden.

§ 18 Übergangsleistung

1. Die versicherte Person muss auf Grund eines Unfalls unverzüglich in ein Krankenhaus. Wir bezahlen ab dem 21. vollstationären Krankenhaustag eine erste Übergangsleistung in Höhe von 500 €.
2. Ab dem 43. vollstationären Krankenhaustag bezahlen wir eine weitere Übergangsleistung in Höhe von 1.000 €.
3. Es muss sich jeweils um einen ununterbrochenen Krankenhausaufenthalt handeln. Eine voll- oder teilstationäre Anschlussheilbehandlung gilt als Aufenthalt im Krankenhaus. Dieser gilt auch als ununterbrochen, wenn die Anschlussheilbehandlung innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus angetreten wird. Die Unterbrechung rechnen wir nicht auf die Dauer des Krankenhausaufenthaltes an.

§ 19 Behandlungskosten bei Tauchunfällen

1. Bei einer unfallbedingten Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) Typ I und II erstatten wir die hierfür entstehenden Behandlungskosten bis maximal 10.000 €. Dies gilt auch für notwendige Druckkammerbehandlungen.
2. Voraussetzung dieser Leistung ist: Ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) ist nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht. Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten. Insgesamt leisten wir bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

§ 20 Rooming-in

Die versicherte Person befindet sich nach einer Unfallverletzung in vollstationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus. Ein naher Angehöriger übernachtet mit ihr im selben Krankenhauszimmer. Unter nahe Angehörige fallen alle versicherbaren Personen nach § 3 sowie Eltern und Geschwister. Wir übernehmen pro Übernachtung die Kosten der Unterkunft bis zu 50 €, für maximal 10 Tage.

§ 21 Kosmetische Operation

1. Nach Abschluss der Heilbehandlung benötigt die versicherte Person auf Grund einer unfallbedingten Verletzung eine kosmetische Operation. Wir übernehmen die Kosten bis zu 5.000 € für
 - a) medizinisch notwendige Untersuchungen, Behandlungen und Operationen;
 - b) damit verbundene stationäre Unterbringung;
 - c) Zahnbehandlung und Zahnersatz bei unfallbedingtem Verlust von Schneide- und Eckzähnen.
2. Die Operation muss innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall durchgeführt werden. Bei Minderjährigen muss der Eingriff erfolgen, bevor der Betroffene 21 Jahre wird.
3. Voraussetzung dieser Leistung ist: Ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) ist nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht. Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten. Insgesamt leisten wir bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

§ 22 Medizinische Sporttherapie

1. Nach einer Unfallverletzung der versicherten Person ist eine deutliche Einschränkung ihrer körperlichen Mobilität für mindestens 4 Wochen eingetreten. Zur Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit übernehmen wir die Kosten für eine erstmalige begonnene medizinische Sporttherapie. Die Kosten übernehmen wir bis zu einer Dauer von 6 Monaten, maximal 300 €. Als Nachweis dient der Aufnahmeantrag von einem physiotherapeutisch ausgerichteten Fitness-Studio. Die medizinische Sporttherapie muss innerhalb 1 Jahres nach dem Unfall begonnen werden und für die Rehabilitation medizinisch sinnvoll sein. Hierüber muss uns die versicherte Person eine ärztliche Bestätigung vorlegen.
2. Voraussetzung dieser Leistung ist: Ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) ist nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht. Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten. Insgesamt leisten wir bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

§ 23 Unfallhilfeleistung

1. Aufgrund einer Unfallverletzung muss die versicherte Person Zuzahlungen in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung zu medizinisch erforderlichen Hilfsmitteln leisten. Wir erstatten die Kosten der Zuzahlungen bis zu maximal 500 €. Voraussetzung hierfür ist, dass die Krankenversicherung einen Teil der Kosten für die Hilfsmittel übernimmt. Für Sehhilfen gibt es keine Erstattung. Der Leistungsbescheid der Krankenversicherung über die Höhe der Erstattung ist uns im Original vorzulegen.
2. Ein Arzt hat festgestellt, dass durch die Unfallverletzung eine Invalidität von mehr als 25 % verbleibt. Wir beteiligen uns an einem dadurch bedingten Fahrzeug-, Wohnungs- oder Hausumbau. Außerdem beteiligen wir uns an medizinisch erforderlichen Hilfsmitteln. Die Kosten übernehmen wir bis maximal 5.000 €.
3. Voraussetzung der Leistung nach Nr. 2 ist: Ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) ist nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht. Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten. Insgesamt leisten wir bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

§ 24 Invaliditätsleistung

1. Voraussetzungen:

Führt die Unfallverletzung der versicherten Person zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, besteht ein Anspruch auf Invaliditätsleistung. Die Invalidität muss innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall eingetreten sein. Spätestens innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall muss ein Arzt die Invalidität in Textform festgestellt haben. Innerhalb dieser 18 Monate muss die Invalidität uns gegenüber geltend gemacht werden. Bei Abschluss des Tarifs Senior ist § 4 des Abschnitts 3, II. zu beachten.
2. Berechnung der Leistung:
 - a) Die Höhe der Invaliditätsleistung richtet sich nach dem Grad der Invalidität und der vereinbarten Versicherungssumme.
 - b) 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.
 - c) Wenn die versicherte Person einen Beruf hat, in dem sie überwiegend körperlich arbeitet, mit ätzenden, giftigen, leichtentzündlichen oder explosiven Stoffen zu tun hat, im Vollzugsdienst bei der Feuerwehr, Polizei, bei der Bundespolizei arbeitet oder Soldat ist (Berufsgruppe B), wird bei einem berufsbedingten Unfall die errechnete

Invaliditätsleistung zu 70 % ausbezahlt. (Bitte beachten Sie dazu die Beispiele in der Berufsgruppenübersicht auf Seite 11.) Ein Berufsunfall liegt vor, wenn sich der Unfall während der Ausübung der beruflichen Tätigkeit ereignet hat. Unfälle auf dem Weg zur oder von der Arbeit sind hiervon nicht betroffen.

- d) Für den Verlust oder die Funktionsunfähigkeit bestimmter Körperteile oder Sinnesorgane gelten ausschließlich folgende feste Invaliditätsgrade der Gliedertaxe:

Gliedertaxe			
Arm	70 %	Fuß	40 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %	Eine große Zehe	5 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %	Eine andere Zehe	2 %
Hand	55 %		
Daumen	20 %	Kompletter Verlust Stimme	50 %
Zeigefinger	10 %	Ein Auge	50 %
Ring-, Mittel- oder kleiner Finger	5 %	Gehörverlust auf einem Ohr	30 %
		Geruchsverlust	10 %
		Geschmacksverlust	5 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %		
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %	Niere	15 %
Bein bis unterhalb des Knies	50 %	Milz	10 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %		

Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung wird der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes berechnet.

- e) Sind Körperteile oder Sinnesorgane nicht in der Tabelle aufgeführt, gilt: Der Invaliditätsgrad bemisst sich danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.
- f) Eine Vorinvalidität besteht, wenn Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt waren. Die Vorinvalidität wird in der gleichen Weise berechnet wie der Invaliditätsgrad. Der Invaliditätsgrad wird um diese Vorinvalidität gemindert.
- g) Haben Erkrankungen oder Gebrechen an den Unfallfolgen mitgewirkt, mindert sich der Prozentsatz des Invaliditätsgrades. Die Kürzung wird entsprechend dem Anteil der Erkrankung oder des Gebrechens vorgenommen. Beträgt dieser Anteil weniger als 50 %, verzichten wir auf diese Kürzung.
- h) Sind durch den Unfall mehrere Körperteile oder Sinnesorgane betroffen, werden die jeweiligen Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden aber nicht berücksichtigt.
- i) Verstirbt die versicherte Person
- innerhalb 1 Jahres nach dem Unfall auf Grund einer unfallfremden Ursache oder
 - später als 1 Jahr nach dem Unfall gleichgültig aus welcher Ursache,
- leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem auf Grund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre. Der Anspruch auf Invaliditätsleistung muss aber nach Nr. 1 bereits entstanden sein. Bezugsberechtigt für die Leistung sind in diesem Fall die Erben der versicherten Person, sofern nicht anders vereinbart. Sind die Erben bezugsberechtigt, ist zur Auszahlung die Vorlage des Erbscheins notwendig.
- j) Verstirbt die versicherte Person innerhalb 1 Jahres nach dem Unfall auf Grund der Unfallverletzung, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung. Es besteht nur ein Anspruch auf die Todesfallleistung nach § 25.

§ 25 Todesfallleistung

- Führt die Unfallverletzung der versicherten Person innerhalb von 12 Monaten zum Tode, bezahlen wir die Todesfallleistung in Höhe von 5.000 €.
- Ist der Todesfall während der Berufsausübung eingetreten, und hatte die versicherte Person in diesem Beruf überwiegend körperlich gearbeitet, mit ätzenden, giftigen, leichtentzündlichen oder explosiven Stoffen zu tun, war im Vollzugsdienst bei der Feuerwehr, Polizei, bei der Bundespolizei oder Soldat (Berufsgruppe B), wird die Todesfallleistung zu 70 % ausbezahlt. (Bitte beachten Sie dazu die Beispiele in der Berufsgruppenübersicht auf Seite 11.) Ein Berufsunfall liegt vor, wenn sich der Unfall während der Ausübung der beruflichen Tätigkeit ereignet hat. Unfälle auf dem Weg zur oder von der Arbeit sind hiervon nicht betroffen.
- Bezugsberechtigt für die Todesfallleistung sind die Erben der versicherten Person, sofern nicht anders vereinbart. Sind die Erben bezugsberechtigt, ist zur Auszahlung die Vorlage des Erbscheins notwendig.
- Haben Erkrankungen oder Gebrechen bei dem durch einen Unfall verursachten Tod mitgewirkt, mindert sich die Leistung entsprechend dem Anteil der Erkrankung oder des Gebrechens. Beträgt dieser Anteil weniger als 50 %, verzichten wir auf diese Kürzung.
- Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

§ 26 Überführung im Todesfall

- In Folge einer Unfallverletzung ist die versicherte Person innerhalb 1 Jahres in Deutschland verstorben. Wir organisieren die Überführung an den letzten Wohnsitz in Deutschland und übernehmen die hierfür notwendigen Kosten.
- Voraussetzung dieser Leistung ist: Ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) ist nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht. Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten.

C. Abwicklung des Versicherungsfalles

§ 27 Wie muss die versicherte Person bei der Abwicklung eines Versicherungsfalles mitwirken (Obliegenheiten)?

Es ist uns wichtig, dass wir der versicherten Person nach einem Unfall schnell und richtig helfen können. Dazu benötigen wir ihre Mitwirkung, indem sie uns gegenüber bestimmte Pflichten erfüllt.

Verletzt die versicherte Person vorsätzlich eine der nachfolgend genannten Pflichten, hat sie keinen Versicherungsschutz. Verletzt sie ihre Pflichten grob fahrlässig, sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben. Weist die versicherte Person nach, dass sie die Obliegenheiten nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Wir sind

zur Leistung verpflichtet, soweit die versicherte Person nachweist, dass die Pflichtverletzung weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn sie die Pflicht arglistig verletzt hat.

Um welche Pflichten handelt es sich hierbei?

- Die versicherte Person muss nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt,
 - unverzüglich einen Arzt hinzuziehen
 - seine Anordnungen befolgen und
 - uns unterrichten.
 Wir werden uns bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen nicht auf Obliegenheitsverletzung berufen. Dies gilt, wenn Sie den Arzt erst dann hinzugezogen haben, sobald Unfallfolgen erkennbar sind.
- Informieren Sie uns bitte unverzüglich über den Unfall. Teilen Sie uns alle Umstände des Unfalles vollständig und wahrheitsgemäß mit. Wir benötigen von Ihnen eine Schilderung des Unfalles in Textform mit geeigneten Nachweisen. Ein entsprechendes Unfallmeldeformular erhalten Sie von uns.
- Zur schnellen und problemlosen Abwicklung des Versicherungsfalles bedarf es der Entbindung von der Schweigepflicht zur Erteilung von Auskünften. Die versicherte Person muss daher behandelnde Ärzte, beteiligte Behörden und andere für die Abwicklung des Falles wichtige Stellen von ihrer Schweigepflicht entbinden. Voraussetzung ist, dass die Kenntnis der Daten für die Beurteilung der Leistungspflicht oder des Leistungsumfanges erforderlich ist. Ein entsprechendes Formular erhält die versicherte Person von uns.
- Im Schadensfall muss sich die versicherte Person auf unser Verlangen durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen.
- Wenn sich ein Verkehrsunfall mit Personenschaden ereignet hat, muss die versicherte Person unbedingt die Polizei hinzurufen. Ein Polizeiprotokoll ist uns zur Verfügung zu stellen.
- Ein unfallbedingter Todesfall ist uns innerhalb von 6 Monaten mitzuteilen, auch wenn der Unfall schon vorher gemeldet worden ist. Im Bedarfsfall können wir eine Obduktion veranlassen.
- Die geltend gemachten Leistungen belegen Sie uns durch geeignete Nachweise (z. B. Rechnungen im Original).

§ 28 Wann bekommen Sie von uns die Versicherungsleistung ausbezahlt?

- Sie haben uns alle Unterlagen zur Prüfung Ihres Versicherungsfalles eingereicht. Wir werden Ihnen so schnell wie möglich mitteilen, ob und in welcher Höhe wir leisten. Dies erfolgt spätestens nach 4 Wochen.
- Bei der Invaliditätsleistung beträgt diese Zeitspanne wegen der aufwendigen Prüfung bis zu 3 Monate. Die Invaliditätsleistung können Sie jedoch nicht vor Ablauf des 1. Jahres nach dem Unfall verlangen.

Aber auch schon vor der endgültigen Entscheidung über die Höhe unserer Leistung zahlen wir Ihnen auf Wunsch einen angemessenen Vorschuss. Diesen zahlen wir aus, wenn unsere Leistungspflicht dem Grunde nach feststeht.
- Sobald wir einen Anspruch auf finanzielle Leistung festgestellt haben, zahlen wir den Betrag innerhalb von 2 Wochen an Sie aus.
- Ansprüche auf Versicherungsleistung können ohne unsere ausdrückliche Zustimmung weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 29 Was passiert, wenn sich die Invalidität im Laufe der nächsten Jahre verändert?

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

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

Dieses Recht steht Ihnen und uns längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall zu. Bei Kindern bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von 3 auf 5 Jahre.

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

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

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits gezahlt haben, verzinsen wir den Mehrbetrag jährlich mit 5 %.

D. Was für Sie sonst noch interessant sein könnte

– Es gilt – soweit zulässig – deutsches Recht.

– Für den Vertrag und die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages kommt die deutsche Sprache zur Anwendung.

– Ansprüche aus Ihrem Vertrag können Sie entweder bei dem Gericht geltend machen, das für Ihren Wohnsitz oder für unseren Geschäftssitz örtlich zuständig ist. Wir können Ansprüche aus Ihrem Vertrag ausschließlich bei dem Gericht geltend machen, das für Sie örtlich zuständig ist. Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb Deutschlands verlegt haben, ist das für unseren Geschäftssitz örtlich zuständige Gericht vereinbart. Dies gilt auch, wenn Ihr Wohnsitz oder Ihr gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.

Abschnitt 2

Zusatzbedingungen Tarif Erwachsener

Wurde der Tarif Erwachsener abgeschlossen, gelten die nachfolgenden „Besonderen Versicherungsbedingungen“. Sofern diese keine Ergänzungen oder Abweichungen enthalten, gilt Abschnitt 1 – Allgemeiner Teil.

Besondere Versicherungsbedingungen zum Tarif Erwachsener

A. Allgemeiner Teil

§ 1 Wie ändert sich Ihr Beitrag bei Erreichen der Altersgrenze?

Ab dem 66. Geburtstag einer versicherten Person müssen Sie einen erhöhten Beitrag bezahlen. Die Anpassung des Beitrags erfolgt mit Beginn des Versicherungsjahres, das auf den 66. Geburtstag folgt. Sie können den Versicherungsvertrag innerhalb einer Frist von einem Monat nach Zugang unserer Mitteilung kündigen. Sie können zu dem Zeitpunkt kündigen,

zu dem die Anpassung des Beitrags wirksam werden sollte. Wenn eine mitversicherte Person die Altersgrenze von 66 Jahren erreicht, können Sie auch nur den Vertragsbaustein dieser mitversicherten Person kündigen. Die Umstellung des Beitrages wird nur wirksam, wenn wir Sie gleichzeitig über Ihr Kündigungsrecht in der Mitteilung belehrt haben.

B. Service und Leistungen

§ 2 Progressive Invaliditätsstaffel

1. Sie haben mit uns eine Invaliditätsleistung mit einer Progression von 225 %, 350 % oder 500 % vereinbart. Dies bedeutet, dass sich ab einem bestimmten Invaliditätsgrad die Versicherungsleistung überproportional erhöht.

Was bedeutet das im Einzelnen?

- Bis zu einem Invaliditätsgrad von 25 % erstatten wir den entsprechenden Prozentsatz der Versicherungssumme.
 - Jedes zusätzliche Prozent des Invaliditätsgrades zwischen 26 % und 50 % wird bei einer Progression von
 - 225 % verdoppelt.
 - 350 % verdreifacht.
 - 500 % verfünffacht.
 - Jedes zusätzliche Prozent des Invaliditätsgrades zwischen 51 % und 79 % wird bei einer Progression von
 - 225 % vervierfacht.
 - 350 % versechsfacht.
 - 500 % verneunfacht.
 - Ab einem Invaliditätsgrad von 80 % wird bei einer Progression von
 - 225 % das 2,25-fache,
 - 350 % das 3,5-fache,
 - 500 % das 5-facheder Versicherungssumme ausbezahlt.
2. Ist die versicherte Person am Unfalltag 76 Jahre oder älter, entfällt die Progression.
 3. Um Ihnen die Berechnung zu erleichtern, haben wir für Sie auf Seite 14 eine Berechnungstabelle und Beispiele vorbereitet.

Abschnitt 3

Zusatzbedingungen Tarif Senior

Wurde der Tarif Senior abgeschlossen, gelten die nachfolgenden „Besonderen Informationen und Versicherungsbedingungen“. Sofern diese keine Ergänzungen oder Abweichungen enthalten, gilt Abschnitt 1.

I. Besondere Informationen zum Tarif Senior

Worum geht es beim Tarif Senior?

Der Tarif Senior bietet der versicherten Person

- eine Einmalzahlung nach Unfall infolge schweren Herzinfarkts oder schweren Schlaganfalls sowie
- eine Einmalzahlung bei einem Oberschenkelhalsbruch oder einer Oberarmkopffraktur.

II. Besondere Versicherungsbedingungen zum Tarif Senior

1. Einmalzahlung nach Unfall infolge schweren Herzinfarkts oder schweren Schlaganfalls

§ 1 Einmalzahlung nach Unfall infolge schweren Herzinfarkts oder schweren Schlaganfalls

1. Wenn der Unfall durch einen schweren Herzinfarkt nach Nr. 2 oder einen schweren Schlaganfall nach Nr. 2 verursacht wird, erhält die versicherte Person einmalig 2.000 €. Für die krankheitsbedingten Folgen erhält die versicherte Person keine weiteren Leistungen. Für die Folgen des Unfalls bleiben die Leistungen der Unfallversicherung bestehen.
2. Ein schwerer Herzinfarkt liegt vor, wenn eine mindestens 48-stündige Beatmung stattgefunden hat. Ein schwerer Schlaganfall liegt vor, wenn eine dauerhaft komplette Halbsseitenlähmung eingetreten ist.

2. Einmalzahlung bei Oberschenkelhalsbruch oder Oberarmkopffraktur

§ 2 Erweiterter Unfallbegriff

Ein Oberschenkelhalsbruch oder eine Oberarmkopffraktur gelten als Unfall. In Abweichung von § 2 Nr. 1a) des Abschnitts 1, II. A. erkennen wir diese Verletzungen auch dann als Unfall an, wenn sie auf einer Bewusstseinsstörung beruhen. Dies gilt jedoch nicht, wenn die Bewusstseinsstörung auf Drogeneinfluss beruht.

§ 3 Einmalzahlung bei Oberschenkelhalsbruch oder Oberarmkopffraktur

Hat die versicherte Person einen Oberschenkelhalsbruch oder eine Oberarmkopffraktur erlitten, zahlen wir einmalig je 4.000 €. Der Anspruch muss innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfallereignis geltend gemacht werden.

§ 4 Invaliditätsleistung

In Abweichung von § 24 des Abschnitts 1, II. B. gilt Folgendes: Bei einem Oberschenkelhalsbruch bzw. bei einer Oberarmkopffraktur ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen.

Abschnitt 4

Zusatzbedingungen Tarif Kind

Wurde der Tarif Kind abgeschlossen, gelten die nachfolgenden „Besonderen Informationen und Versicherungsbedingungen“. Sofern diese keine Ergänzungen oder Abweichungen enthalten, gilt Abschnitt 1.

I. Besondere Informationen zum Tarif Kind

1. Worum geht es beim Tarif Kind?

Der Tarif Kind erweitert den ADAC Unfallschutz Basis um wichtige Zusatzleistungen und Leistungsverbesserungen für das versicherte Kind.

2. Für wen gelten die Zusatzbedingungen Tarif Kind?

Die Besonderen Informationen und Besonderen Versicherungsbedingungen zum Tarif Kind gelten, wenn Sie ein minderjähriges Kind mitversichert haben. Voraussetzung ist, dass das zu versichernde Kind bei Abschluss dieses Vertragsbausteins noch nicht 18 Jahre alt ist. Das Kind ist die versicherte Person. Sie sind unser Versicherungsnehmer und damit unser Vertragspartner.

II. Besondere Versicherungsbedingungen zum Tarif Kind

A. Allgemeiner Teil

§ 1 Wann endet der Tarif Kind?

Der Tarif Kind endet automatisch zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind 18 Jahre alt wird. Dies gilt nur, sofern der Vertragsbaustein nicht vorher beendet wurde.

§ 2 Beitragsfreie Fortführung des Vertragsbausteins bei Tod des Versicherungsnehmers

1. Voraussetzung
 - Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und
 - Sie bei Vertragsabschluss das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
 - Sie nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse gestorben sind und
 - die Versicherung nicht gekündigt wargilt das Folgende.
2. Dauer
 - Wir führen die Versicherung mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang beitragsfrei weiter. Die Versicherung endet zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet. Dies gilt nur, sofern die Versicherung nicht vorher beendet wurde.

§ 3 Zum Unfallbegriff

In Ergänzung von § 1 Nr. 4 des Abschnitts 1. II. A. sind folgende Ereignisse ebenfalls mitversichert:

- a) Sonnenbrand oder Sonnenstich.
- b) Verätzungen.
- c) Nahrungsmittelvergiftungen.

§ 4 Abweichungen zu § 2 des Abschnitts 1. II. A.

1. Fahren ohne Fahrerlaubnis
 - In Abweichung von § 2 Nr. 1b des Abschnitts 1. II. A. gilt Folgendes: Versicherungsschutz besteht jedoch bei Unfällen, die dem versicherten Kind durch das Führen eines Land- oder Wasserfahrzeugs zustoßen, wenn es
 - nicht im Besitz der gültigen Fahrerlaubnis ist und
 - keine weitere Straftat im Zusammenhang mit der Fahrt begangen hat.
2. Selbstgebaute Feuerwerkskörper
 - In Abweichung von § 2 Nr. 1b des Abschnitts 1. II. A. gilt Folgendes: Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn der Unfall durch Herstellung oder Gebrauch selbstgebauter Feuerwerkskörper passiert ist. Dies gilt nur, sofern das versicherte Kind mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt hat.

B. Service und Leistungen

§ 5 Fahrtkosten

1. Das versicherte Kind befindet sich unfallbedingt in vollstationärer Behandlung im Krankenhaus. Wir übernehmen die Kosten, die den nahen Angehörigen für die Fahrt ins Krankenhaus entstehen. Unter nahe Angehörige fallen alle versicherbaren Personen nach § 3 des Abschnitts 1, II. A. sowie Eltern, Großeltern und Geschwister. Wir übernehmen die Kosten für maximal 2 Fahrten pro Woche während eines Zeitraumes von 6 Monaten ab Unfall.
 - Eine Fahrt umfasst die Hin- und Rückfahrt zum Krankenhaus, wobei die einfache Strecke auf maximal 50 Kilometer begrenzt ist.
2. Darüber hinaus übernehmen wir die Kosten für die notwendigen Fahrten des verunfallten Kindes zu Betreuungs- und Bildungsstätten. Hierbei leisten wir für maximal 2 Wochen.
3. Im Rahmen der Kostenerstattung benötigen wir eine Bestätigung in Textform über die Anzahl der durchgeführten Fahrten.

§ 6 Rooming-in bei Unfall des versicherten Kindes

1. Das versicherte Kind befindet sich nach einer Unfallverletzung in vollstationärer Heilbehandlung. Ein naher Angehöriger übernachtet mit dem Kind im selben Zimmer. Unter nahe Angehörige fallen alle versicherbaren Personen nach § 3 des Abschnitts 1, II. A. sowie Eltern, Großeltern und Geschwister. Wir übernehmen pro Übernachtung die Kosten der Unterkunft bis zu 100 € für maximal 20 Tage.
2. Voraussetzung dieser Leistung ist: Ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) ist nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht. Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten. Insgesamt leisten wir bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

§ 7 Progressive Invaliditätsstaffel

1. Sie haben mit uns eine Invaliditätsleistung mit einer Progression von 225 %, 350 % oder 500 % für das versicherte Kind vereinbart. Dies bedeutet, dass sich ab einem bestimmten Invaliditätsgrad die Versicherungsleistung überproportional erhöht.

Was bedeutet das im Einzelnen?

 - Bis zu einem Invaliditätsgrad von 25 % erstatten wir den entsprechenden Prozentsatz der Versicherungssumme.
 - Jedes zusätzliche Prozent des Invaliditätsgrades zwischen 26 % und 50 % wird bei einer Progression von
 - 225 % verdoppelt.
 - 350 % verdreifacht.
 - 500 % verfünffacht.

- Jedes zusätzliche Prozent des Invaliditätsgrades zwischen 51 % und 79 % wird bei einer Progression von
 - 225 % vervierfacht.
 - 350 % versechsfacht.
 - 500 % verneunfacht.
 - Ab einem Invaliditätsgrad von 80 % wird bei einer Progression von
 - 225 % das 2,25-fache,
 - 350 % das 3,5-fache,
 - 500 % das 5-fache
 der Versicherungssumme ausbezahlt.
2. Um Ihnen die Berechnung zu erleichtern, haben wir für Sie auf Seite 12 eine Berechnungstabelle und Beispiele vorbereitet.

Abschnitt 5

Zusatzbaustein Hilfe- und Pflegeleistungen

Wurde der Zusatzbaustein Hilfe- und Pflegeleistungen abgeschlossen, gelten die nachfolgenden „Besonderen Informationen und Versicherungsbedingungen“. Sofern diese keine Ergänzungen oder Abweichungen enthalten, gelten Abschnitt 1 und je nach gewähltem Tarif zusätzlich Abschnitt 2 oder Abschnitt 3.

I. Besondere Informationen zum Zusatzbaustein Hilfe- und Pflegeleistungen

1. Worum geht es beim Zusatzbaustein Hilfe- und Pflegeleistungen?

Der Zusatzbaustein Hilfe- und Pflegeleistungen bietet wichtige Hilfeleistungen. Mit diesen helfen wir der versicherten Person nach einem Unfall, ihre Selbstständigkeit zu bewahren. Daneben unterstützen wir sie bei der Bewältigung des Alltags.

2. Wer kann den Zusatzbaustein Hilfe- und Pflegeleistungen abschließen?

- Den Zusatzbaustein Hilfe- und Pflegeleistungen können Sie nur zu einem **Tarif Erwachsener** oder **Senior** abschließen. Minderjährige Kinder können den Zusatzbaustein Hilfe- und Pflegeleistungen nicht abschließen.
- Jede Person kann den Zusatzbaustein Hilfe- und Pflegeleistungen nur einmal abschließen.

II. Besondere Versicherungsbedingungen zum Zusatzbaustein Hilfe- und Pflegeleistungen

§ 1 In welcher Form und wo erbringen wir die Leistungen?

- Wir erbringen die folgenden Leistungen in Form von Serviceleistungen: § 4 Organisation Grundpflege, § 5 Anleitung zur häuslichen Pflege, § 6 Hausnotruf, § 7 Menüservice, § 8 Haushaltshilfe und § 9 Fahrdienste. Wir organisieren diese und führen sie zusammen mit unseren Vertragspartnern durch.
- Die Serviceleistungen des Zusatzbausteins Hilfe- und Pflegeleistungen erbringen wir in Deutschland. Dies gilt unabhängig vom Unfallort.

§ 2 Wann beginnt und endet der Zusatzbaustein Hilfe- und Pflegeleistungen und wann müssen Sie den Beitrag bezahlen?

- Beginn, Ende und die Beitragszahlung richten sich nach den §§ 4, 5 des Abschnitts 1, II. A.
- Der Zusatzbaustein Hilfe- und Pflegeleistungen kann für sich allein oder gleichzeitig mit dem Tarif Erwachsener bzw. Senior gekündigt werden. Eine Kündigung des Tarifs Erwachsener bzw. Senior bei gleichzeitigem Fortbestehen des Zusatzbausteins Hilfe- und Pflegeleistungen ist nicht möglich.

§ 3 Was gilt, wenn Dritte ebenfalls zu Leistungen verpflichtet sind?

Voraussetzung der Leistung ist: Ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) ist nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht. Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten. Insgesamt leisten wir bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme

§ 4 Organisation Grundpflege

Nach einer Unfallverletzung organisieren wir bei Bedarf für die versicherte Person eine Grundpflege bis zu 4 Stunden täglich. Die Grundpflege umfasst in den Bereichen

- der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
- der Ernährung das mundgerechte Zubereiten und die Aufnahme der Nahrung,
- der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung.

Die hierbei entstehenden Kosten übernehmen wir bis zu 6 Wochen. Zur Geltendmachung ist die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung erforderlich. Diese Leistung erbringen wir innerhalb von 6 Monaten ab dem Unfall bzw. Entlassung aus der vollstationären Heilbehandlung.

§ 5 Anleitung zur häuslichen Pflege

Die versicherte Person war aufgrund einer Unfallverletzung zu einer vollstationären Behandlung im Krankenhaus. Anschließend ist die versicherte Person nicht in der Lage, die Verrichtungen des täglichen Lebens ohne fremde Hilfe zu erledigen. Sie bedarf daher der Pflege. Es steht ihr ein Angehöriger für die häusliche Pflege zur Verfügung. Wir organisieren einmalig eine ausgebildete Pflegekraft. Diese berät ihre Angehörigen und gibt Anleitung zur Pflege. Die hierbei entstehenden Beratungskosten übernehmen wir.

§ 6 Hausnotruf

- Ist die versicherte Person aufgrund einer Unfallverletzung hilfsbedürftig im Sinne der Nr. 2, organisieren wir einen Hausnotruf. Über diesen Hausnotruf ist eine Notrufzentrale 24 Stunden am Tag erreichbar. Wir übernehmen die hierfür anfallenden Kosten. Voraussetzung ist, dass in der Wohnung der versicherten Person die erforderlichen technischen Voraussetzungen (Strom- und Telefonanschluss) für die Installation vorhanden

sind. Die Leistung erbringen wir für die Dauer der Hilfsbedürftigkeit. Wir leisten für maximal 6 Monate ab dem Unfall bzw. ab Entlassung aus dem vollstationären Aufenthalt im Krankenhaus.

- Hilfsbedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person durch die Unfallverletzung in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist. Sie bedarf daher für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens Hilfe.

§ 7 Menüservice

- Ist die versicherte Person aufgrund einer Unfallverletzung hilfsbedürftig im Sinne der Nr. 2, organisieren wir für sie einen Menüservice. Wir übernehmen die hierfür anfallenden Kosten. Der Menüservice umfasst die Anlieferung von 7 Hauptmahlzeiten pro Woche. Die Leistung erbringen wir für die Dauer der Hilfsbedürftigkeit. Wir leisten maximal 6 Monate ab dem Unfall bzw. ab Entlassung aus dem vollstationären Aufenthalt im Krankenhaus. Hat sich ein Unfall im Sinne von § 1 Nr. 3 des Abschnitts 1, II. A. ereignet, erbringen wir diese Leistung für 3 Monate.
- Hilfsbedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person durch die Unfallverletzung in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist. Sie bedarf daher für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens Hilfe.

§ 8 Haushaltshilfe

- Die versicherte Person hat auf Grund eines Unfalles eine schwere Verletzung erlitten. Diese Verletzung ermöglicht es ihr nicht mehr, ihren Haushalt selbständig zu führen. Auch private Besorgungen sind nicht mehr möglich. Wir organisieren eine Haushaltshilfe und übernehmen die Kosten hierfür. Voraussetzung ist, dass ein Arzt auf Grund der Verletzung Hilfe im Haushalt verordnet hat. Dieses Attest ist uns im Original vorzulegen.
- Die Leistungen der Haushaltshilfe (Buchstabe a bis c) erbringen wir je nach Schwere der Verletzung insgesamt bis zu 10 Stunden pro Woche. Die maximale Leistungsdauer beträgt maximal 6 Monaten ab dem Unfall. Ist die versicherte Person auf Grund des Unfalles stationär im Krankenhaus, gilt diese Frist ab Entlassung aus dem Krankenhaus. Hat sich ein Unfall im Sinne von § 1 Nr. 3 des Abschnitts 1, II. A. ereignet, erbringen wir diese Leistung für 3 Monate.

Folgende Leistungen können im Rahmen der Haushaltshilfe in Anspruch genommen werden:

- Reinigen der Wohnung
Bei Bedarf wird der typische Lebensbereich innerhalb der Wohnung im üblichen Umfang gereinigt. Darunter fallen z. B. Wohn- und Schlafraum, Bad, Küche sowie Toilette.
- Einkäufe und Besorgungen
Soweit erforderlich, werden die allgemein üblichen Einkäufe und notwendigen Besorgungen im Umfang des täglichen Bedarfs gemacht. Hierzu zählen z. B.:
 - Tätigen und Einsortieren der Einkäufe
 - Besorgung von Arzneimitteln
 - Bank- und Behördengänge bei Vorliegen der entsprechenden Bevollmächtigung
 - Bringen von Wäsche zur Reinigung und deren Abholung.
 Die Kosten für Einkäufe und Besorgungen selbst werden nicht übernommen.
- Waschen und Pflegen der Kleidung und Wäsche
Bei Bedarf wird die Kleidung und Wäsche gewaschen und gepflegt. Hiervon umfasst sind:
 - das Waschen und Trocknen, das Bügeln und Ausbessern sowie das Sortieren und Einräumen der Kleidungs- und Wäschestücke und
 - die Pflege der Schuhe.

§ 9 Fahrdienste

- Die versicherte Person ist auf Grund eines Unfalles schwer verletzt. Sie muss deswegen zum Arzt, zur ambulanten Rehabilitation oder zur Physiotherapie. Wir übernehmen die Kosten für die Fahrt zum Behandlungsort. Bei Bedarf organisieren wir einen Fahrdienst. Dieser bringt sie dorthin und holt sie wieder ab. Wir übernehmen die Kosten hierfür. Voraussetzung ist, dass ein Arzt die ambulante Rehabilitation oder eine Physiotherapie verordnet hat. Eine entsprechende Bescheinigung ist uns in Kopie vorzulegen. Wir übernehmen auch die Fahrtkosten für Behördengänge, die aufgrund des Unfalls wahrgenommen werden müssen.
- Wir übernehmen die Kosten für maximal 2 Fahrten pro Woche während eines Zeitraumes von 6 Monaten ab Unfall. Ist die versicherte Person auf Grund des Unfalls stationär im Krankenhaus, gilt diese Frist ab Entlassung aus dem Krankenhaus. Hat sich ein Unfall im Sinne von § 1 Nr. 3 des Abschnitts 1, II. A. ereignet, erbringen wir diese Leistung für 3 Monate.
- Außerdem übernehmen wir bei einer schweren Verletzung auch die Kosten für einen Fahrdienst zu medizinischen Behandlungen, die nicht unfallbezogen sind. Sie müssen jedoch vor dem Unfall begonnen haben. Die Leistung ist auf maximal 5 Fahrten bis zu 6 Monate ab dem Unfall begrenzt. Ist die versicherte Person auf Grund des Unfalls stationär im Krankenhaus, gilt diese Frist ab Entlassung aus dem Krankenhaus.
- Eine Fahrt umfasst die Hin- und Rückfahrt zum Behandlungsort. Die einfache Strecke ist auf maximal 50 Kilometer begrenzt.
- Im Rahmen der Kostenerstattung benötigen wir eine Bestätigung in Textform über die Anzahl der durchgeführten Behandlungstermine und wahrgenommenen Behörden-gänge. Die Kosten für einen Fahrdienst übernehmen wir, wenn wir selbst diesen organisiert oder veranlasst haben.

§ 10 Wie wird im Rahmen des Zusatzbausteins Hilfe- und Pflegeleistungen gehaftet?

Wir haften nicht für Schäden, die auf einer fahrlässigen Pflichtverletzung beruhen. Es sei denn, dass dabei die wesentlichen Pflichten des Vertrages betroffen sind oder Körperschäden verursacht wurden.

Anhang

Fristenübersicht

Welche Fristen im Einzelnen bei dem ADAC Unfallschutz Basis zu beachten sind:

Vertrag

Altersbegrenzungen:

- Der Neuabschluss des ADAC Unfallschutz Basis ist unter 76 Jahren möglich.

Kündigung:

- Der ADAC Unfallschutz Basis kann spätestens 1 Monat vor Ablauf des Versicherungsjahres in Textform gekündigt werden.
- Nach einem Versicherungsfall kann der Vertrag in Textform außerordentlich gekündigt werden. Die Kündigung muss spätestens 1 Monat nach Abschluss der Verhandlungen über die Leistungen zugehen.

Leistungen

Haushaltshilfe und Kinderbetreuung:

- Die Leistung kann nur innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall in Anspruch genommen werden.

Psychologische Ersthilfe:

- Die Leistung erbringen wir in den ersten 3 Monaten nach dem Unfall.

Sofortleistung bei schwerer Verletzung:

- Die Leistung muss spätestens vor Ablauf einer Frist von 3 Monaten nach der Unfallverletzung geltend gemacht werden.

Krankentagegeld (ambulanz):

- Die Leistung kann nur innerhalb von 2 Jahren nach dem Unfall in Anspruch genommen werden.

Krankenhaustagegeld (stationär) und Genesungsgeld:

- Die Leistung kann nur innerhalb von 2 Jahren nach dem Unfall in Anspruch genommen werden.

Kosten für kosmetische Operation:

- Die kosmetische Operation muss innerhalb von 3 Jahren nach der Unfallverletzung durchgeführt werden.
- Bei Minderjährigen muss der Eingriff erfolgen, bevor der Betroffene 21 Jahre alt wird.

Medizinische Sporttherapie:

- Die medizinische Sporttherapie muss innerhalb 1 Jahres nach der Unfallverletzung begonnen werden.

Invaliditätsleistung:

- Die Invalidität muss innerhalb von 15 Monaten nach der Unfallverletzung eingetreten sein und spätestens nach 18 Monaten in Textform von einem Arzt festgestellt und beim Versicherer geltend gemacht werden.
- Verstirbt die versicherte Person innerhalb 1 Jahres nach dem Unfall aufgrund der Unfallverletzung, wird nur die Todesfallleistung ausgezahlt. Verstirbt die versicherte Person innerhalb 1 Jahres aufgrund unfallfremder Ursache oder später als 1 Jahr nach dem Unfall gleichgültig aus welcher Ursache, wird die Invaliditätsleistung ausgezahlt, die dem zuletzt festgestellten Invaliditätsgrad entspricht.

Neubemessung der Invalidität:

- Die Invalidität kann innerhalb von 3 Jahren (Kinder bis 15 Jahre innerhalb von 5 Jahren) nach einer Unfallverletzung neu beurteilt werden.

Todesfallleistung:

- Sollte der Tod innerhalb von 12 Monaten nach einer Unfallverletzung eintreten, besteht der Anspruch auf die Leistung.
- Der Tod auf Grund einer Unfallverletzung ist dem Versicherer innerhalb von 6 Monaten mitzuteilen.

Überführung im Todesfall:

- Die Überführung im Todesfall erfolgt, wenn die versicherte Person innerhalb 1 Jahres an den Folgen einer Unfallverletzung in Deutschland verstirbt.

Tarif Erwachsener

Progression bei der Invaliditätsleistung:

- Die Progression entfällt ab 76 Jahren.

Tarif Senior

Einmalzahlung bei Oberschenkelhalsbruch oder Oberarmkopffraktur:

- Der Anspruch muss innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfallereignis geltend gemacht werden.

Tarif Kind

Fahrtkosten:

- Wir übernehmen die Kosten für Fahrten zum Kind ins Krankenhaus während eines Zeitraumes von 6 Monaten ab dem Unfall.

Zusatzbaustein Hilfe- und Pflegeleistungen

Organisation Grundpflege:

- Wir leisten maximal 6 Monate ab dem Unfall bzw. Entlassung aus der vollstationären Heilbehandlung.

Hausnotruf:

- Wir leisten für maximal 6 Monate ab dem Unfall bzw. ab Entlassung aus dem vollstationären Aufenthalt im Krankenhaus.

Menüservice:

- Wir leisten maximal 6 Monate ab dem Unfall bzw. ab Entlassung aus dem vollstationären Aufenthalt im Krankenhaus. Hat sich ein Unfall im Sinne von § 1 Nr. 3 des Abschnitts 1, II. A. (erweiterter Unfallbegriff) ereignet, erbringen wir diese Leistung für 3 Monate.

Haushaltshilfe:

- Wir leisten maximal 6 Monate ab dem Unfall bzw. ab Entlassung aus dem vollstationären Aufenthalt im Krankenhaus. Hat sich ein Unfall im Sinne von § 1 Nr. 3 des Abschnitts 1, II. A. (erweiterter Unfallbegriff) ereignet, erbringen wir diese Leistung für 3 Monate.

Fahrdienste:

- Wir leisten maximal 6 Monate ab dem Unfall bzw. ab Entlassung aus dem vollstationären Aufenthalt im Krankenhaus.
- Hat sich ein Unfall im Sinne von § 1 Nr. 3 des Abschnitts 1, II. A. (erweiterter Unfallbegriff) ereignet, erbringen wir diese Leistung für 3 Monate (gilt nicht für Fahrten im Sinne von § 9 Nr. 3 des Abschnitts 5).

Berufsgruppenübersicht

Die Versicherungsbedingungen des ADAC Unfallschutz Basis unterscheiden bei der Berechnung der Invaliditätsleistung (§ 24) oder Todesfallleistung (§ 25) bei Berufsunfällen zwischen den Berufsgruppen A und B.

Der zum Zeitpunkt des Unfalles ausgeübte Beruf ist für die Einteilung in die Berufsgruppe maßgeblich. Entscheidend für die Einteilung in die Berufsgruppe A oder B ist die Tätigkeitsbeschreibung. Die aufgeführten Beispiele bei den Berufsgruppen A und B dienen der Veranschaulichung und sind nicht abschließend.

Berufsgruppe A

Tätigkeitsbeschreibung

- Berufe mit überwiegender Büro- oder Verwaltungstätigkeit
- Berufe mit leichten körperlichen Tätigkeiten

Beispiele: Apotheker, Architekten, Ärzte, Bäcker, Bankangestellte, Berufsberater, Beschäftigte in der Gastronomie und im Hotelgewerbe ausgenommen Küchenpersonal, Beschäftigte in sozialen Einrichtungen, Bildende Künstler, Buchhalter, Bürokaufleute, Dolmetscher, Drogisten, Eisenbahnschaffner, Friseure, Geisteswissenschaftler, Geistliche, Goldschmiede, Grafiker, Groß- und Einzelhandelskaufleute, Händler, Hausfrauen, Industriekaufleute, Informatiker, Ingenieure, IT-Fachleute, Journalisten, Lehrer, Mathematiker, Pflegepersonal, Physiker, Rechtsanwälte/Rechtsberater, Rechtspfleger, Richter und Staatsanwälte, Schriftsteller, Seelsorger, Speditionskaufleute, Steuerberater, Tierärzte in Kleintierpraxis, Unternehmensberater, Versicherungsangestellte, Verwaltungsfachleute, Wirtschaftsprüfer, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler

Gehört die versicherte Person zur Berufsgruppe A, wird die errechnete Invaliditäts- oder Todesfallleistung vollständig, d. h. zu 100 % ausbezahlt.

Berufsgruppe B

Tätigkeitsbeschreibung

- Beruf mit überwiegender körperlicher Tätigkeit
- Beruf, der Tätigkeiten mit ätzenden, giftigen, leichtentzündlichen oder explosiven Stoffen beinhaltet
- Beruf mit Tätigkeiten im Vollzugsdienst bei der Feuerwehr, Polizei oder bei der Bundespolizei
- Beruf mit Tätigkeiten im Militär

Beispiele: Asphaltbauer, Bauarbeiter, Bergarbeiter, Berufskraftfahrer, Beschäftigte auf Schiffen, Betonfertigteilbauer, Dachdecker, Drucker, Fleischer, Gerüstbauer, Gleisarbeiter und -bauer, Handwerker, Holzwarenfertiger, Installateure, Keramiker, Küchenpersonal, Kunststoffverarbeiter, Lagerarbeiter, Landwirte, Maschinisten, Maurer, Mechaniker, Metallbearbeiter, Personal im Rettungsdienst, Reinigungsberufe, Schauspieler, Schaussteller, Schlosser, Sicherheitspersonal, Soldaten, Sporttrainer, Tierärzte in Großtierpraxis, Werkzeugmacher, Zimmerer

Gehört die versicherte Person zur Berufsgruppe B, wird die errechnete Invaliditäts- oder Todesfallleistung zu 70 % ausbezahlt. Diese Leistungseinschränkung gilt nur bei Berufsunfällen. Für alle anderen Unfälle, wie z. B. Freizeit-, Reise- und Haushaltsunfälle wird die errechnete Invaliditäts- oder Todesfallleistung vollständig, d. h. zu 100 % ausbezahlt.

Nicht versicherbare Berufe

Nicht versicherbar – auch wenn der Beitrag bezahlt wird – sind Personen mit folgenden Berufen:

Akrobaten, Artisten, Astronauten, Besatzungen von Gas- und Ölplattformen, Berufssportler, Berufstaucher, Dompteure, Pyrotechniker, Sprengmeister und Stuntmen.

Die Nichtversicherbarkeit gilt bei dieser Personengruppe für alle Unfälle, nicht nur für Berufsunfälle.

Service

Überblick finanzielle Leistungen ADAC Unfallschutz Basis

ADAC Unfallschutz Basis

Kinder im ersten Lebensjahr: Invaliditätsleistung		bis zu 50.000 €
Kinder im ersten Lebensjahr: Todesfallleistung		5.000 €
Haushaltshilfe und Kinderbetreuung	bis zu 100 €/Tag,	bis zu 1.500 €
Psychologische Ersthilfe		bis zu 1.200 €
Sofortleistung bei schwerer Verletzung		3.000 €
Personenbergung		bis zu 10.000 €
Krankentagegeld (ambulant)	max. 10 Tage	15 €/Tag
Krankenhaustagegeld (stationär) und Genesungsgeld	max. 20 Tage	15 €/Tag
Übergangsleistung: ab dem 21. Tag		500 €
Übergangsleistung: ab dem 43. Tag		1.000 €
Behandlungskosten bei Tauchunfällen		bis zu 10.000 €
Rooming-in	max. 10 Tage	bis zu 50 €/Tag
Kosmetische Operation		bis zu 5.000 €
Medizinische Sporttherapie	max. 6 Monate	bis zu 300 €
Unfallhilfeleistung: medizinische Hilfsmittel		bis zu 500 €
Unfallhilfeleistung: Fahrzeug-, Wohnungs- oder Hausumbau		bis zu 5.000 €
Todesfallleistung		5.000 €

Zusätzliche finanzielle Leistungen im Tarif Erwachsener

Invaliditätsleistung		
Versicherungssumme (abhängig vom gewählten Versicherungsumfang)	bis zu	50.000 € 75.000 € 100.000 € 150.000 €
Progression (abhängig vom gewählten Versicherungsumfang)		225 % 350 % 500 %

Maximale **Invaliditätsleistung** abhängig vom gewählten Versicherungsumfang:
von 112.500 € (bei Versicherungssumme 50.000 € und 225 % Progression)
bis 750.000 € (bei Versicherungssumme 150.000 € und 500 % Progression)

Zusätzliche finanzielle Leistungen im Tarif Senior

Invaliditätsleistung Versicherungssumme (abhängig vom gewählten Versicherungsumfang)	bis zu	50.000 € 75.000 € 100.000 € 150.000 €
Einmalzahlung bei Oberschenkelhalsbruch oder Oberarmkopffraktur		4.000 €
Einmalzahlung nach Unfall infolge schweren Herzinfarkts oder schweren Schlaganfalls		2.000 €

Zusätzliche finanzielle Leistungen im Tarif Kind

Invaliditätsleistung		
Versicherungssumme (abhängig vom gewählten Versicherungsumfang)	bis zu	50.000 € 75.000 € 100.000 € 150.000 €
Progression (abhängig vom gewählten Versicherungsumfang)		225 % 350 % 500 %

Maximale **Invaliditätsleistung** abhängig vom gewählten Versicherungsumfang:
von 112.500 € (bei Versicherungssumme 50.000 € und 225 % Progression)
bis 750.000 € (bei Versicherungssumme 150.000 € und 500 % Progression)

Rooming-in bei Unfall des versicherten Kindes	max. 20 Tage	bis zu 100 €/Tag
---	--------------	------------------

Einzelheiten zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen zum ADAC Unfallschutz Basis. Bitte beachten Sie auch Seite 11.

Progressionstabelle für die Invaliditätsleistung

Bis zu einem Invaliditätsgrad von 25 % wird der entsprechende Prozentsatz der Versicherungssumme erstattet. Ab einem Invaliditätsgrad von 26 % erhöht sich die Leistung wie folgt:

Progression 225 %				Progression 350 %				Progression 500 %			
von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
26	27	54	91	26	28	54	124	26	30	54	186
27	29	55	95	27	31	55	130	27	35	55	195
28	31	56	99	28	34	56	136	28	40	56	204
29	33	57	103	29	37	57	142	29	45	57	213
30	35	58	107	30	40	58	148	30	50	58	222
31	37	59	111	31	43	59	154	31	55	59	231
32	39	60	115	32	46	60	160	32	60	60	240
33	41	61	119	33	49	61	166	33	65	61	249
34	43	62	123	34	52	62	172	34	70	62	258
35	45	63	127	35	55	63	178	35	75	63	267
36	47	64	131	36	58	64	184	36	80	64	276
37	49	65	135	37	61	65	190	37	85	65	285
38	51	66	139	38	64	66	196	38	90	66	294
39	53	67	143	39	67	67	202	39	95	67	303
40	55	68	147	40	70	68	208	40	100	68	312
41	57	69	151	41	73	69	214	41	105	69	321
42	59	70	155	42	76	70	220	42	110	70	330
43	61	71	159	43	79	71	226	43	115	71	339
44	63	72	163	44	82	72	232	44	120	72	348
45	65	73	167	45	85	73	238	45	125	73	357
46	67	74	171	46	88	74	244	46	130	74	366
47	69	75	175	47	91	75	250	47	135	75	375
48	71	76	179	48	94	76	256	48	140	76	384
49	73	77	183	49	97	77	262	49	145	77	393
50	75	78	187	50	100	78	268	50	150	78	402
51	79	79	191	51	106	79	274	51	159	79	411
52	83	ab 80	225	52	112	ab 80	350	52	168	ab 80	500
53	87			53	118			53	177		

Beispielberechnungen:

	Invaliditätsgrad gemäß Glieder-taxe	Pro-gression	Berechnungs-satz gemäß Progressi-ons-tabelle	Invaliditätsleistung bei Versicherungssumme			
				50.000 €	75.000 €	100.000 €	150.000 €
Verlust Daumen	20 %	bei 225 %	20 %*	10.000 €	15.000 €	20.000 €	30.000 €
		bei 350 %		10.000 €	15.000 €	20.000 €	30.000 €
		bei 500 %		10.000 €	15.000 €	20.000 €	30.000 €
Gehör-verlust auf einem Ohr	30 %	bei 225 %	35 %	17.500 €	26.250 €	35.000 €	52.500 €
		bei 350 %	40 %	20.000 €	30.000 €	40.000 €	60.000 €
		bei 500 %	50 %	25.000 €	37.500 €	50.000 €	75.000 €
			ohne Pro-gression	15.000 €	22.500 €	30.000 €	45.000 €
Amputa-tion Arm unterhalb Ellenbo-gen	60 %	bei 225 %	115 %	57.500 €	86.250 €	115.000 €	172.500 €
		bei 350 %	160 %	80.000 €	120.000 €	160.000 €	240.000 €
		bei 500 %	240 %	120.000 €	180.000 €	240.000 €	360.000 €
			ohne Pro-gression	30.000 €	45.000 €	60.000 €	90.000 €
Gehör-verlust auf einem Ohr und Verlust eines Auges	80 %	bei 225 %	225 %	112.500 €	168.750 €	225.000 €	337.500 €
		bei 350 %	350 %	175.000 €	262.500 €	350.000 €	525.000 €
		bei 500 %	500 %	250.000 €	375.000 €	500.000 €	750.000 €
			ohne Pro-gression	40.000 €	60.000 €	80.000 €	120.000 €

* Bis zu einem Invaliditätsgrad von 25 % erstatten wir den entsprechenden Prozentsatz der Versicherungssumme.

Ihr Kontakt zum ADAC Unfallschutz



ADAC Notrufnummer

☎ +49 89 76 76 76 (rund um die Uhr)

Vertragsservice

☎ +49 89 76 76 57 00

@ unfallschutz@adac.de

Reisemedizinische Informationen

☎ +49 89 76 76 77

Schadenservice

☎ +49 89 76 76 45 54

@ personen-versicherungen@adac.de

Schadenmeldung:

🌐 adac.de/schaden-melden

