



ADAC Unfallschutz **Exklusiv**

Inhalt	Seite
Pflichtinformationen	2
Datenschutzinformation ADAC Versicherung AG	3
Besondere Informationen und Versicherungsbedingungen	5
Besondere Informationen	6
Versicherungsbedingungen	6
Service	
Überblick finanzielle Leistungen	14
Progressionstabelle	14
Beispielrechnungen	14
Kontakt	15

Pflichtinformationen zum ADAC Unfallschutz **Exklusiv**

ADAC

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

Informationen zum Versicherungsunternehmen

1. Ihr Versicherer:
ADAC Versicherung AG
81362 München
Vorstand: Marion Ebentheuer (Vorsitzende),
Stefan Daehne, Claudia Tuchscherer, James Wallner
Aufsichtsratsvorsitzender: Mahbod Asgari Nejad
Rechtsform: Aktiengesellschaft mit Sitz in München
Eingetragen beim Amtsgericht München HRB 45842

2. Ladungsfähige Anschrift des Versicherers:
ADAC Versicherung AG
Hansastraße 19
80686 München
Vorstand: Marion Ebentheuer (Vorsitzende),
Stefan Daehne, Claudia Tuchscherer, James Wallner

3. Die ADAC Versicherung AG bietet als ihr Hauptgeschäft Schutzbriefleistungen sowie Reisekranken-, Reiserücktritts-, Privathaftpflicht-, Unfall- und Rechtsschutzversicherungen an.

Informationen zur angebotenen Leistung

4. Der ADAC Unfallschutz Exklusiv 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 Exklusiv. 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 Exklusiv.
5. 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.
6. 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

7. 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 beigefügt, 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 Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312 i Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches in Verbindung mit Artikel 246 c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche. 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@adac.de

Widerrufsfolgen

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

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

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.

Informationen zum Rechtsweg

14. Sollte es einmal zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Ihnen und dem **Versicherungsvermittler** kommen, die nicht mehr gemeinsam geklärt werden können, können Sie sich an folgende Schlichtungsstelle wenden:
Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
Weitere Kontaktmöglichkeiten finden Sie im Internet unter www.versicherungsombudsmann.de
Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.
15. Die ADAC Versicherung AG nimmt nicht an einem Streitbelegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle nach dem Verbraucherstreitbeilegungsgesetz teil.
16. Sollte es einmal zu Meinungsverschiedenheiten kommen, die wir nicht mehr gemeinsam klären können, haben Sie die Möglichkeit, sich an die staatliche Aufsichtsbehörde für Versicherungen zu wenden:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

Datenschutzinformation ADAC Versicherung AG



Die ADAC Versicherung AG, Hansastraße 19, 80686 München (nachfolgend „wir“ oder „uns“ oder „ADAC Versicherung AG“) ist ein deutsches Versicherungsunternehmen und ein Unternehmen der ADAC SE.

Im Zusammenhang mit dem Versicherungsgeschäft verarbeiten wir personenbezogene Daten von Versicherten, Antragstellern oder weiteren Personen (nachfolgend „betroffene Person“ oder „Betroffener“). Dies macht uns zum „Verantwortlichen“ für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten der Betroffenen.

Sollten Sie darüber hinaus Fragen zum Datenschutz im Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsverhältnis haben, kontaktieren Sie unseren Datenschutzbeauftragten:

ADAC SE
Datenschutzbeauftragter
Hansastraße 19
80686 München
Fax: (0 89) 76 76 53 62// E-Mail: dsb-mail@adac.de

1. Arten und Quellen personenbezogener Daten

1.1. Antrag und Abschluss Versicherungsschutz

Soweit Sie bei uns einen Antrag auf Versicherungsschutz stellen oder diesen abschließen, verarbeiten wir Ihre Anrede, Vorname, Name, Anschrift und Geschlecht. Sie können uns mit Ihrem Antrag oder während der Dauer des Versicherungsverhältnisses auch freiwillig Ihre E-Mail-Adresse und/oder Ihre Telefonnummer mitteilen, (gemeinsam „Stammdaten“).

Wir erheben unmittelbar von Ihnen auch: Ihre Abrechnungs- und Bezahldaten, (gemeinsam „Zahlungsdaten“);

Ihre Stamm- und Zahlungsdaten sind dabei für den Abschluss der Versicherungspolice erforderlich. Wir ordnen Ihnen eine Versichertennummer zu, sofern Sie kein ADAC Mitglied sind, wenn Sie eine Versicherungspolice abschließen. Ansonsten ist Ihre ADAC Mitgliedsnummer auch Ihre Versichertennummer.

1.2. Freiwillige Angaben

Sie können uns mit Ihrem Antrag oder während Ihres Versicherungsschutzes auf freiwilliger Basis zusätzlich folgende Daten mitteilen:

- Telefonnummer
- Tarifvoraussetzungen (z.B. Mitarbeiterstatus, Nachweis Schwerbehinderung, Nachweis Ausbildung, Familienverbindungen)

1.3. Daten Dritter

Soweit Sie uns etwa im Rahmen Ihres Versicherungsverhältnisses personenbezogene Daten Dritter (z.B. Angehörige, Geschädigte) mitteilen, verarbeiten wir auch diese Daten. Wenn Sie uns personenbezogene Daten anderer Privatpersonen übermitteln, haben Sie diese Personen über ihre Rechte in Bezug auf die personenbezogenen Daten zu informieren. Sie sind auch dafür verantwortlich, die Zustimmung dieser Personen einzuholen (wenn Sie nicht selbst die Zustimmung in deren Namen geben dürfen), soweit eine Zustimmung gesetzlich vorgeschrieben ist.

Soweit Sie uns Daten als Dritter mitteilen, verarbeiten wir auch diese personenbezogenen Daten.

1.4. Leistungsbezogene Daten

Soweit Sie uns bei der Geltendmachung von Leistung oder Ansprüchen/Schäden im Rahmen Ihres Versicherungsschutzes weitere Daten mitteilen bzw. Dienste in Anspruch nehmen, verarbeiten wir auch diese Daten (gemeinsam „Leistungsbezogene Daten“) zu diesen Zwecken.

Andernfalls kann die Leistung oder der Anspruch/die Schadensabwicklung nicht erbracht werden.

1.5. Sensible Daten

Unter bestimmten Umständen können wir besondere Kategorien personenbezogener Daten (nachfolgend: „sensible personenbezogene Daten“) über Sie anfordern und/oder erhalten. Beispielsweise könnten wir, falls es relevant ist, Zugriff auf Informationen über Ihre Gesundheit benötigen, um Ansprüche zu bearbeiten, die Sie erheben.

1.6. Weitere Datenquellen

Die ADAC Versicherung AG verarbeitet Adressdaten, die aus Quellen externer Dienstleister stammen zur Aktualisierung des Adressbestandes sowie zur Gewährleistung der Richtigkeit der Stammdaten zu Vertragsabwicklungszwecken.

2. Verarbeitungszwecke und Rechtsgrundlagen

2.1. Begründung, Durchführung und Beendigung des Versicherungsvertrags

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, verarbeiten wir Ihre Stamm- und Zahlungsdaten für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z.B. zur Policierung oder Rechnungsstellung.

Leistungsbezogene Daten benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist. Rechtsgrundlage für die Verarbeitungen ist Art. 6 Abs. 1 b DSGVO.

Soweit sensible Daten (gem. Art. 9 Abs. 1 DSGVO, insbesondere Gesundheitsdaten) zur Durchführung der Leistungen oder Ansprüche/Schadensabwicklungen der Versicherungen verarbeitet werden müssen, werden wir von der betroffenen Person vorab zusätzlich eine Einwilligung einholen.

Falls erforderlich, werden wir Ihre Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen, Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erheben und entsprechend eine Schweigepflichtentbindung einholen müssen (Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO i.V.m. § 213 VVG).

Die Einholung der Einwilligung sowie der Schweigepflichtentbindung erfolgt über das Dokument „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“.

2.2. Rechtliche Verpflichtung

Wir verarbeiten Ihre Stamm- und Zahlungsdaten zur Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung sind die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

2.3. Berechtigte Interessen

Im Zusammenhang mit folgenden Zwecken zur Erfüllung berechtigter Interessen der ADAC Versicherung AG und Dritter verarbeiten wir Ihre Stammdaten, Zahlungsdaten sowie leistungsbezogene Daten auf der Rechtsgrundlage von Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO.

- zur Netz- und Informationssicherheit und Gewährleistung des IT-Betriebs
- zur Gesamtbetrachtung Ihrer Kundenbeziehung zu den Unternehmen der ADAC SE
- zwecks Risikoprüfung oder -beurteilung zur Risikoverminderung und -vermeidung sowie Kostensicherheit
- zur Erkennung, Verhinderung und Aufklärung von Betrug, Straftaten und Revisionsrisiko zum Schutz vor Leistungsmissbrauch; insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können
- zwecks zentralisierter Bearbeitung zur Arbeitsteilung und Effizienzsteigerung
- zur Bearbeitung rechtlicher oder anderer Anliegen (einschließlich potentieller Anliegen), die aus Ihrem Versicherungsverhältnis entstehen zur Rechtsverfolgung (gerichtliche Mahnverfahren und Klageverfahren) oder zur Abwehr von Ansprüchen
- zwecks Provision zur Vertriebsabwicklung
- zwecks Markt- und Meinungsforschung zur Erfüllung des wirtschaftlichen Eigeninteresses sowie Weiterentwicklung von Produkten.

Ihre personenbezogenen Daten verarbeiten wir zur Erstellung versicherungsspezifischer Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Soweit zur Erstellung der Statistiken besondere Kategorien personenbezogener Daten verarbeitet werden, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i.V.m. § 27 BDSG. Die Daten aller mit einer ADAC Gesellschaft bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung, hinsichtlich einer Vertragsanpassung oder -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Wir verarbeiten Ihre Daten zur Verkaufsförderung sowie Bekanntmachung neuer Produkte zwecks Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der ADAC SE und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Marktforschung und Werbung jederzeit ohne Angabe von Gründen zu widersprechen, mit der Folge, dass Ihre personenbezogenen Daten nicht länger zu diesen Zwecken verarbeitet werden.

Ihren Widerspruch können Sie jederzeit per Post, Fax oder E-Mail an uns richten.

Anschrift: ADAC e.V., Mitgliederservice, Hansastraße 19, 80686 München,
Fax (089) 7676 6346 oder E-Mail: service@adac.de

- Kennwort „Werbewiderspruch“ und/oder
- Kennwort „Profiling/Data Warehouse“

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, widersprechen. Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten dann nicht mehr, es sei denn,

- wir können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen oder
- die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen oder
- im Falle der Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben – soweit die Verarbeitung der Erfüllung einer im öffentlichen Interesse liegenden Aufgabe erforderlich ist.

Ihren Widerspruch können Sie jederzeit per Post, Fax oder E-Mail an uns richten.

Anschrift: ADAC e.V., Mitgliederservice, Hansastraße 19, 80686 München,
Fax (089) 7676 5104 oder E-Mail: mb2-datenschutz@adac.de

- Kennwort „Widerspruch/Berechtigte Interessen“

3. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

3.1. Rückversicherer

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei spezialisierten Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadensdaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang.

3.2. Vermittler

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Stamm- und Zahlungsdaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

3.3. Unternehmensgruppe

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in ADAC SE verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch

ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In der Übersicht der Dienstleister der ADAC Versicherung AG im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.adac.de/datenschutz finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

3.4. Externe Dienstleister

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht der Dienstleister der ADAC Versicherung AG im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.adac.de/datenschutz entnehmen.

3.5. Weitere Empfänger

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z.B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

4. Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

5. Betroffenenrechte

Neben dem Recht auf Widerspruch gem. Ziff. 2 können Sie unter der o.g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

6. Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten zu wenden. Daneben haben Sie das Recht auf Beschwerde bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist: Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)
Postfach 1349
91504 Ansbach

7. Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an weisungsgebundene Dienstleister außerhalb der EU bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt eine Verarbeitung Ihrer Daten in Drittstaaten nur auf Grundlage sogenannter Standarddatenschutzklauseln der EU-Kommission, soweit durch bestimmte Maßnahmen sichergestellt ist, dass hierfür ein angemessenes Datenschutzniveau besteht (z.B. Angemessenheitsbeschluss der EU-Kommission oder sog. geeignete Garantien, Art. 44ff. DSGVO).

8. Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Die von Ihnen im Laufe der Antragstellung erteilten Angaben nehmen wir als Grundlage für eine automatisierte Entscheidung über das Zustandekommen des Versicherungsvertrages. Ihnen steht das Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person seitens des Verantwortlichen, auf Darlegung des eigenen Standpunktes und auf Anfechtung der Entscheidung zu.

Anhang Datenschutzhinformerung

Dienstleisterliste

Betroffene Gesellschaften, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung der Stammdaten teilnehmen

ADAC e. V., ADAC Versicherung AG, ARISA S.A., ADAC Autoversicherung AG

Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags

ADAC Regionalclubs / ADAC Vertriebsstellen
GKS (Gesellschaft für Kommunikationsservice mbH, 94036 Passau)
ACS (ADAC Customer Service GmbH, 45147 Essen)
ADAC IT Service GmbH, 80686 München
ADAC RSR GmbH, 80686 München
Deutsche Anwaltshotline AG, 90443 Nürnberg
e.Consulting AG

Entgegennahme von Willenserklärungen, Vertragsabschlüsse,
Beratung, Aktualisierung von Stammdaten;
GKS zusätzlich Leistungsfallbearbeitung
IT Dienstleistungen
Schadenregulierung Rechtsschutz
Rechtservices und Rechtsgeneratoren
IT-Unterstützungsleistungen

Kategorien von Dienstleistern, bei denen die Verarbeitung von personenbezogenen Daten nur gelegentlich stattfindet und Auftragnehmer, die nur gelegentlich tätig werden

Personentransport	Unternehmen, die den Personentransport durchführen
<ul style="list-style-type: none"> bodengebundener Transport Lufttransport medizinisches Begleitpersonal Rückführung im Todesfall 	
Assistance	Fallaufnahme, Deckungsprüfung, Leistungsorganisation, Leistungsbearbeitung
<ul style="list-style-type: none"> ANS (Auslandsnotrufstationen) DLC (Dienstleistungs-Center Halle GmbH, 06110 Halle/Saale) MTTS (Medizinischer Transport- und Touristikservice GmbH, 18209 Bad Doberan) Externe Ärzte Assistance weltweit (Provider) 	
Krankenhäuser	Cost Containment, Plausibilitätsprüfung, Abklärung weiterer Leistungsverlauf
ambulante Praxen	Abklärung weiterer Leistungsverlauf
andere Versicherer	Abklärung Kostenübernahme, Regress, Kostenbeteiligung
Lotse	Durchführung von Transportleistung
Medikamenten-/Brillenversand	Bereitstellung des Medikamentes oder der Brille, Kurierdienst
<ul style="list-style-type: none"> Apotheken Optiker Kurierdienste 	
Inkassounternehmen	Forderungseinzug
Sachverständige/Gutachter	Prüfung eingereicherter Schadenunterlagen, Erstellung von medizinischen und technischen Gutachten
Dienstleister für Hilfe- und Pflegeleistungen	Durchführung der Hilfe- und Pflegeleistungen

Besondere Informationen und Versicherungsbedingungen

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

I. Besondere Informationen

1. Worum geht es beim ADAC Unfallschutz Exklusiv?

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 Exklusiv 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 Exklusiv ist eine Versicherung der ADAC Versicherung AG.

2. Wer kann den ADAC Unfallschutz Exklusiv abschließen?

- Sie können den ADAC Unfallschutz Exklusiv abschließen, wenn Sie und die mitversicherten Personen bei Vertragsschluss 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, Dompteure, 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.

Etwas 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 Exklusiv 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 Exklusiv 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 10.) 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 Exklusiv.
- 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 oder Eigenbewegungen verursachte
– Schädigungen an Gliedmaßen,
– Verrenkungen eines Gelenks,
– Zerrungen oder Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken.
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 unfreiwillig erlittenen Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug. Dies gilt jedoch nicht, wenn der erlittene Entzug auf einem Krankheitszustand beruht. Ebenso ist nicht versichert, wenn trotz ärztlicher Behandlung die Aufnahme von Flüssigkeiten, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff vom Körper verweigert wird.
 - 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 Einatmung 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 (z. B. Vergiftungen durch Nahrungsmittel). Dies gilt nur, sofern der versicherten Person deren Schädlichkeit nicht bewusst war.
- 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
– epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle,
– 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. Bei Bewusstseinsstörungen, die infolge von Trunkenheit beim Lenken von Kraftfahrzeugen vorlagen, jedoch nur dann, wenn der Alkoholgehalt im Blut unter 1,1 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.
Ausnahme:
Versicherungsschutz besteht jedoch bei Gesundheitsschäden durch Röntgen-, Laser- und Maserstrahlen (z. B. Mikrowelle). Versichert sind auch Schäden durch künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen sowie energiereiche Strahlen mit einer Härte bis 100 Elektronenvolt.
Diese Ausnahme gilt nicht für Berufskrankheiten und Schäden als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten.

- d) 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.
- e) 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.
- f) 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:
- a) Schäden an Bandscheiben.
b) Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.
c) Gesundheitsschäden durch Infektionen.
Ausnahme:
Versicherungsschutz besteht jedoch bei:
– Tollwut
– Wundstarrkrampf
– Wundinfektionen nach Bagatellschäden
– entzündlichen oder allergischen Reaktionen auf Insektenstiche
– folgenden Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden: Borreliose, Denguefieber, Fleckfieber, Gelbfieber, Malaria, Schlaf-/Tsetsekrankheit, Hirnhautentzündung (FSME). Voraussetzung ist, dass der Ausbruch der Erkrankung frühestens drei Monate nach Versicherungsbeginn stattfand.
- d) Impfschäden aufgrund angeordneter Massenimpfungen.
Ausnahme:
Versicherungsschutz besteht jedoch für die Folgen von sonstigen Impfungen.
- e) 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 Vollendung 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 Beitrags 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 Beitrags, 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 Beitragszahlung 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 Geisteskrankheit
 ärztlich 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 Reiseland. 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.

- c) wir beraten über schulische und berufliche Maßnahmen zur Wiedereingliederung in Deutschland und vermitteln geeignete Ansprechpartner.
3. 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

1. 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 3.000 € 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

- Die versicherte Person ist direkt oder indirekt an einem Unfall beteiligt oder einer ihrer Angehörigen hatte einen Unfall.
- 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.
- 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.
- 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

- 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.
- 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

- Hat die versicherte Person unfallbedingt eine der nachfolgend aufgeführten Verletzungen erlitten, zahlen wir eine Sofortleistung in Höhe von 6.000 €:
 - Querschnittslähmung: alle unfallbedingten Schädigungen des Rückenmarks
 - Amputation: mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand
 - Schwere Schädelhirnverletzung Grad III
 - Schwere Mehrfachverletzung:
 - gewebezerstörende 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), gewebezerstörender Schaden eines inneren Organs
 - Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche
 - Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen
 - Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS)Die Leistung erfolgt unverzüglich nach zweifelsfreier Feststellung der Schwere der Verletzung durch einen von uns beauftragten Arzt.
- Der Anspruch auf Sofortleistung muss spätestens vor Ablauf einer Frist von 6 Monaten nach dem Unfall geltend gemacht werden. Der Anspruch besteht nur, wenn der Tod nicht innerhalb von 24 Stunden nach dem Unfall eingetreten ist.
- Wir berufen uns bei der Sofortleistung nicht auf die Ausschlüsse in § 2. Die vorsätzliche Herbeiführung des Versicherungsfalles bleibt in jedem Fall ausgeschlossen.

§ 15 Personenbergung

- Wird die versicherte Person nach einer Unfallverletzung von einem Rettungsdienst gesucht, gerettet oder geborgen, erstatten wir die hierbei angefallenen Kosten bis zu 50.000 €. Dies gilt auch bei einem vermuteten Unfall.
- Wir erstatten die nachgewiesenen Kosten für den unfallbedingten Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus. Der Transport muss medizinisch notwendig sein.
- Wir übernehmen die Kosten für den Verlegungstransport zu einer Spezialklinik. Dieser unfallbedingte Transport muss medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet sein.

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.

§ 16 Krankentagegeld (ambulant)

Die versicherte Person erleidet durch einen Unfall einen Knochenbruch oder einen Muskel-, Sehnen-, Bänder- oder Kapselriss. Diese Verletzung macht keine vollstationäre Heilbehandlung notwendig. Wir zahlen ein Krankentagegeld für die Dauer ihrer Arbeitsunfähigkeit in Höhe von 30 € 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 eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung. Wir zahlen für die Dauer des Aufenthaltes pro Tag ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 30 € (siehe auch Nummer 3). Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

Bei einem unfallbedingten vollstationären Krankenhausaufenthalt im Ausland zahlen wir das Krankenhaustagegeld pro Tag in doppelter Höhe. Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz hat.

2. Die versicherte Person ist nach der Entlassung aus dieser Heilbehandlung weiterhin verletzungsbedingt krankgeschrieben. Wir zahlen ein Genesungsgeld in Höhe von 30 € 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

- 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 1.000 €.
- Ab dem 43. vollstationären Krankenhaustag bezahlen wir eine weitere Übergangsleistung in Höhe von 2.000 €.
- 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

- Bei einer unfallbedingten Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) Typ I und II erstatten wir die hierfür entstehenden Behandlungskosten. Dies gilt auch für notwendige Druckkammerbehandlungen.
- 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.

§ 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 Krankenzimmer. 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

- Nach Abschluss der Heilbehandlung benötigt die versicherte Person auf Grund einer unfallbedingten Verletzung eine kosmetische Operation. Wir übernehmen die Kosten bis zu 10.000 € für
 - medizinisch notwendige Untersuchungen, Behandlungen und Operationen.
 - damit verbundene stationäre Unterbringung.
 - Zahnbehandlung und Zahnersatz bei unfallbedingtem Verlust von Schneide- und Eckzähnen.
- Die Operation muss innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall durchgeführt werden. Bei Minderjährigen muss der Eingriff erfolgen, bevor der Betroffene 21 Jahre wird.
- 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

- 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.
- 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 Sehilfen 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 10.000 €
3. Ist die versicherte Person unfallbedingt erblindet, übernehmen wir die Ausbildungs- und Anschaffungskosten für einen Blindenhund bis maximal 10.000 €. Die Leistung kann nur innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall in Anspruch genommen werden.
4. Voraussetzung der Leistung nach Nr. 2 und 3: 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 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten sein. Spätestens innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall muss ein Arzt die Invalidität in Textform festgestellt haben. Innerhalb dieser 24 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 arbeiten 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 10.) 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	80 %	Fuß	55 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	80 %	Eine große Zehe	15 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	75 %	Eine andere Zehe	6 %
Hand	70 %		
Daumen	25 %	Kompletter Verlust Stimme	70 %
Zeigefinger	15 %	Ein Auge	60 %
Ring-, Mittel- oder kleiner Finger	7 %	Gehörverlust auf einem Ohr	40 %
		Geruchsverlust	20 %
		Geschmacksverlust	15 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %		
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	80 %	Niere	25 %
Bein bis unterhalb des Knies	65 %	Milz	15 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	60 %		

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

1. Führt die Unfallverletzung der versicherten Person innerhalb von 24 Monaten zum Tode, bezahlen wir die Todesfallleistung in Höhe von 10.000 €. Bei Abschluss des Tarifs Senior, ist § 5 des Abschnitts 3, II. zu beachten.

2. 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 10.) 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.
3. 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.
4. Wir zahlen an die leiblichen Kinder und Adoptivkinder unter 14 Jahren eine zusätzliche Todesfallleistung in Höhe von insgesamt 40.000 €. Voraussetzung ist, dass beide durch diesen Vertrag versicherte Elternteile durch denselben Unfall tödlich verletzt wurden.
5. 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.
6. Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunfall), § 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

1. 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.
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.

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?

1. 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.
2. 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.
3. Zur schnellen und problemlosen Abwicklung des Versicherungsfalles bedarf es der Entscheidung 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.
4. Im Schadensfall muss sich die versicherte Person auf unser Verlangen durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen.
5. Wenn sich ein Verkehrsunfall mit Personenschaden ereignet hat, muss die versicherte Person unbedingt die Polizei hinzurufen. Ein Polizeiprotokoll ist uns zur Verfügung zu stellen.
6. 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.
7. Die geltend gemachten Leistungen belegen Sie uns durch geeignete Nachweise (z. B. Rechnungen im Original).

§ 28 Wann bekommen Sie von uns die Versicherungsleistung ausbezahlt?

1. 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.
2. 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.
3. Sobald wir einen Anspruch auf finanzielle Leistung festgestellt haben, zahlen wir den Betrag innerhalb von 2 Wochen an Sie aus.
4. 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. Künftige Verbesserungen der Leistungen

Werden die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Vertragsbestimmungen ausschließlich zu Ihrem Vorteil beitragsneutral geändert, gelten diese mit sofortiger Wirkung auch für Ihren Vertrag.

E. 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-fache
der 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 11 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 Halbseitenlähmung 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.

§ 5 Todesfallleistung

In Abweichung von § 25 Nr. 1 des Abschnitts 1, II. B. muss die Unfallverletzung innerhalb von 12 Monaten zum Tode geführt haben.

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 Exklusiv 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 war
gilt 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:

- Sonnenbrand oder Sonnenstich.
- Verätzungen.

§ 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 Nachhilfeunterricht

Das versicherte Kind befindet sich aufgrund eines Unfalls

- für mindestens 14 Tage in vollstationärer Heilbehandlung und
- kann nicht am Schulunterricht einer allgemeinbildenden Schule oder einer gleichgestellten Einrichtung teilnehmen.

Wir erstatten die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfestunden bis maximal 30 € pro ausgefallenem Schultag, insgesamt maximal 2.000 €.

§ 7 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.

§ 8 Häusliche Versorgung von Kindern

1. Die den Haushalt versorgende Person muss wegen der Unfallverletzung ihres versicherten minderjährigen Kindes im Krankenhaus mit aufgenommen werden. Niemand anderes aus dem Haushalt kann die Versorgung der weiteren Kinder bis 14 Jahre, die im Haushalt leben, übernehmen. Wir erstatten die Kosten für eine Haushaltshilfe und Kinderbetreuung insgesamt bis zu 100 € pro Tag, maximal bis zu 3.000 € 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.

§ 9 Helmklause bei Sportunfällen

In Ergänzung von § 24 des Abschnitts 1. II. B. gilt Folgendes: Bei sportlichen Aktivitäten erhöht sich bei unfallbedingten Kopfverletzungen die Invaliditätsleistung nach § 24 des Abschnitts 1. II. B. um 10 %. Dies gilt, wenn das versicherte Kind zum Unfallzeitpunkt nachweislich einen geeigneten Helm getragen hat. Zu sportlichen Aktivitäten zählen z. B. Skifahren, Fahrradfahren, Skaten, Inlinern, Reiten usw.

§ 10 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-fache

der Versicherungssumme ausbezahlt.

2. Um Ihnen die Berechnung zu erleichtern, haben wir für Sie auf Seite 11 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?

a) 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.

b) 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?

1. 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.

2. 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?

1. Beginn, Ende und die Beitragszahlung richten sich nach den §§ 4, 5 des Abschnitts 1, II. A.

2. 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

1. 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.

2. 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

1. 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.
2. 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

1. 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.
2. 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 6 Monate ab dem 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 oder Nr. 4 h des Abschnitts 1, II. A. ereignet, erbringen wir diese Leistung für 3 Monate.

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

- a) 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.
- b) 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.
- c) 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

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. Eine Fahrt umfasst die Hin- und Rückfahrt zum Behandlungsort. Die einfache Strecke ist auf maximal 50 Kilometer begrenzt.
5. Im Rahmen der Kostenerstattung benötigen wir eine Bestätigung in Textform über die Anzahl der durchgeführten Behandlungstermine und wahrgenommenen Behördengänge. 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 Exklusiv zu beachten sind:

Vertrag

Altersbegrenzungen:

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

Kündigung:

- Der ADAC Unfallschutz Exklusiv 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 6 Monaten nach der Unfallverletzung geltend gemacht werden.

Krankentagegeld (ambulant):

- 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.

Unfallhilfeleistung:

- Erstattung Ausbildungs- und Anschaffungskosten für einen Blindenhund: Die Leistung kann nur innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall in Anspruch genommen werden.

Invaliditätsleistung:

- Die Invalidität muss innerhalb von 18 Monaten nach der Unfallverletzung eingetreten sein und spätestens nach 24 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 24 Monaten – beim Tarif Senior 12 Monate – 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.

Todesfallleistung:

- Sollte der Tod innerhalb von 12 Monaten nach einer Unfallverletzung eintreten, besteht der Anspruch auf die Leistung.

Tarif Kind

Fahrtkosten:

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

Häusliche Versorgung von Kindern:

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

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 (erweiterter Unfallbegriff) oder Nr. 4 h (z.B. Nahrungsmittelvergiftungen) des Abschnitts 1, II. A. 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 Exklusiv 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, Beruftsberater, 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, Metallarbeiter, Personal im Rettungsdienst, Reinigungsberufe, Schauspieler, Schausteller, 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 Invaliditätsleistung 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 Exklusiv

ADAC Unfallschutz Exklusiv

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 3.000 €	
Psychologische Ersthilfe		bis zu 1.200 €
Sofortleistung bei schwerer Verletzung		6.000 €
Personenbergung		bis zu 50.000 €
Krankentagegeld (ambulant)	max. 10 Tage	30 €/Tag
Krankenhaustagegeld (stationär) und Genesungsgeld	max. 20 Tage	30 €/Tag
Verdopplung Krankentagegeld (stationär) im Ausland	max. 20 Tage	60 €/Tag
Übergangsleistung: ab dem 21. Tag		1.000 €
Übergangsleistung: ab dem 43. Tag		2.000 €
Behandlungskosten bei Tauchunfällen		unbegrenzt
Rooming-in	max. 10 Tage	bis zu 50 €/Tag
Kosmetische Operation		bis zu 10.000 €
Medizinische Sporttherapie	max. 6 Monate	bis zu 300 €
Unfallhilfeleistung: medizinische Hilfsmittel		bis zu 500 €
Unfallhilfeleistung: Fahrzeug-, Wohnungs- oder Hausumbau		bis zu 10.000 €
Unfallhilfeleistung: Blindenhund		bis zu 10.000 €
Todesfallleistung		10.000 €
Todesfallleistung bei Tod beider Elternteile		40.000 €

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)

Nachhilfeunterricht	bis zu 30 €/Tag, bis zu 2.000 €
Rooming-in bei Unfall des versicherten Kindes	max. 20 Tage, bis zu 100 €/Tag
Häusliche Versorgung von Kindern	bis zu 100 €/Tag, bis zu 3.000 €
Helmklausel bei Sportunfällen	Erhöhung der Invaliditätsleistung (ohne Progression) um 10 %

Einzelheiten zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen zum ADAC Unfallschutz Exklusiv. Bitte beachten Sie auch S. 10.

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 Pro-gressionsta-belle	Invaliditätsleistung bei Versicherungssumme			
				50.000 €	75.000 €	100.000 €	150.000 €
Verlust Daumen	25 %	bei 225 %	25 %*	12.500 €	18.750 €	25.000 €	37.500 €
		bei 350 %		12.500 €	18.750 €	25.000 €	37.500 €
		bei 500 %		12.500 €	18.750 €	25.000 €	37.500 €
Gehör-verlust auf einem Ohr	40 %	bei 225 %	55 %	27.500 €	41.250 €	55.000 €	82.500 €
		bei 350 %	70 %	35.000 €	52.500 €	70.000 €	105.000 €
		bei 500 %	100 %	50.000 €	75.000 €	100.000 €	150.000 €
Amputa-tion Arm unterhalb Ellenbo-gen	75 %	bei 225 %	175 %	87.500 €	131.250 €	175.000 €	262.500 €
		bei 350 %	250 %	125.000 €	187.500 €	250.000 €	375.000 €
		bei 500 %	375 %	187.500 €	281.250 €	375.000 €	562.500 €
Gehör-verlust auf einem Ohr und Verlust eines Auges	100 %	ohne Pro-gression		37.500 €	56.250 €	75.000 €	112.500 €
		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		50.000 €	75.000 €	100.000 €	150.000 €

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

Ihr **Kontakt** zum ADAC Unfallschutz



ADAC Ambulance Service/ADAC Notfallnummer

Rund um die Uhr

☎ +49 89 76 76 76

☎ +49 89 76 76 25 01

Vertragsservice

☎ +49 89 76 76 57 00

☎ +49 89 76 76 23 32

@ unfallschutz@adac.de

Reisemedizinische Informationen

☎ +49 89 76 76 77

Schadenservice

☎ +49 89 76 76 45 54

☎ +49 89 76 76 52 37

Schadenmeldung:

🌐 adac.de/schaden-unfall

Vorwahl für Deutschland aus allen Mobilfunknetzen: **+49-**