

ADAC Privatschutz.

Behandlung und Pflege nach Unfall.



Inhalt	Seite
Pflichtinformationen	2
Besondere Informationen und Versicherungsbedingungen	4
Besondere Informationen	5
Versicherungsbedingungen	6
Service	
Kontakt	11

Datenschutzinformation

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



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

ADAC Versicherung AG, Datenschutzbeauftragter
Hansastrasse 19 • 80686 München • E-Mail: dsb-mail@adac.de

Pflichtinformationen zum ADAC Privatschutz.

Behandlung und Pflege nach Unfall.

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

Informationen zum Versicherungsunternehmen

- Ihr Versicherer:
ADAC Versicherung AG
81362 München
Vorstand: Claudia Tuchscherer (Vorsitzende), Stefan Daehne,
Sascha Herwig, Marc Kottmann
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Claudius Leibfritz
Rechtsform: Aktiengesellschaft mit Sitz in München
Eingetragen beim Amtsgericht München HRB 45842

2. Ladungsfähige Anschrift des Versicherers:

ADAC Versicherung AG
Hansastraße 19
80686 München
Vorstand: Claudia Tuchscherer (Vorsitzende), Stefan Daehne,
Sascha Herwig, Marc Kottmann

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

Informationen zur angebotenen Leistung

- Der ADAC Privatschutz umfasst Beratungs- und Betreuungsleistungen sowie finanzielle Leistungen nach einem Unfall und einer hierdurch verursachten Pflegebedürftigkeit. Maßgebend für die Leistungserbringung sind die Versicherungsbedingungen zum ADAC Privatschutz. 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 Privatschutzes.
- Der Beitrag richtet sich nach dem zu versichernden Personenkreis und dem Alter des Versicherungsnehmers. 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.
- Bei den Beiträgen handelt es sich um Jahresbeiträge, sofern keine Ratenzahlung vereinbart ist. Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn der erste Beitrag oder die erste Rate rechtzeitig gezahlt wird. Die jährlichen Folgebeiträge müssen jeweils am 1. des Monats, in dem ein neues Versicherungsjahr beginnt, bezahlt werden. Eine Ratenzahlung ist nur in Verbindung mit dem SEPA-Lastschriftverfahren möglich. Ist die Zahlung des Jahresbeitrages in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate in Verzug sind. Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

Informationen zum Versicherungsvertrag

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

8.

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
 - die Vertragsbestimmungen,
- einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
 - das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
 - und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

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

Widerrufsfolgen

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

Besondere Hinweise

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

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

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

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

Ende der Widerrufsbelehrung

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

10. Der Vertrag endet
 - automatisch zum Ende des Versicherungsjahres, in dem Sie 76 Jahre werden oder
 - durch ordentliche Kündigung spätestens 1 Monat vor Ende des Versicherungsjahres oder
 - bei Vorliegen eines sonstigen Beendigungsgrundes, z. B. Ende der ADAC Mitgliedschaft, außerordentliche Kündigung.

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:
Versicherungsombudsman e. V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin

Weitere Kontaktmöglichkeiten finden Sie im Internet unter www.versicherungsombudsman.de

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Die ADAC Versicherung AG nimmt nicht an einem Streitbelegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle nach dem Verbraucherstreitbelegungsgesetz teil.

15. 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

Besondere Informationen und Versicherungsbedingungen

Inhaltsverzeichnis	Seite	B Leistungen	8
Besondere Informationen	5	I Leistungen im Rahmen der Unfallbehandlung	8
1. Worum geht es beim ADAC Privatschutz?	5	§ 15 Leistungen bei stationärer Behandlung	8
2. Wer kann den ADAC Privatschutz abschließen?	5	§ 16 Fachärztliche Zweitmeinung	8
3. Wer kann den ADAC Privatschutz nicht abschließen?	5	§ 17 Osteopathische Behandlung	8
4. Weitere wichtige Hinweise, die Sie auf jeden Fall vor Vertragsschluss wissen sollten	5	II Beratungs- und Hilfeleistungen	8
5. Welche Regelungen liegen Ihrem Vertrag zu Grunde?	5	§ 18 Beratungsservice	8
		§ 19 Anleitung für häusliche Pflege	8
		§ 20 Vermittlung einer Pflegeperson	8
		§ 21 Zuschuss zu Hilfs- und Pflegehilfsmitteln	8
		§ 22 Vermittlung einer vollstationären Kurzzeitpflege	8
Versicherungsbedingungen (Stand 01.06.2018)	6	III Monatliches Unfallpflegegeld	8
A Allgemeiner Teil	6	§ 23 Monatliches Unfallpflegegeld	8
§ 1 Wofür besteht Versicherungsschutz?	6	IV Was gilt, wenn Dritte ebenfalls verpflichtet sind, Leistungen zu erbringen?	9
§ 2 Wann sprechen wir von einem Unfall im Sinne der Versicherungsbedingungen?	6		
§ 3 Wann liegt Pflegebedürftigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen vor?	6	C Abwicklung des Versicherungsfalles	9
§ 4 Welche Pflegegrade gibt es im Sinne der Versicherungsbedingungen?	6	§ 24 Wie müssen Sie bei der Abwicklung eines Versicherungsfalles mitwirken (Obliegenheiten)?	9
§ 5 Mit welchem Service und mit welchen Leistungen hilft Ihnen der ADAC Privatschutz?	6	§ 25 Wie rechnen wir Versicherungsleistungen ab?	9
§ 6 Wann leisten wir nicht?	6	§ 26 Was müssen Sie bei Ansprüchen gegen Dritte beachten (Obliegenheiten)?	9
§ 7 Wer ist versichert?	7		
§ 8 In welchen Ländern gilt der ADAC Privatschutz?	7	D Was für Sie sonst noch interessant sein könnte	9
§ 9 Wann beginnt Ihr Versicherungsvertrag und wann müssen Sie den Beitrag zahlen?	7	Fristenübersicht	10
§ 10 Wann kann Ihr Versicherungsvertrag beendet werden?	7	Anhang – Auszug: § 15 SGB XI – Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument	10
§ 11 Wann endet der Versicherungsschutz?	7		
§ 12 Wie wird im Rahmen des ADAC Privatschutzes gehaftet?	7		
§ 13 Wann ändert sich Ihr Beitrag?	7		
§ 14 Wann sind Änderungen der Besonderen Informationen und Versicherungsbedingungen möglich?	7		

Besondere Informationen

1. Worum geht es beim ADAC Privatschutz?

Der ADAC Privatschutz ist eine private Zusatzversicherung **bei Unfall** zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Er ist gegenüber anderen Leistungsträgern subsidiär, die auch zur Erbringung dieser Leistungen verpflichtet sind (es gelten hierfür die Regelungen gemäß B. IV. der Versicherungsbedingungen). Diese Versicherung dient nicht dazu, die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung ganz oder teilweise zu ersetzen, sondern diese zu ergänzen (nicht substitutive Krankenversicherung).

Wenn Sie sich als versicherte Person bei einem Unfall verletzen, hilft der ADAC Privatschutz mit

- umfassenden Beratungs- und Betreuungsleistungen, damit Sie wissen, wie es nach einem Unfall oder einer hierdurch verursachten Pflegebedürftigkeit weiter geht;
- Wahlleistungen im Krankenhaus und finanziellen Leistungen, z. B. Kostenbeteiligung an Hilfs- und Pflegehilfsmitteln;
- einem monatlichen Unfallpflegegeld, wenn eine unfallbedingte Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 3, 4 oder 5 eingetreten ist.

Zögern Sie nicht, uns nach einem Unfall oder einer anschließenden Pflegebedürftigkeit anzurufen, wenn Sie Hilfe brauchen. Unsere Telefonnummer steht in diesem Serviceheft. In einem ersten klärenden Gespräch können wir zusammen mit Ihnen die Situation analysieren, notwendige Schritte in die Wege leiten und mögliche Leistungsträger aufzeigen. Wenn finanzielle Ansprüche aus dem ADAC Privatschutz bestehen, werden wir diese zuverlässig erfüllen.

Unser ADAC Ambulanz-Service und unsere Unfall- und Pflegeberatungs-Spezialisten sind rund um die Uhr für Sie da, unabhängig davon, ob der Unfall im privaten oder beruflichen Umfeld passiert, auch bei Unfällen weltweit.

Der ADAC Privatschutz ist eine Versicherung der ADAC Versicherung AG.

2. Wer kann den ADAC Privatschutz abschließen?

- Der Abschluss des ADAC Privatschutzes ist ausschließlich für Sie als ADAC Mitglied möglich. Voraussetzung ist, dass Sie bei Vertragsabschluss noch nicht 76 Jahre sind.
- Den ADAC Privatschutz gibt es als Familienvertrag für Sie und Ihre Familie sowie als Einzelvertrag für Sie als Einzelperson.
- Der ADAC Privatschutz kann pro Person nur einmal abgeschlossen werden. Die Einzahlung mehrerer Beiträge für einen Versicherten erweitert den Versicherungsschutz nicht.

3. Wer kann den ADAC Privatschutz nicht abschließen?

- Nicht versichert werden können:
 - Personen, die folgende Berufe ausüben: Akrobaten, Artisten, Astronauten, Bereiter, Besatzungen von Gas- und Ölplattformen, Berufssportler, Berufstaucher, Dompteure, Pyrotechniker, Sprengmeister und Stuntmen.
 - Personen, die bereits bei Vertragsschluss pflegebedürftig mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 gemäß § 4 Nr. 2 – auch wenn noch nicht ärztlich festgestellt – sind, da aufgrund der vorliegenden Pflegebedürftigkeit kaum ein Leistungsanspruch bestehen würde.
 - Personen, die bereits bei Vertragsabschluss geistig oder psychisch krank sind und deren Gesundheitsstörung zur Folge hat, dass sie ohne Aufsicht nicht mehr am allgemeinen Leben teilnehmen können.
- Bei diesen Personen besteht von Anfang an kein Versicherungsschutz, auch wenn der Beitrag bezahlt wird. Ergreift eine versicherte Person während der Laufzeit der Versicherung einen der in Nr. 1a genannten Berufe, endet die Versicherung dieser Person zu diesem Zeitpunkt. Der jeweils zuviel gezahlte Beitrag wird zurückbezahlt.

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

- Beim ADAC Privatschutz handelt es sich um einen Jahresvertrag, der sich jeweils um ein Jahr verlängert, wenn er nicht spätestens 1 Monat vor Ende des Versicherungsjahres gekündigt wird oder ein sonstiger Beendigungsgrund vorliegt.
- Nach dem Versicherungsjahr, in dem Sie 50 bzw. 66 Jahre werden, müssen Sie einen höheren Beitrag zahlen.
- Der Vertrag endet automatisch zum Ende des Versicherungsjahres, in dem Sie 76 Jahre werden.
- Es gibt bestimmte Umstände, bei denen wir keine Leistung erbringen. Lesen Sie bitte hierzu unbedingt § 6.
- 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 Wirtschaftssanktionen, 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.

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 Privatschutzes.
- Mit der Unterschrift auf dem Versicherungsantrag oder auf dem Überweisungsträger zur Zahlung des Beitrages zeigen Sie, dass Sie diese Vertragsgrundlagen zur Kenntnis genommen haben und mit diesen einverstanden sind.
- Die Informationen zum Datenschutz und zur Entbindung von der Schweigepflicht (Nr. 5) haben Sie ebenfalls zur Kenntnis genommen.
- 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.

A Allgemeiner Teil**§ 1 Wofür besteht Versicherungsschutz?**

Ein Anspruch auf Leistung besteht nur für unfallbedingte Behandlungs- und Pflegebedürftigkeit. Eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Leistungen finden Sie in §§ 15 ff.

§ 2 Wann sprechen wir von einem Unfall im Sinne der Versicherungsbedingungen?

1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet oder wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung ein Gelenk verrenkt, Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden. Als Unfall gelten auch Ertrinken, Ersticken unter Wasser sowie beim Tauchen auftretende Gesundheitsschäden, z. B. Caissonkrankheit.
2. Der Unfall muss während der Laufzeit des Vertrages eingetreten sein.

§ 3 Wann liegt Pflegebedürftigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen vor?

1. Pflegebedürftig im Sinne der Versicherungsbedingungen sind Personen, die aufgrund eines Unfalls gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss mit mindestens der in § 4 festgelegten Schwere vorliegen. Bei den gesetzlichen Pflegegraden 1 bis 5 ist zusätzlich Voraussetzung, dass die Pflegebedürftigkeit auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, besteht.
2. Maßgeblich für das Vorliegen von unfallbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegfachlich begründeten Kriterien:
 - a) Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
 - b) kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
 - c) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
 - d) Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Besonderheiten bei Sondenernährung, Besonderheiten bei parenteraler Ernährung, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
 - e) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
 - aa) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
 - bb) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
 - cc) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
 - dd) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
 - f) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteter Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

3. Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Nr. 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 4 Welche Pflegegrade gibt es im Sinne der Versicherungsbedingungen?

Voraussetzung der Leistungen bei Pflegebedürftigkeit ist immer, dass die Pflegebedürftigkeit auf einem versicherten Unfall beruht. Für die Erbringung von Leistungen müssen versicherte Personen entweder pflegebedürftig gemäß Nr. 1 oder einem der fünf gesetzlichen Pflegegrade gemäß Nr. 2 zugeordnet sein:

1. Über die gesetzlichen Pflegegrade 1 bis 5 hinaus gelten im Sinne der Versicherungsbedingungen auch bereits solche Personen als pflegebedürftig, die bei der Grundpflege aus den folgenden drei Bereichen für wenigstens zwei Verrichtungen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen:
 - Körperpflege: Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- oder Blasenentleerung;
 - Ernährung: mundgerechtes Zubereiten oder Aufnahme der Nahrung;
 - Mobilität: selbstständiges Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung.Darüber hinaus benötigen sie zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der Haushaltsführung. Diese umfasst Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und der Haushaltsführung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens 45 Minuten betragen, wobei mindestens 25 Minuten auf die Grundpflege entfallen müssen. Der Hilfebedarf und der notwendige zeitliche Aufwand sind durch ärztliche Bescheinigung nachzuweisen.
Im Unterschied zu den Pflegegraden nach Nr. 2 muss die Pflegebedürftigkeit nicht mindestens sechs Monaten bestehen.
2. Die Zuordnung zu den gesetzlichen Pflegegraden 1 bis 5 erfolgt analog § 15 des Elften Sozialgesetzbuches (siehe Anhang). Die Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegegrade 1 bis 5 ist uns durch die Bescheinigung der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung nachzuweisen.

§ 5 Mit welchem Service und mit welchen Leistungen hilft Ihnen der ADAC Privatschutz?

Hier finden Sie ein Inhaltsverzeichnis, damit Sie auf einen Blick sehen, welchen Service und welche Leistungen der ADAC Privatschutz bereithält. Die Einzelheiten lesen Sie dann bitte in den angegebenen Paragraphen.

Mit diesen Leistungen unterstützen wir Sie nach einem Unfall finanziell:

- Leistungen bei stationärer Behandlung (§ 15)
- Fachärztliche Zweitmeinung (§ 16)
- Osteopathische Behandlung (§ 17)

Mit diesem Service beraten wir Sie rund um die unfallbedingte Pflegebedürftigkeit, vermitteln Ihnen notwendige und von Ihnen gewünschte Maßnahmen und beteiligen uns an anfallenden Kosten:

- Beratungsservice (§ 18)
- Anleitung für häusliche Pflege (§ 19)
- Vermittlung einer Pflegeperson (§ 20)
- Zuschuss zu Hilfs- und Pflegehilfsmitteln (§ 21)
- Vermittlung einer vollstationären Kurzzeitpflege (§ 22)

Mit dieser Leistung unterstützen wir Sie bei einer unfallbedingten Schwer- oder Schwerstpflegebedürftigkeit finanziell:
– Monatliches Unfallpflegegeld (§ 23)

§ 6 Wann leisten wir nicht?

Wie Sie in der Inhaltsübersicht gesehen haben, bieten wir Ihnen bei einem Unfall Hilfe, Rat und finanzielle Unterstützung. Es gibt aber bestimmte Umstände, bei denen wir keine Leistung erbringen:

1. Ausgeschlossen sind Unfälle
 - a) die durch eine Geistes- oder Bewusstseinsstörung der versicherten Person verursacht wurden mit Ausnahme derjenigen, die durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall ausgelöst wurden;
 - b) durch eine Geistes- oder Bewusstseinsstörung aufgrund von Alkohol-, Medikamenten- und Drogeneinfluss;
 - c) die der versicherten Person bei dem Versuch oder der vorsätzlichen Durchführung einer Straftat zustoßen;
 - d) durch Kernenergie und Strahlen;
 - e) durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn Sie auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen werden. Dieser Versicherungsschutz erlischt 14 Tage nach Ausbruch des Krieges oder Bürgerkrieges. Darüber hinaus besteht kein Versicherungsschutz für Folgen von Unfällen, die als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt sind;
 - f) mit Luftfahrzeugen und Fluggeräten aller Art (auch Luftsportgeräte wie z. B. Gleitschirme) mit Ausnahme, wenn die versicherte Person als Fluggast eines zugelassenen Flugunternehmens betroffen ist;
 - g) bei der aktiven Teilnahme an motorsportlichen Wettbewerben, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt, einschließlich des Trainings.

- h) die Sie vorsätzlich herbeigeführt haben;
 - i) und deren Folgen, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind;
2. Nicht versichert sind Gesundheitsschäden
 - a) an Bandscheiben;
 - b) durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person sowie Impfschäden aufgrund angeordneter Massenimpfungen. Versicherungsschutz besteht jedoch für die Folgen von sonstigen Impfungen.
 - c) durch Infektionen und allergische Reaktionen; Versicherungsschutz besteht jedoch bei:
 - der durch Zeckenbiss verursachten Hirnhautentzündung (FSME)
 - Tollwut
 - Wundstarrkrampf
 - Wundinfektionen nach Bagatellschäden
 - entzündlichen oder allergischen Reaktionen auf Insektenstiche.
 - d) durch Vergiftungen infolge Einnahme flüssiger oder fester Stoffe durch den Schlund. Ausgenommen sind Kinder bis 10 Jahre, die versehentlich schädliche Stoffe einnehmen. Versicherungsschutz besteht bei Vergiftungen durch ausströmende Gase und Dämpfe.
 - e) durch krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen.
 3. Kein Versicherungsschutz besteht,
 - a) wenn Sie über Umstände zu täuschen versuchen, die Einfluss auf den Grund oder die Höhe der Leistung haben;
 - b) für stationäre psychotherapeutische oder stationäre psychiatrische Behandlungen;
 - c) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
 - d) für die Folgen einer Suchterkrankung.

§ 7 Wer ist versichert?

1. Bei einem Einzelvertrag sind Sie als unser ADAC Mitglied versichert. Überdies sind Ihre Kinder, die während der Laufzeit des Vertrages geboren werden, im ersten Lebensjahr beitragsfrei mitversichert.
2. Bei einem Familienvertrag sind ebenfalls Sie als unser ADAC Mitglied versichert. Außerdem sind Ihr Ehe- oder Lebenspartner in eingetragener Lebenspartnerschaft und Ihre minderjährigen Kinder mitversichert. Anstelle des Ehepartners sind der nichteheliche Lebenspartner und dessen minderjährige Kinder mitversichert, wenn Sie mit Ihnen nachweislich in häuslicher Gemeinschaft leben.
3. Alle für Sie getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die mitversicherten Personen. Die Ausübung der Rechte und die Geltendmachung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag stehen aber ausschließlich Ihnen als Inhaber des ADAC Privatschutzes zu. Alle Erklärungen zum Versicherungsvertrag müssen in Textform erfolgen.

§ 8 In welchen Ländern gilt der ADAC Privatschutz?

1. Der ADAC Privatschutz versichert Sie rund um die Uhr bei Unfällen weltweit.
2. Unabhängig davon ob der Unfall in Deutschland oder im Ausland eingetreten ist, können
 - die Leistungen „Zuschuss zu Hilfs- und Pflegehilfsmitteln“ (§ 21) und „monatliches Unfallpflegegeld“ (§ 23) in Deutschland und im Ausland,
 - die Leistung „Krankenhaus-Tagegeld im Ausland“ (§ 15 Nr. 4) nur im Ausland in Anspruch genommen werden.
 Alle anderen Leistungen werden ausschließlich in Deutschland erbracht.

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

1. Der Versicherungsvertrag beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt. Dieser steht in Ihrem Versicherungsschein. Voraussetzung ist aber, dass der erste Beitrag rechtzeitig bezahlt wird, d. h. Sie zahlen:
 - a) den Beitrag sofort bei Abschluss der Versicherung;
 - b) auf Rechnung und überweisen den Beitrag. Achten Sie in diesem Fall bitte darauf, dass Sie den Beitrag **innerhalb der genannten Frist** bezahlen, da Sie ansonsten von Anfang an keinen Versicherungsschutz haben, es sei denn, Sie haben die verspätete Zahlung **nicht zu vertreten**. Zahlen Sie nachträglich, beginnt der Versicherungsschutz erst ab Eingang des Beitrags bei uns;
 - c) im SEPA-Lastschriftverfahren: Achten Sie bitte in diesem Fall darauf, dass Ihre Bank die Lastschrift einlöst. Ansonsten beginnt der Versicherungsschutz erst ab Eingang des Beitrages bei uns, außer, Sie haben die verspätete Zahlung **nicht zu vertreten**.
2. Die Folgebeiträge müssen jeweils spätestens zum 1. des vereinbarten Beitragszeitraumes bezahlt werden. Bitte achten Sie auch hier auf die rechtzeitige Zahlung des Beitrages, da Sie sonst Ihren Versicherungsschutz gefährden.
3. 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.
4. Die Folgen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung richten sich nach den gesetzlichen Bestimmungen der §§ 37 und 38 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).

§ 10 Wann kann Ihr Versicherungsvertrag beendet werden?

1. Ordentliche Kündigung:
Die Vertragslaufzeit beträgt 1 Jahr. Der Vertrag verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn er nicht spätestens 1 Monat vor Vertragsablauf in Textform gekündigt wurde.
2. Außerordentliche Kündigung:
Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
Bei einer Kündigung vor Ablauf des Versicherungsjahres steht uns derjenige Teil des Beitrags zu, welcher der Zeit von Beginn des laufenden Versicherungsjahres bis zu dem Tag, an dem die Kündigung wirksam wird, entspricht.
3. Im Übrigen endet Ihr Vertrag automatisch zum Ende des jeweiligen Versicherungsjahres,
 - a) wenn Ihre ADAC Mitgliedschaft endet;
 - b) wenn Sie im laufenden Versicherungsjahr 76 Jahre geworden sind.
4. Darüber hinaus endet der Versicherungsvertrag mit dem Tod des Versicherungsnehmers.

§ 11 Wann endet der Versicherungsschutz?

1. Der Versicherungsschutz endet – auch für laufende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsvertrages.
2. Endet der Versicherungsvertrag aufgrund einer ordentlichen Kündigung unsererseits oder aufgrund Erreichens der Altersgrenze gemäß § 10 Nr. 3 b, so besteht für laufende Versicherungsfälle in folgenden Fällen weiterhin Versicherungsschutz:
 - a) für die Leistungen bei stationärer Behandlung bis zum Ende des stationären Krankenhausaufenthaltes, der vor Wirksamwerden der Kündigung oder vor Vertragsende gemäß § 10 Nr. 3 b begonnen hat und über das Ende des Versicherungsvertrages hinaus andauert;
 - b) für das Unfallpflegegeld bis zum Wegfall der Leistungsvoraussetzungen, sofern die Voraussetzungen bereits zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Kündigung oder des Vertragsendes gemäß § 10 Nr. 3 b erfüllt waren.
 - c) für Leistungen, deren Inanspruchnahme an Fristen gebunden ist (siehe §§ 16, 17, 20, 22), vorausgesetzt, der Unfall ist im versicherten Zeitraum eingetreten und die Leistungsansprüche werden fristgemäß geltend gemacht.

§ 12 Wie wird im Rahmen des ADAC Privatschutzes 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.

§ 13 Wann ändert sich Ihr Beitrag?

1. Beitragsumstellung bei Erreichen der Altersgrenze
 - a) Ab dem 50. und 66. Geburtstag müssen Sie einen höheren Beitrag bezahlen. Die Beitragsanpassung erfolgt zur nächsten Beitragsfälligkeit, die auf Ihren 50. bzw. 66. Geburtstag folgt. Es gilt der dafür gültige Beitrag.
 - b) Sie können den Versicherungsvertrag binnen zwei Monaten nach der Änderung zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem eine Beitragsumstellung nach § 13 Nr. 1a wirksam werden sollte.
2. Beitragsanpassung
 - a) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Leistungen ändern z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern oder der Häufigkeit von Pflegefällen, so dass eine Neufestsetzung des Beitrags notwendig werden kann. Dementsprechend vergleichen wir jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen.
Die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen wird für den gesamten Versicherungsbestand des jeweiligen Tarifs vorgenommen. Wenn dabei die erforderlichen Versicherungsleistungen um mehr als 5 % von den kalkulierten abweichen, können die betreffenden Tarife überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Weichen die Versicherungsleistungen um mehr als 10 % ab, müssen die betreffenden Tarife überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.
Diese Anpassung erfolgt nach gemeinsamen Berechnungsgrundlagen einheitlich für den gesamten Versicherungsbestand.
 - b) Von einer Beitragsanpassung ist abzusehen, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
 - c) Beitragsänderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.
 - d) Erhöhen wir auf Grund der Beitragsanpassungsklausel den Beitrag, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

§ 14 Wann sind Änderungen der Besonderen Informationen und Versicherungsbedingungen möglich?

1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens, z. B. Gesetzesänderungen, können die Besonderen Informationen, Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden. Voraussetzung ist, dass die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versichertengemeinschaft erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre

Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen und die hierfür maßgeblichen Gründe werden Ihnen mitgeteilt. Diese werden zu Beginn des zweiten Monats nach der Mitteilung wirksam. Vermindern wir unsere Leistungen, können Sie das Versicherungsverhältnis innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

2. Ist eine Bestimmung in den Besonderen Informationen oder den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen. Voraussetzung ist, dass dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder, dass das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherten-gemeinschaft angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

B Leistungen

I. Leistungen im Rahmen der Unfallbehandlung

§ 15 Leistungen bei stationärer Behandlung

Bei einer unfallbedingten medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung bieten wir Ihnen folgende Leistungen:

1. **Wahlleistungen in Deutschland**
Wir erstatten
– die Kosten für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen bis zu den Höchstätzen, die die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorsieht. Honorarvereinbarungen mit Ärzten werden von uns nicht anerkannt;
– den Zuschlag für gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer. Weitere Kosten, insbesondere für Allgemeine Krankenhausleistungen, sind nicht versichert.
Wir leisten für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Wir leisten darüber hinaus für Methoden, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden angefallen wäre.
2. **Ersatzkrankenhaus-Tagegeld in Deutschland**
Werden bei dem Krankenhausaufenthalt weder die Kosten für eine Unterkunft in einem Zweibettzimmer noch für eine privatärztliche Behandlung in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaus-Tagegeld in Höhe von 30 Euro pro Tag gezahlt. Werden lediglich die Kosten für eine der beiden Wahlleistungen geltend gemacht, wird ein Krankenhaus-Tagegeld in Höhe von 15 Euro pro Tag gezahlt. Das Krankenhaus-Tagegeld zahlen wir längstens für 12 Monate.
3. **Freie Krankenhauswahl in Deutschland**
Sie haben freie Wahl unter den Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
4. **Krankenhaus-Tagegeld im Ausland**
Außerhalb Deutschlands wird ein Krankenhaus-Tagegeld in Höhe von 30 Euro pro Tag bis zu 12 Monate gezahlt.

§ 16 Fachärztliche Zweitmeinung

Sie hatten einen Unfall und eine weitere ärztliche Behandlung der Unfallfolgen ist erforderlich. Sie möchten in diesem Zusammenhang die medizinische Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit der Therapieentscheidung Ihres behandelnden Arztes von einer zweiten fachärztlichen Seite bewerten lassen. Wir zahlen Ihnen für die Einholung der zweiten fachärztlichen Meinung bis zu 200 Euro. Die Leistung kann nur in Deutschland und innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall in Anspruch genommen werden. Sie ist durch Vorlage der ärztlichen Befundberichte nachzuweisen.

§ 17 Osteopathische Behandlung

Sie hatten einen Unfall. Der erwartete Behandlungserfolg der Unfallfolgen ist bisher nicht eingetreten und eine osteopathische Therapie erscheint aus ärztlicher Sicht daher Erfolg versprechend. Wir übernehmen die Kosten bis maximal 600 Euro für die Behandlung bei einem Arzt, Heilpraktiker oder Physiotherapeuten mit der Zusatzqualifikation „Osteopathie“. Die Leistung kann nur in Deutschland und aufgrund ärztlicher Verordnung innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall in Anspruch genommen werden.

II. Beratungs- und Hilfeleistungen

§ 18 Beratungsservice

1. Auf Grund eines Unfalls mussten Sie ärztlich behandelt werden. Bei Bedarf
a) helfen wir bei der Ermittlung der im Zusammenhang mit dem Unfall oder der durch den Unfall verursachten Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 3, 4 in Frage kommenden deutschen Leistungsträger;
b) benennen wir in Deutschland Fachkliniken und geeignete Reha-Kliniken

und helfen – soweit möglich – bei der Organisation der weitergehenden stationären Heil- und Reha-Maßnahmen;

- c) ermitteln wir mögliche Leistungsträger für einen Verlegungstransport;
- d) benennen wir wohnortnah in Deutschland Anwälte, an die Sie sich zur Klärung verkehrsrechtlicher, arbeits- oder sozialrechtlicher Fragen in Zusammenhang mit dem Unfall oder der durch den Unfall verursachten Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 3, 4 wenden können.
2. Wenn aufgrund eines Unfalls eine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 3, 4 verbleibt,
a) helfen wir bei einem deshalb notwendigen Wohnungs- oder Hausumbau in Deutschland durch die Benennung von hierfür zuständigen Beratungsstellen;
b) beraten wir über Möglichkeiten, wie Ihr Fahrzeug speziell für Sie umgebaut werden kann. Bei Bedarf holen wir das Fahrzeug innerhalb Deutschlands bei Ihnen ab und bringen es nach erfolgtem Umbau wieder zurück;
c) beraten wir Sie über schulische/berufliche Wiedereingliederungsmaßnahmen in Deutschland und benennen geeignete Ansprechpartner.
3. Gerne prüfen wir, ob es Leistungsträger gibt, an die Sie sich wegen der Übernahme möglicher Kosten wenden können.
4. Wir übernehmen die Kosten des von uns durchgeführten Hol- und Bring-servises bei einem Fahrzeugumbau.
5. Wir informieren Sie bei Bedarf im Rahmen einer psychosozialen Erstberatung nach einem Unfall oder bei einer durch den Unfall verursachten Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 3, 4, z. B. über Patientenverfügungen und über sozial- und betreuungsrechtliche Aspekte wie Betreuungsvollmachten.

§ 19 Anleitung für häusliche Pflege

1. Nach einem vollstationären Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Unfalls sind Sie nicht in der Lage, die Verrichtungen des täglichen Lebens ohne fremde Hilfe zu erledigen, da eine unfallbedingte Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 3, 4 eingetreten ist. Sie bedürfen daher der Pflege zu Hause. Es steht Ihnen ein Angehöriger für die häusliche Pflege zur Verfügung. Wir organisieren in Deutschland einmalig eine ausgebildete Pflegekraft, die Ihre Angehörigen berät und Anleitung zur Pflege gibt. Die hierbei entstehenden Beratungskosten übernehmen wir.
2. Die Anleitung zur häuslichen Pflege wird in Form einer Serviceleistung erbracht. Dies ist eine Leistung tätiger Hilfe, die wir selbst zusammen mit unseren Vertragspartnern organisieren und durchführen.

§ 20 Vermittlung einer Pflegeperson

Es ist ein Unfall mit anschließender Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 3, 4 geschehen. Bei Bedarf vermitteln wir Ihnen in Deutschland eine ausgebildete Pflegeperson für die notwendige Pflege zu Hause. Wir übernehmen die Kosten dieser Pflegeperson für die Dauer von maximal 6 Monaten ab dem Unfall, bis zu 4 Stunden täglich. Hiervon kann bei Bedarf täglich bis zu 1 Stunde auf die Unterstützung bei der Haushaltsführung im Sinne des § 4 Nr. 1 durch eine Haushaltshilfe verwendet werden. Wird auf Grund des Unfalles ein stationärer Krankenhausaufenthalt notwendig, wird die Leistung bis zu 6 Monaten ab Entlassung aus dem Krankenhaus gewährt. Eine Kopie des Entlassungsberichts des Krankenhauses ist vorzulegen. Die unfallbedingte Pflegebedürftigkeit ist durch eine ärztliche Bescheinigung nachzuweisen.

§ 21 Zuschuss zu Hilfs- und Pflegehilfsmitteln

Sie sind auf Grund eines Unfalls pflegebedürftig im Sinne der §§ 3, 4 geworden und benötigen deshalb Hilfs- und Pflegehilfsmittel. Wir erstatten die Kosten von Hilfs- und Pflegehilfsmitteln pro versicherter Person insgesamt bis zu maximal 500 Euro (keine Erstattung von Sehhilfen und Hörgeräten). Die medizinische Notwendigkeit ist durch ärztliche Verordnung nachzuweisen. Die Leistung wird für die erstmalige Anschaffung gewährt.

§ 22 Vermittlung einer vollstationären Kurzzeitpflege

Sie sind auf Grund eines Unfalls pflegebedürftig im Sinne der §§ 3, 4 geworden. Wir vermitteln in Deutschland bei Bedarf eine vollstationäre Kurzzeitpflege, wenn sich Ihre Pflegeperson, die Sie zu Hause pflegt, im Urlaub befindet und Sie kurzfristig keinen Ersatz beschaffen können. Wir übernehmen während deren Urlaubszeit die Kosten der vollstationären Kurzzeitpflege bis zu 1.000 Euro, maximal 4 Wochen im Jahr. Die unfallbedingte Pflegebedürftigkeit ist uns durch ärztliche Bescheinigung nachzuweisen. Die erstmalige Inanspruchnahme der Leistung muss innerhalb der ersten 5 Jahre nach dem Unfall erfolgen.

III. Monatliches Unfallpflegegeld

§ 23 Monatliches Unfallpflegegeld

1. Voraussetzungen:
a) Wenn Sie aufgrund eines Unfalls pflegebedürftig mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 (§ 4 Nr. 2) geworden sind, zahlen wir Ihnen ein monatliches Unfallpflegegeld.
b) Ein Leistungsanspruch besteht, wenn das Unfallereignis die überwiegende Ursache der Pflegebedürftigkeit ist. Wir sind berechtigt, den Zusammenhang zwischen Unfall, Pflegebedürftigkeit und festgestelltem Pflegegrad durch einen von uns beauftragten Arzt prüfen zu lassen.
c) Für den Anspruch auf monatliches Unfallpflegegeld ist die unfallbedingte Pflegebedürftigkeit innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall von Ihnen in Textform geltend zu machen. Die unfallbedingte Pflegebedürftigkeit ist innerhalb der in Satz 1 genannten Frist durch einen Arzt in Textform festzustellen.

- d) Die Zuordnung zu den Pflegegraden 3, 4 oder 5 ist durch den Pflegebescheid des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder von MEDICPROOF nachzuweisen. Auf Basis des Pflegebescheides wird von einem von uns beauftragten Arzt der unfallbedingte Pflegegrad festgelegt.
2. Leistungshöhe:
- a) Sind die Voraussetzungen nach § 23 Nr. 1 a) bis d) erfüllt, erhalten Sie ein Unfallpflegegeld von monatlich
– 750 Euro bei unallbedingtem Pflegegrad 3;
– 1.500 Euro bei unallbedingtem Pflegegrad 4 oder 5.
- b) Der Leistung wird maximal der unfallbedingte Pflegegrad zugrunde gelegt, der spätestens 3 Jahre nach dem Unfall festgestellt und nachgewiesen worden ist.
- c) Unabhängig von der Anzahl der Unfallereignisse wird das Unfallpflegegeld nur einmal gezahlt. Die Zahlung bemisst sich nach dem zuletzt festgestellten unfallbedingten Pflegegrad.
3. Beginn und Dauer der Leistung:
- a) Das Unfallpflegegeld leisten wir
– rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die unfallbedingte Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 ärztlich festgestellt wurde,
– monatlich im Voraus.
- b) Das Unfallpflegegeld wird bis zum Ende des Monats geleistet, in dem
– die versicherte Person verstirbt oder
– der Nachweis des unfallbedingten Pflegegrads 3, 4 bzw. 5 nicht mehr erbracht werden kann.
- Ein Wechsel zwischen den unfallbedingten Pflegegraden 3, 4 und 5 wirkt sich zur nächsten monatlichen Fälligkeit aus. Änderungen sind uns umgehend mit den entsprechenden Nachweisen in Textform mitzuteilen und werden nur innerhalb der ersten 3 Jahre nach dem Unfall berücksichtigt.
- c) Zur Prüfung der Voraussetzungen für das Unfallpflegegeld sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen und Nachweise über die Pflegegrade 3, 4 bzw. 5 anzufordern. Werden die Bescheinigungen nicht umgehend übersandt, ruht die Zahlung des Unfallpflegegeldes ab der nächsten Fälligkeit.

IV. Was gilt, wenn Dritte ebenfalls verpflichtet sind, Leistungen zu erbringen?

- Soweit im Schadensfall ein Dritter leistungspflichtig ist, oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Soweit aus anderen Versicherungsverträgen eine Entschädigung beansprucht werden kann, steht es Ihnen frei, wem Sie den Schadensfall melden. Melden Sie ihn uns, werden wir im Rahmen der Bedingungen in Vorleistung treten.
- Haben Sie aufgrund desselben Schadensfalles neben den Ansprüchen auf unsere Leistung auch Erstattungsansprüche gleichen Inhalts gegen Dritte, können Sie insgesamt keine Entschädigung verlangen, die Ihren Gesamtschaden übersteigt.
- Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so sind wir nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz deren Leistungen notwendig bleiben. Ausgenommen hiervon sind die Ansprüche auf Krankenhaustagegeld und monatliches Unfallpflegegeld.

C Abwicklung des Versicherungsfalles

§ 24 Wie müssen Sie bei der Abwicklung eines Versicherungsfalles mitwirken (Obliegenheiten)?

Es ist uns wichtig, dass wir Ihnen nach einem Unfall schnell und richtig helfen können. Dazu benötigen wir Ihre Mitwirkung, indem Sie uns gegenüber bestimmte Pflichten erfüllen.

Verletzen Sie vorsätzlich eine der nachfolgend genannten Pflichten, haben Sie keinen Versicherungsschutz. Verletzen 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. Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheiten nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Wir sind zur Leistung verpflichtet, soweit Sie nachweisen, 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 haben.

Um welche Pflichten handelt es sich hierbei?

- Bitte begeben Sie sich nach dem Unfall umgehend in ärztliche Behandlung.
- Bitte sorgen Sie dafür, dass wir unverzüglich über den Unfall sowie über einen stationären Krankenhausaufenthalt informiert werden. Auf Verlangen sind Auskünfte in Textform zu erteilen und mit geeigneten Unterlagen nachzuweisen. Teilen Sie uns alle Umstände des Unfalles vollständig und wahrheitsgemäß mit. Wir benötigen von Ihnen eine Unfallschilderung in Textform mit geeigneten Nachweisen. Ein entsprechendes Unfallmeldeformular erhalten Sie von uns.
- Um Ihren Versicherungsfall schnell und problemlos abzuwickeln, bedarf es der Ermächtigung Ihrer behandelnden Ärzte, beteiligter Behörden und anderer für die Abwicklung des Falles wichtiger Stellen, uns die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Sie sind daher verpflichtet, die genannten Stellen von ihrer Schweigepflicht zu entbinden, soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung der Leistungspflicht oder des Leistungsumfanges erforderlich ist. Ein entsprechendes Formular erhalten Sie von uns.

- Im Schadensfall sind Sie verpflichtet, sich auf unser Verlangen durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- Wenn sich ein Verkehrsunfall mit Personenschaden ereignet hat, rufen Sie unbedingt die Polizei hinzu, damit ein Polizeiprotokoll erstellt wird. Bitte stellen Sie uns dieses Protokoll zur Verfügung.
- Ein Todesfall einer versicherten Person ist uns unverzüglich mitzuteilen. Im Bedarfsfall können wir eine Obduktion veranlassen.
- Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist uns unverzüglich durch Vorlage eines geeigneten Nachweises (siehe hierzu insbesondere § 4 Nr. 1 und 2), unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Der Wegfall und jede Änderung der Pflegebedürftigkeit sind uns unverzüglich mitzuteilen. Bei fort-dauernder Pflegebedürftigkeit ist diese in angemessenen Abständen nachzuweisen.
- Nach Eintritt des Versicherungsfalles sind ferner anzuzeigen jede stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung sowie das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V.

§ 25 Wie rechnen wir Versicherungsleistungen ab?

- Sie erhalten die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.
- Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von uns geforderten Nachweise erbracht sind.
- Wir erstatten auf Originalbelege und sind berechtigt Zahlungsnachweise zu verlangen. Die Originalbelege werden unser Eigentum. Wurden die Originalrechnungen einer anderen Institution zur Erstattung vorgelegt, so genügen in diesem Fall Rechnungszweitschriften, wenn darauf die Höhe der Erstattung mit einem Originalerstattungsstempel vermerkt ist.
- Alle Belege müssen neben dem vollständigen Namen und dem Geburtsdatum der behandelten Person das Behandlungsdatum, den Grund der Behandlung und die einzelnen ärztlichen Leistungen und Kosten enthalten.
- Wir sind berechtigt, direkt und mit befreiender Wirkung an einen Leistungserbringer zu leisten.
- Übersteigt eine Pflegemaßnahme, Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- Ist der Rechnungsbetrag in ausländischer Währung ausgewiesen, so erstatten wir in EUR. Maßgeblich ist der von den deutschen Landesbanken gemeinsam festgelegte Devisenkurs zum Zeitpunkt des Eingangs der Belege bei uns. Weisen Sie uns den von Ihnen gewechselten Kurs nach, so berücksichtigen wir diesen bei der Erstattung.
- Sobald uns alle Unterlagen, die zur Klärung des Versicherungsfalles notwendig sind vorliegen, werden wir innerhalb von 1 Monat erklären, ob und in welcher Höhe wir den Anspruch anerkennen.
- Erkennen wir den Anspruch an, erfolgt die Auszahlung der Versicherungsleistung innerhalb von 2 Wochen.
- Ansprüche auf Versicherungsleistung können ohne unsere ausdrückliche Zustimmung weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 26 Was müssen Sie bei Ansprüchen gegen Dritte beachten (Obliegenheiten)?

- Haben Sie Ersatzansprüche gegen Dritte, sind Sie verpflichtet, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der wir aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) leisten, an uns in Textform abzutreten.
- Sie haben Ihren Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch uns soweit erforderlich mitzuwirken.
- Verletzen Sie vorsätzlich die in den Nr. 1 und 2 genannten Obliegenheiten, sind wir zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als wir infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen können. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.
- Steht Ihnen ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die wir auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht haben, sind die Nr. 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

D Was für Sie sonst noch interessant sein könnte

- Wenn Sie Fragen zu Ihrem Versicherungsvertrag haben, rufen Sie uns an oder schreiben Sie uns. Auch Anregungen, wie wir die Versicherungsbedingungen noch kundenfreundlicher gestalten könnten, sind willkommen. Unsere Adresse, Telefon- oder Faxnummer und unsere E-Mail-Adresse finden Sie im Serviceheft.
- 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 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.

Fristenübersicht

Welche Fristen müssen Sie bei dem ADAC Privatschutz beachten?

Vertragsschluss

- Neuabschluss des ADAC Privatschutzes unter 76 Jahren als Verlängerungsvertrag möglich

Vertragsbeendigung:

- Der ADAC Privatschutz kann spätestens einen Monat vor Ende des Versicherungsjahres in Textform gekündigt werden
- Im Übrigen endet Ihr Vertrag automatisch zum Ende des jeweiligen Versicherungsjahres,
 - wenn Ihre ADAC Mitgliedschaft endet;
 - wenn Sie im laufenden Versicherungsjahr 76 Jahre geworden sind.
- Darüber hinaus endet der Versicherungsvertrag mit dem Tod des Versicherungsnehmers.

Leistungen

• Leistungen bei stationärer Behandlung

Bitte informieren Sie uns unverzüglich über einen unfallbedingten stationären Krankenhausaufenthalt.

• Fachärztliche Zweitmeinung

Die Leistung muss innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall in Anspruch genommen werden.

• Osteopathische Behandlung

Die Leistung muss innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall in Anspruch genommen werden.

• Vermittlung einer Pflegeperson

Bei Bedarf Vermittlung einer ausgebildeten Pflegeperson und Kostenübernahme dieser Pflegeperson bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit für max. 6 Monate ab dem Unfall bzw. ab Entlassung aus dem Krankenhaus, bis zu 4 Stunden täglich. Hiervon kann bei Bedarf täglich bis zu 1 Stunde auf die Unterstützung bei der Haushaltsführung durch eine Haushaltshilfe verwendet werden.

• Vermittlung einer vollstationären Kurzzeitpflege

Bei Bedarf Vermittlung vollstationärer Kurzzeitpflege bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit und Kostenübernahme dieser Kurzzeitpflege bis zu 1.000 Euro, max. 4 Wochen im Jahr. Die erstmalige Inanspruchnahme der Leistung muss innerhalb der ersten 5 Jahre nach dem Unfall erfolgen.

• Monatliches Unfallpflegegeld

- Die unfallbedingte Pflegebedürftigkeit ist innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall durch einen Arzt festzustellen und von Ihnen in Textform geltend zu machen.
- Der Leistung wird maximal der unfallbedingte Pflegegrad zugrunde gelegt, der spätestens 3 Jahre nach dem Unfall festgestellt und nachgewiesen worden ist.
- Unabhängig von der Anzahl der Unfallereignisse wird das Unfallpflegegeld nur einmal gezahlt. Die Zahlung bemisst sich nach dem zuletzt festgestellten unfallbedingten Pflegegrad.
- Wir leisten rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die unfallbedingte Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 ärztlich festgestellt wurde, monatlich im Voraus.
- Das Unfallpflegegeld wird bis zum Ende des Monats geleistet, in dem die versicherte Person verstirbt oder der Nachweis des unfallbedingten Pflegegrads 3, 4 bzw. 5 nicht mehr erbracht werden kann.
- Ein Wechsel zwischen den unfallbedingten Pflegegraden 3, 4 und 5 wirkt sich zur nächsten monatlichen Fälligkeit aus. Änderungen sind uns umgehend mit den entsprechenden Nachweisen in Textform mitzuteilen und werden nur innerhalb der ersten 3 Jahre nach dem Unfall berücksichtigt.
- Zur Prüfung der Voraussetzungen für das Unfallpflegegeld sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen und Nachweise über den Pflegegrad 3, 4 bzw. 5 anzufordern. Werden die Bescheinigungen nicht umgehend übersandt, ruht die Zahlung des Unfallpflegegeldes ab der nächsten Fälligkeit.

Anhang

Auszug aus dem Elften Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – vom 26.05.1994, Stand 01.01.2017:

§ 15 SGB XI – Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

- (1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.
- (2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in der Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:
 1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
 2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
 3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
 4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten und
 5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in der Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:
 1. Mobilität mit 10 %,
 2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 %,
 3. Selbstversorgung mit 40 %,
 4. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 %,
 5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 %.
- (3) Zur Ermittlung des Pflegegrads sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in der Anlage 1 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:
 1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
 2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
 3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
 4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
 5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.
- (4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.
- (5)
- (6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.
- (7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:
 1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
 2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
 3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
 4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.



Ihr Kontakt zum ADAC Privatschutz

ADAC Notrufnummer

☎ +49 89 76 76 76 (rund um die Uhr)

Vertragsservice

☎ +49 89 76 76 57 41

@ unfallschutz2@adac.de

Schadenservice

☎ +49 89 76 76 45 54

@ personen-versicherungen@adac.de

Schadenmeldung:

🌐 adac.de/schaden-melden

