

Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherungen der ADAC Goldkarte, der ADAC *mobil*Karte in Gold und der ADAC *mobil*Karte GOLD



(Stand 01.03.2022)

1. Allgemeines

Im Folgenden befinden sich die Gruppenversicherungsbedingungen zum ADAC Auslandskrankenschutz 100, ADAC Reiserücktritts- und Reiseabbruch-Versicherung, ADAC Verkehrsmittel-Unfallversicherung, ADAC Zusatz-Haftpflichtversicherung für Mietwagen im Ausland, ADAC Reise-Rechtsschutzversicherung für Mietfahrzeuge der ADAC Goldkarte, der ADAC *mobil*Karte in Gold und der ADAC *mobil*Karte GOLD (nachfolgend Kreditkarte genannt).

Aus redaktionellen Gründen wurden die Themen, die bei allen Versicherungen gleich geregelt sind, vorangestellt, um einen besseren Überblick zu verschaffen.

Der Versicherer für die Gruppenversicherungen ADAC Auslandskrankenschutz 100, ADAC Reiserücktritts- und Reiseabbruch-Versicherung, ADAC Verkehrsmittel-Unfallversicherung, ADAC Zusatz-Haftpflichtversicherung für Mietwagen im Ausland und ADAC Reise-Rechtsschutzversicherung für Mietfahrzeuge: ADAC Versicherung AG, Hansastraße 19, 80686 München, Vorstand: Claudia Tuchscherer (Vorsitzende), Stefan Daehne, James Wallner, Aufsichtsratsvorsitzender: Mahbod Asgari Nejad, Rechtsform: Aktiengesellschaft mit Sitz in München, eingetragen beim Amtsgericht München HRB 45842.

Der ADAC Auslandskrankenschutz 100 gewährt Versicherungsschutz bei akuter, unerwarteter Erkrankung oder Verletzung auf Auslandsreisen für jede Reise bis zu 45 Tagen, weltweit. Pro Versicherungsfall und pro versicherte Person wird eine Selbstbeteiligung in Höhe von 100 Euro berechnet. Bei Bezahlung der Reise mit der ADAC Kreditkarte übernimmt die ADAC Reiserücktritts- und Reiseabbruch-Versicherung – Gesamtreisepreis bis 10.000 Euro – die vertraglich geschuldeten Storno- und zusätzlich anfallenden Rückreisekosten sowie die Kosten für nicht genutzte Reiseleistungen abzüglich einer Selbstbeteiligung, die bei einer unerwarteten Absage einer Reise (z. B. wegen einer Erkrankung) oder bei einem unerwarteten Abbruch einer Reise entstehen.

Die ADAC Verkehrsmittel-Unfallversicherung hilft bei schweren Unfällen in öffentlichen Verkehrsmitteln, Mietwagen sowie als Fluggast mit finanziellen Leistungen, um die wirtschaftlichen Folgen eines Unfalls zu mildern, sofern die Bezahlung mit der ADAC Kreditkarte erfolgt ist.

Die ADAC Zusatz-Haftpflichtversicherung für Mietwagen im Ausland gewährt Versicherungsschutz, wenn die bestehende Kfz-Haftpflichtversicherung des Mietwagens im Ausland für die Deckung eines Unfallschadens nicht ausreicht und die Bezahlung mit der ADAC Kreditkarte vorgenommen wurde. Die Versicherungssumme bei der ADAC Zusatz-Haftpflichtversicherung für Mietwagen im Ausland beträgt bis zu 1 Mio. Euro.

Die ADAC Reise-Rechtsschutzversicherung für Mietfahrzeuge (Pkw, Kraftrad, Wohnmobil, Kfz-Anhänger) bietet weltweiten Versicherungsschutz für den Inhaber der ADAC Kreditkarte als Mieter und Fahrer eines mit der ADAC Kreditkarte bezahlten Mietfahrzeugs.

Bei den einzelnen Gruppenversicherungen handelt es sich um verschiedene, rechtlich selbstständige Versicherungsverträge.

In diesen Vertragsbestimmungen und allen anderen Dokumenten wendet sich der Versicherer an alle Geschlechter (m/w/d). Soweit grammatikalisch männliche, weibliche oder neutrale Personenbezeichnungen verwendet werden, dient dies allein der besseren Lesbarkeit.

2. Wie können die Gruppenversicherungen erworben werden?

Durch den Erwerb der ADAC Kreditkarte werden die dazugehörigen Gruppenversicherungen mit erworben.

3. Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt generell mit der Beantragung der ADAC Kreditkarte, sofern der Kreditkartenvertrag wirksam zustande kommt.

Einzelheiten zum konkreten Beginn und Ende des Versicherungsschutzes befinden sich in den nachfolgenden einzelnen Gruppenversicherungsbedingungen (§ 5 ADAC Auslandskrankenschutz 100, § 4 ADAC Reiserücktritts- und Reiseabbruch-Versicherung, § 6 ADAC Verkehrsmittel-Unfallversicherung, § 6 ADAC Zusatz-Haftpflichtversicherung für Mietwagen im Ausland, § 2 Abs. 3 ADAC Reise-Rechtsschutzversicherung für Mietfahrzeuge).

Der Versicherungsschutz endet an dem Tag, an dem die Kündigung des Kreditkartenvertrages wirksam wird. Verstirbt der Inhaber der ADAC Kreditkarte, während sich die versicherten Personen noch auf einer Reise befinden, besteht Versicherungsschutz bis zum Ende der laufenden Reise.

4. Wer kann die Ansprüche aus den Gruppenversicherungsvertrag geltend machen?

Die Ansprüche können nur vom Inhaber der ADAC Kreditkarte geltend gemacht werden.

5. Wo kann der Inhaber der ADAC Kreditkarte Ansprüche geltend machen?

Ansprüche aus dem Gruppenversicherungsvertrag können direkt bei dem Gruppenversicherer geltend gemacht werden.

Maßgebend für die Leistungserbringung sind die Gruppenversicherungsbedingungen. Diese gelten sinngemäß auch für die mitversicherten Personen.

Die Leistungen sind fällig und werden erbracht, wenn die Feststellungen des Schadensfalles und des Umfangs der Leistungen beendet sind und alle erforderlichen Nachweise vorliegen. Alle gegenseitigen Rechte und Pflichten regeln sich nach den jeweiligen Gruppenversicherungsbedingungen. Die Ausübung der Rechte und die Geltendmachung der Ansprüche stehen nur dem Inhaber der ADAC Kreditkarte zu.

Unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen besteht kein Versicherungsschutz, wenn und soweit es dem Versicherer 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.

Die Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer sind in Textform abzugeben. Es gilt deutsches Recht. Die Kommunikation während der Laufzeit in Ausübung und Durchführung des Vertrages wird in deutscher Sprache geführt. Ansprüche auf Versicherungsleistung können ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers weder abgetreten noch verpfändet werden.

6. Welcher Gerichtsstand gilt?

Ansprüche aus dem Gruppenversicherungsvertrag können entweder bei dem Gericht geltend gemacht werden, das für den Wohnsitz des Inhabers der ADAC Kreditkarte oder für den Geschäftssitz des Versicherers örtlich zuständig ist. Der Versicherer kann Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich bei dem Gericht geltend machen, das für den Inhaber der ADAC Kreditkarte örtlich zuständig ist. Für den Fall, dass der Inhaber der ADAC Kreditkarte seinen Wohnsitz oder seinen gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb Deutschlands verlegt hat, oder der Wohnsitz oder sein gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist, gilt das Gericht als vereinbart, das für den Geschäftssitz des Versicherers örtlich zuständig ist. In der ADAC Reise-Rechtsschutzversicherung für Mietfahrzeuge wird auf die Einrede der fehlenden örtlichen Zuständigkeit verzichtet, falls gegen den Versicherer vor einem anderen deutschen Gericht, als dem des Geschäftssitzes des Versicherers Klage erhoben wird.

7. An wen kann sich der Inhaber der ADAC Kreditkarte bei Meinungsverschiedenheiten wenden?

Sollte der Inhaber der ADAC Kreditkarte einmal Grund zur Beschwerde haben, kann er sich direkt an die jeweilige Versicherung wenden. Unabhängig davon nimmt die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, Beschwerden über deutsche Versicherer entgegen.

Die ADAC Versicherung AG nimmt nicht an einem Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle nach dem Verbraucherstreitbeilegungsgesetz teil.

8. Datenschutzinformation ADAC Versicherungen

Weitere Informationen zur Verarbeitung der Daten durch die ADAC Versicherung AG befinden sich unter www.adac.de/Datenschutz.

A. ADAC Auslandskrankenschutz 100

§ 1 Wer sind die versicherten Personen?

1. Versicherungsschutz besteht für den Inhaber der ADAC Kreditkarte. Bei der Hauptkarte der ADAC Kreditkarte ist darüber hinaus auch der Ehe- oder Lebenspartner in eingetragener Lebenspartnerschaft sowie der nichteheliche Lebenspartner in häuslicher Gemeinschaft versichert. Über die Hauptkarte der ADAC Kreditkarte sind auch die minderjährigen Kinder des Inhabers der Hauptkarte versichert. Ebenso sind die minderjährigen Kinder des Ehe- oder Lebenspartners in eingetragener Lebenspartnerschaft sowie des nichtehelichen Lebenspartners des Inhabers der Hauptkarte versichert, soweit diese mit dem Inhaber der Hauptkarte in häuslicher Gemeinschaft leben.
2. Bei der Partnerkarte der ADAC Kreditkarte ist der Inhaber der Partnerkarte versichert sowie sein auf der Auslandsreise geborenes Kind während dieser Auslandsreise.
3. Allein der Inhaber der ADAC Kreditkarte ist berechtigt, den Versicherungsschutz beim Versicherer für sich persönlich und auch für die anderen versicherten Personen geltend zu machen.

§ 2 In welchem Umfang wird der Versicherungsschutz erbracht?

1. Im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen wird Versicherungsschutz bei akuter, unerwarteter Erkrankung, Verletzung und einem unerwarteten Todesfall erbracht. Die Leistungen umfassen
 - a) den Informations-Service vor und während der Reise (§ 9);

- b) die medizinisch notwendige ambulante Behandlung durch Ärzte einschließlich des Ersttransportes zum nächst erreichbaren geeigneten Arzt oder Krankenhaus sowie Betreuungs- und Rückreisekosten für Kinder (§ 10);
 - c) die medizinisch notwendige stationäre Behandlung einschließlich des Verlegungs-transportes (§ 11);
 - d) die medizinisch notwendige Behandlung durch den Zahnarzt (§ 12);
 - e) den Rücktransport des Patienten zu einem Krankenhaus in Deutschland (§ 13);
 - f) Such-, Rettungs- und Bergungskosten (§ 14);
 - g) im Todesfall die Überführung nach Deutschland oder die Bestattung am ausländischen Sterbeort (§ 15);
 - h) Telefonkosten zur Meldung eines stationären Krankenhausaufenthaltes, eines Krankenrücktransportes oder eines Todesfalles (§ 16).
- Die Leistungen werden im Wege der Kostenerstattung oder als Serviceleistung erbracht. Serviceleistungen sind der Informations-Service (§ 9), die Zahlungsgarantie gegenüber einem Krankenhaus (§ 11 Nr. 2), der Krankenrücktransport (§ 13) und die Überführung Verstorbener (§ 15).
2. Kein Versicherungsschutz besteht
- a) wenn die versicherte Person vor Reiseantritt wusste oder es für sie absehbar war, dass vor Reiseantritt bekannte Beschwerden, Erkrankungen oder Verletzungen während des Auslandsaufenthaltes behandlungsbedürftig werden;
 - b) wenn die Behandlung im Ausland der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;
 - c) für Erkrankungen, für Verletzungen und für Todesfälle, die durch Kernenergie verursacht wurden;
 - d) für Krankheiten und deren Folgen, für Todesfälle und für Folgen von Unfällen, die durch vorhersehbare Kriegseignisse oder Unruhen oder durch die aktive Teilnahme an Kriegseignissen oder Unruhen verursacht und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind. Als vorhersehbar gelten Kriegseignisse oder innere Unruhen insbesondere dann, wenn das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland – vor Reisebeginn – für das jeweilige Land eine Reisewarnung ausspricht;
 - e) wenn die versicherte Person Berufssportler ist, für Verletzungen, die durch die aktive Teilnahme an Sportwettkämpfen und dem dazugehörigen Training verursacht wurden;
 - f) für Hypnose, psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung einschließlich der hierfür verwendeten Arzneimittel;
 - g) für vorsätzlich herbeigeführte oder auf der missbräuchlichen Verwendung von Medikamenten, Drogen, Alkohol oder Sucht beruhenden Erkrankungen und Verletzungen und deren Folgen, sowie für versuchten oder vollendeten Suizid. Ebenso ausgeschlossen sind Unfälle, die der versicherten Person bei der Ausführung oder dem Versuch einer vorsätzlichen Straftat zustoßen;
 - h) wenn die versicherte Person über Umstände zu täuschen versucht, die Einfluss auf den Grund oder die Höhe der Leistung haben.
 - i) die leistungsbezogenen Ausschlüsse befinden sich in § 10 Nr. 2 (ambulante Behandlung), § 11 Nr. 3 (stationäre Behandlung) und § 12 Nr. 2 (zahnärztliche Behandlung).
3. Die versicherten Personen haben im Schadensfall besondere Obliegenheiten nach § 6 zu beachten.

§ 3 Wie hoch ist die Selbstbeteiligung?

Pro Versicherungsfall und pro versicherte Person wird eine Selbstbeteiligung in Höhe von 100 Euro berechnet.

§ 4 In welchen Ländern gilt der ADAC Auslandskrankenenschutz 100?

Der Versicherungsschutz besteht auf der ganzen Welt mit Ausnahme Deutschlands und des Landes, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat.

§ 5 Ab wann und wie lange besteht Versicherungsschutz?

1. Der Versicherungsschutz wird ab Grenzübertritt in das Ausland gewährt.
2. Der Versicherungsschutz besteht für die ersten 45 Tage einer jeden Auslandsreise während der Laufzeit der ADAC Kreditkarte, sofern die ADAC Kreditkarte spätestens vor Grenzübertritt abgeschlossen wurde. Wurde die ADAC Kreditkarte während der Auslandsreise beantragt, besteht für diese Reise kein Versicherungsschutz.
3. Der Versicherungsschutz endet
 - a) mit Grenzübertritt nach Deutschland. Dies gilt auch, wenn die gesundheitliche Beeinträchtigung und die medizinische Behandlung in Deutschland fort dauern. Beim Krankenrücktransport und bei der Überführung Verstorbener endet der Versicherungsschutz mit dem Ende des Transportes in Deutschland.
 - b) spätestens 45 Tage nach Beginn des jeweiligen Auslandsaufenthaltes. Ist die geplante Rückreise innerhalb der 45 Tage der Auslandsreise aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich der Versicherungsschutz bis zum Tage der Transportfähigkeit.
 - c) mit Beendigung des Kreditkartenvertrages. Ist die geplante Rückreise über diesen Zeitpunkt hinaus aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich der Versicherungsschutz über das Vertragsende hinaus bis zum Tage der Transportfähigkeit.

§ 6 Welche Pflichten (Obliegenheiten) hat die versicherte Person im Schadensfall zu beachten und welche Folgen hat die Verletzung einer dieser Pflichten?

1. Die versicherte Person oder eine autorisierte Person haben
 - a) den Versicherer über die angegebenen Telefonnummern, rund um die Uhr dienstbereit, oder über die ADAC Notrufstationen im Ausland in folgenden Fällen unverzüglich zu verständigen, damit die notwendigen Maßnahmen eingeleitet werden können:
 - stationäre Behandlung (§ 11)
 - Krankenrücktransport (§ 13)
 - Überführung im Todesfall (§ 15)

- b) den Versicherer vollständig und wahrheitsgemäß über sämtliche Umstände des Schadens zu unterrichten. Auf Verlangen sind Auskünfte in Textform zu erteilen und mit geeigneten Unterlagen nachzuweisen. Beginn und Ende der Auslandsreise sind auf Verlangen zu belegen.
2. Der Versicherer ist berechtigt, in Fällen, in denen Leistungen geltend gemacht werden, Informationen von den Ärzten der versicherten Person und anderen für die Prüfung und Abwicklung des Falles wichtigen Stellen einzuholen, soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung der Leistungspflicht oder des Leistungsumfanges erforderlich ist. Insoweit ist die versicherte Person verpflichtet, die Ärzte von ihrer Schweigepflicht zu entbinden. Im Schadensfall ist die versicherte Person verpflichtet, sich auf Verlangen des Versicherers durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
 3. Verletzt eine versicherte Person vorsätzlich eine der vorgenannten Pflichten hat sie keinen Versicherungsschutz. Verletzt eine versicherte Person ihre Pflichten grob fahrlässig, ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weist die versicherte Person nach, dass sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Der Versicherer ist 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 der Leistungspflicht ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn die versicherte Person die Pflicht arglistig verletzt hat.

§ 7 Wie werden Versicherungsleistungen abgerechnet?

1. Der Versicherer erstattet auf Originalbelege und ist berechtigt, Zahlungsnachweise zu verlangen. Die Originalbelege werden Eigentum des Versicherers. Wurden diese einer anderen Institution zur Erstattung vorgelegt, so genügen in diesem Fall Rechnungszweifchriften, wenn darauf die Höhe der Erstattungen mit einem Originalerstattungsstempel vermerkt ist.
2. 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. Bei Rezepten muss außerdem der Name und Preis des ärztlich verordneten Arzneimittels mit Zahlungsbestätigung vermerkt sein. Im Todesfall ist eine ärztliche oder amtliche Bescheinigung der Todesursache beizufügen.
3. Der Versicherer ist berechtigt, direkt und mit befreiender Wirkung an einen Leistungserbringer zu leisten.
4. Ist der Rechnungsbetrag in ausländischer Währung ausgewiesen, so erstattet der Versicherer in Euro. Maßgeblich ist der von den deutschen Landesbanken gemeinsam festgelegte Devisenkurs zum Zeitpunkt des Eingangs der Belege bei uns. Weist die versicherte Person den von ihr gewechselten Kurs nach, so wird dieser bei der Erstattung berücksichtigt.
5. Ansprüche auf Versicherungsleistung können ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers weder abgetreten noch verpfändet werden.

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

1. 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 der versicherten Person frei, wem sie den Schadensfall meldet. Wird der Schadensfall der ADAC Versicherung AG gemeldet, wird diese im Rahmen der Bedingungen in Vorleistungen treten und sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden.
2. Hat die versicherte Person aufgrund desselben Schadensfalles neben den Ansprüchen auf Leistung der ADAC Versicherung AG auch Erstattungsansprüche gleichen Inhalts gegen Dritte, kann sie insgesamt keine Entschädigung verlangen, die ihren Gesamtschaden übersteigt.
3. Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge, Beihilfe oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz deren Leistungen notwendig bleiben.

§ 9 Informationsservice

1. Vor der Auslandsreise informiert der Versicherer auf Wunsch über vorgeschriebene oder empfohlene Schutzimpfungen für das Reiseland gemäß den Veröffentlichungen deutscher Gesundheitsbehörden sowie den Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation.
2. Der Versicherer benennt – soweit möglich – während der Auslandsreise einen Deutsch oder Englisch sprechenden Arzt vor Ort oder den Namen eines Krankenhauses in der Nähe.
3. In einem medizinischen Notfall oder bei einem Todesfall während der Auslandsreise verständigt der Versicherer auf Wunsch die nächsten Angehörigen der versicherten Person.

§ 10 Welche Leistungen werden bei ambulanter ärztlicher Behandlung erbracht?

1. Es ist eine akute, unerwartete Erkrankung oder eine Verletzung im Ausland eingetreten. Eine versicherte Person benötigt eine ambulante Behandlung. Der Versicherer erstattet Kosten für
 - a) die Erstversorgung durch den Notarzt und den Transport zum nächst erreichbaren geeigneten Arzt oder Krankenhaus im medizinischen Notfall;
 - b) die medizinisch notwendige ambulante ärztliche Untersuchung und Behandlung, soweit nachfolgend keine Einschränkungen bestehen;
 - c) ärztlich verordnete Arzneimittel, Verbandstoffe, ruhigstellende Verbände und Kosten für Geh-, Steh- und Laufhilfen;
 - d) Röntgendiagnostik;
 - e) nach Verletzung erforderliche, ärztlich verordnete Physiotherapie und Strahlenbehandlung;
 - f) ärztliche Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen und von medizinisch bedingten Schwangerschaftsunterbrechungen;
 - g) ärztliche Behandlung von Fehl- und Frühgeburten bis einschließlich der 36. Schwangerschaftswoche;

- h) ärztlich verordnete Hilfsmittel, die nach akuter, unerwarteter Erkrankung oder Verletzung erstmals notwendig werden;
 - i) die Betreuung vor Ort und Rückreise der mitversicherten minderjährigen Kinder, die den Auslandsaufenthalt allein fortsetzen oder abbrechen müssen, weil keine Betreuungsperson vorhanden ist. Die Leistung wird auch im Todesfall erbracht, § 15 Nr. 3.
2. Der Versicherer leistet nicht für
- a) Aufwendungen, die in Deutschland entstanden sind, selbst wenn es sich um Folgen einer Erkrankung oder Verletzung handelt, die während einer Auslandsreise eingetreten sind;
 - b) Brillen, Kontaktlinsen, Hörgeräte, Nähr- und Stärkungsmittel, kosmetische Präparate sowie für ärztliche Gutachten;
 - c) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen;
 - d) kosmetische Behandlung und Schönheitsoperationen;
 - e) Geburten nach der 36. Schwangerschaftswoche;
 - f) Untersuchung und Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder; nachgewiesene Sachkosten werden erstattet.

§ 11 Welche Leistungen werden bei stationärer Behandlung erbracht?

1. Es ist eine akute, unerwartete Erkrankung oder eine Verletzung im Ausland eingetreten. Eine versicherte Person benötigt eine stationäre Behandlung. Der Versicherer erstattet die Kosten für
 - a) stationäre Krankenhausbehandlung einschließlich Unterkunft, Verpflegung und Operationen; bei mitversicherten minderjährigen Kindern auch die Kosten der Unterkunft einer nahestehenden Begleitperson im selben Krankenhauszimmer.
Voraussetzung ist, dass das Krankenhaus unter ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt. Nicht gewählt werden können Krankenhäuser, die auch Kuren oder Sanatoriumsbehandlungen durchführen, außer es handelt sich um eine medizinische Notfallbehandlung.
 - b) einen medizinisch notwendigen Verlegungstransport vom erstversorgenden Krankenhaus in ein anderes Krankenhaus;
 - c) alle Leistungen, die auch bei ambulanter ärztlicher Untersuchung und Behandlung von uns übernommen werden (§ 10 Nr. 1).
2. Bei einer stationären Krankenhausbehandlung gibt die ADAC Versicherung AG – soweit erforderlich – dem Krankenhaus eine Zahlungsgarantie bis maximal 13.000 Euro. Die Abgabe der Zahlungsgarantie ist keine Anerkennung der Leistungspflicht. Ist erkennbar, dass es sich um nicht versicherte Kosten handelt, kann von dem Inhaber der ADAC Kreditkarte eine Sicherheit in Höhe der Zahlungsgarantie verlangt werden. Besteht kein Anspruch nach § 11 Nr. 1, ist der ausbezahlte Garantiebetrug nach Rechnungsstellung von dem Inhaber der ADAC Kreditkarte zurückzuzahlen.
3. Der Versicherer leistet nicht in den Fällen, in denen auch bei ambulanter ärztlicher Untersuchung und Behandlung keine Leistung erbracht werden (§ 10 Nr. 2).

§ 12 Welche Leistungen werden bei zahnärztlicher Behandlung erbracht?

1. Es ist eine akute, unerwartete Zahnerkrankung oder eine Verletzung im Ausland eingetreten. Eine versicherte Person benötigt eine zahnärztliche Behandlung. Der Versicherer erstattet Kosten für
 - a) schmerzstillende zahnärztliche Behandlung einschließlich einfacher Füllungen;
 - b) Reparaturen von Zahnersatz und von kieferorthopädischen Geräten;
 - c) Röntgendiagnostik.
2. Die Versicherer leistet nicht für kieferorthopädische Maßnahmen, Zahnersatz, Zahnkronen, Provisorien und die damit zusammenhängenden Behandlungen.

§ 13 Wann wird ein Krankenrücktransport durchgeführt?

1. Es ist eine akute, unerwartete Erkrankung oder eine Verletzung im Ausland bei einer versicherten Person eingetreten. Ist ein Rücktransport zu einem Krankenhaus an den Wohnsitz der versicherten Person in Deutschland oder zu einem anderen geeigneten Krankenhaus in Deutschland nach Abstimmung des ADAC Arztes mit dem behandelnden Arzt medizinisch sinnvoll und vertretbar (z. B. Dauer des Krankenhausaufenthaltes im Ausland länger als 14 Tage), so wird der Transport vom ADAC Arzt angeordnet.
2. Der ADAC Arzt entscheidet über den Transportzeitpunkt, das geeignete Transportmittel und die Betreuung während des Transportes. Der Versicherer führt den Transport selbst durch oder veranlasst ihn.
3. Der Versicherer übernimmt die Kosten des durchgeführten oder veranlassten Transportes einschließlich der von ihm oder den Behörden angeordneten Betreuung.

§ 14 Welche Kosten werden bei einer Personenbergung übernommen?

Wenn eine versicherte Person im Ausland erkrankt oder verletzt wird und deshalb von einem Rettungsdienst gesucht, gerettet oder geborgen werden muss, erstattet der Versicherer die Kosten dieser Aktion bis zu maximal 2.600 Euro pro versicherter Person. Dies gilt auch im Todesfall.

§ 15 Welche Leistungen werden in einem Todesfall erbracht?

1. Es ist im Ausland unerwartet eine versicherte Person verstorben. Der Versicherer überführt die verstorbene Person an ihren letzten Wohnsitz in Deutschland und übernimmt die hierfür notwendigen Kosten.
2. Anstelle der Überführung werden die erforderlichen Kosten einer Beerdigung oder einer Feuerbestattung am Sterbeort bis maximal 10.000 Euro pro versicherter Person übernommen.
3. Betreuungs- und Rückreisekosten für mitversicherte minderjährige Kinder werden gemäß § 10 Nr. 1 i, erstattet.

§ 16 Telefonkosten

Telefonkosten zur Meldung eines stationären Krankenhausaufenthaltes im Ausland sowie zur Abforderung eines Krankenrücktransportes oder einer Überführung im Todesfall werden bis maximal 52 Euro pro Schadensfall übernommen.

B. ADAC Reiserücktritts- und Reiseabbruch-Versicherung

Allgemeiner Teil

§ 1 Was ist eine versicherte Reise und wie hoch ist die Versicherungsleistung?

1. Versicherungsschutz besteht weltweit für jede mit einer gültigen ADAC Kreditkarte (Haupt- oder Partnerkarte) bis 10.000 Euro (Versicherungssumme) Gesamtreisepreis bezahlten Reise, unabhängig von der Anzahl der mitreisenden, versicherten Personen gemäß § 2.
2. Als versicherte Reise gelten sowohl Pauschalreisen als auch einzeln gebuchte Transport- oder Mietleistungen. Darunter fallen z. B. Schiffsreisen, Flugbuchungen, Mietwagen, gebuchte Hotelzimmer oder Ferienwohnungen. Als eine Reise gelten alle Reisebausteine und Einzelleistungen, die zeitlich und örtlich aufeinander abgestimmt genutzt werden.
 - 2a. Für Pauschalreisen gilt:
Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist die Bezahlung der Pauschalreise mit der ADAC Kreditkarte.
Sofern eine vollständige Bezahlung der Pauschalreise mit der ADAC Kreditkarte nicht möglich ist, gelten folgende Voraussetzungen für den Versicherungsschutz:
 - Mindestens 50 % des Gesamtreisepreises müssen mit der ADAC Kreditkarte bezahlt werden oder
 - falls keine Anzahlung mit der ADAC Kreditkarte geleistet wird, muss durch den Reiseveranstalter/Vermittler unmissverständlich und schriftlich auf der Reisebuchung bestätigt werden, dass alle weiteren Zahlungen mit der ADAC Kreditkarte getätigt werden. Zudem müssen alle weiteren angefallenen Zahlungen auf den Reisepreis mit der ADAC Kreditkarte geleistet worden sein, insbesondere auch die Rücktrittskosten (Stornokosten).
 - 2b. Für einzeln gebuchte Transport- oder Mietleistungen gilt:
Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist die Bezahlung jeder einzelnen gebuchten Transport- oder Mietleistung mit der ADAC Kreditkarte.
Sofern eine vollständige Bezahlung jeder einzelnen gebuchten Transport- oder Mietleistung mit der ADAC Kreditkarte nicht möglich ist, gelten folgende Voraussetzungen für den Versicherungsschutz:
 - Mindestens 50 % jeder einzeln gebuchten Transport- oder Mietleistung müssen mit der ADAC Kreditkarte bezahlt werden oder
 - falls keine Anzahlung mit der ADAC Kreditkarte geleistet wird, muss durch den Reiseveranstalter/Vermittler unmissverständlich und schriftlich auf der Reisebuchung bestätigt werden, dass alle weiteren Zahlungen mit der ADAC Kreditkarte getätigt werden. Zudem müssen alle weiteren angefallenen Zahlungen auf den Reisepreis mit der ADAC Kreditkarte geleistet worden sein, insbesondere auch die Rücktrittskosten (Stornokosten).

Ist die Zahlung erst am gebuchten Aufenthaltsort fällig, muss durch den Anbieter der Transport- oder Mietleistung oder den Reiseveranstalter/Vermittler unmissverständlich und schriftlich auf der Reisebuchung bestätigt werden, dass die Zahlung des Reisepreises vollständig mit der ADAC Kreditkarte erfolgt. Kommt es aufgrund Rücktritt vom Reisevertrag nicht zur vereinbarten Zahlung vor Ort, sind die gesamten Stornokosten mit der ADAC Kreditkarte zu leisten.

3. Nicht versichert sind Reisen, die mit einer gültigen ADAC Kreditkarte bezahlt wurden, deren Rücktritt oder Abbruch jedoch zu einem Zeitpunkt erfolgt, an dem die ADAC Kreditkarte nicht mehr gültig ist.
4. Ist der Gesamtreisepreis höher als 10.000 Euro gelten die gesetzlichen Regelungen zur Unterversicherung gemäß § 75 VVG.
5. Eine versicherte Reise liegt nicht vor, wenn es sich um eine beruflich oder dienstlich veranlasste Reise handelt. Dazu zählen insbesondere der Weg von und zur Arbeit und Geschäftsreisen.

§ 2 Wer sind die versicherten Personen?

1. Versichert sind der Inhaber der gültigen ADAC Kreditkarte sowie weitere maximal fünf Personen die in der Reiseanmeldung namentlich genannt sind. Der Inhaber der ADAC Goldkarte, mit dessen Karte die Reise bezahlt wird, muss an der Reise teilnehmen.
2. Allein der Inhaber der ADAC Kreditkarte ist berechtigt, den Versicherungsschutz beim Versicherer für sich persönlich und auch für die anderen versicherten Personen geltend zu machen.

§ 3 Was sind „Risikopersonen“?

Risikopersonen sind solche Personen, bei denen ein gemäß §§ 7, 14 versichertes Ereignis eintritt, das eine versicherte Person zur Reiseabsage, zu einem verspäteten Reiseantritt, zu einem Reiseabbruch oder einer verspäteten Heimreise veranlasst hat. Risikopersonen sind:

1. der Inhaber der ADAC Kreditkarte;
2. der Ehe- oder Lebenspartner in eingetragener Lebenspartnerschaft, der nichteheliche Lebenspartner und dessen Kinder in häuslicher Gemeinschaft, die Eltern, Kinder, Stiefeltern, Stiefkinder, Adoptiveltern, Adoptivkinder, Enkelkinder, Großeltern, Schwiegereltern, Schwiegersohn und -tochter, Geschwister, Schwager, Schwägerin der versicherten Person;
3. Betreuungspersonen, die nicht mitreisende minderjährige oder pflegebedürftige Angehörige einer versicherten Person betreuen. Als Angehörige gelten die unter Nr. 2 genannten Personen;
4. Die anderen versicherten Personen, die mit dem Inhaber der ADAC Kreditkarte eine gemeinsame Reise gebucht haben und mit Namen auf der Buchung vermerkt sind sowie deren Angehörige, die unter der Nr. 2 aufgezählt sind.

5. Haben mehr als sechs Personen gemeinsam eine Reise gebucht, gelten nur die jeweiligen Angehörigen des Inhabers der ADAC Kreditkarte und die der weiteren versicherten Personen als Risikopersonen, nicht mehr die mitreisenden Personen untereinander. Als Angehörige gelten die unter Nr. 2 genannten Personen.

§ 4 Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

Versicherungsschutz beginnt im Konkreten mit der Bezahlung der Reise mit der ADAC Kreditkarte gemäß § 1 und endet mit Beendigung der versicherten Reise.

§ 5 Wie hoch ist die Selbstbeteiligung?

Eine Selbstbeteiligung in Höhe von 100 Euro fällt bei jedem Versicherungsfall an. Bei Krankheit als Auslöser für den Versicherungsfall beträgt die Selbstbeteiligung 20 % des erstattungsfähigen Schadens, mindestens 100 Euro pro Versicherungsfall.

§ 6 Was gilt, wenn Dritte ebenfalls verpflichtet sind, Leistungen zu erbringen (Subsidiarität)?

Soweit im Versicherungsfall ein Dritter leistungs verpflichtet 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 dem Inhaber der ADAC Kreditkarte frei, wem er den Versicherungsfall meldet. Meldet der Inhaber der ADAC Kreditkarte den Versicherungsfall der ADAC Versicherungs AG, wird diese im Rahmen der Bedingungen in Vorleistung treten.

ADAC Reiserücktritts-Versicherung

§ 7 Bei welchen Ereignissen besteht Versicherungsschutz und was sind die Voraussetzungen?

1. Versicherungsschutz besteht, sofern die Voraussetzungen der Nr. 2 erfüllt sind, bei:
 - a) Tod, schwerem Unfall, unerwarteter schwerer Erkrankung (Erläuterungen siehe Anhang), Schwangerschaft oder unerwarteter Impfunverträglichkeit bei einer versicherten Person oder einer Risikoperson;
 - b) Bruch von Prothesen oder Lockerung von implantierten Gelenken bei einer versicherten Person;
 - c) Verlust des Arbeitsplatzes der versicherten Person durch eine unerwartete betriebsbedingte Kündigung des Arbeitgebers;
 - d) Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses durch die versicherte Person, sofern diese Person bei der Reisebuchung arbeitslos war und die Agentur für Arbeit der Reise zugestimmt hat;
 - e) Arbeitsplatzwechsel der versicherten Person, vorausgesetzt, die versicherte Reise wurde vor Kenntnis des Arbeitsplatzwechsels gebucht und die versicherte Reisezeit fällt in die Probezeit der neuen beruflichen Tätigkeit, maximal jedoch in die ersten 6 Monate der neuen beruflichen Tätigkeit;
 - f) Schaden am Eigentum der versicherten Person infolge von Feuer, Leitungswasser, eines Elementarereignisses oder einer vorsätzlichen Straftat eines Dritten, sofern der Schaden erheblich oder die Anwesenheit der versicherten Person zur Schadenfeststellung erforderlich ist;
 - g) Wiederholung einer nicht bestandenen Prüfung an einer Schule oder Universität durch die versicherte Person, sofern der Termin für die Wiederholungsprüfung unerwartet in die versicherte Reisezeit fällt;
 - h) unerwartete Einberufung der versicherten Person zum Grundwehrdienst, zu einer Wehrübung oder zum Zivildienst, sofern der Termin nicht verschoben werden kann und die Stornogebühren nicht von einem anderen Kostenträger übernommen werden;
 - i) unerwarteter Anordnung einer persönlichen Quarantäne durch eine öffentliche Behörde gegenüber einer versicherten Person. Grund dafür ist der Verdacht, dass diese Person mit einer ansteckenden Erkrankung (einschließlich einer epidemischen oder pandemischen Erkrankung, z. B. Covid-19) in Berührung gekommen ist. Quarantäne ist eine vorgeschriebene Beschränkung des Aufenthaltsortes, um die Ausbreitung einer ansteckenden Krankheit zu verhindern.
Nicht versichert ist die Anordnung einer Quarantäne, die allgemein für die Bevölkerung eines bestimmten Gebietes (z. B. Gemeinde, Stadt, Landkreis) oder ein gesamtes Schiff gilt.
Außerdem besteht kein Versicherungsschutz im Falle der Anordnung einer Quarantäne, die ausgesprochen wird, weil die versicherte Person wissentlich zuvor in ein staatlich deklariertes Risikogebiet gereist oder aus einem derartigen Risikogebiet gekommen ist.
2. Voraussetzung für den Versicherungsschutz im Sinne der Nr. 1 ist, dass die Reiseunfähigkeit bei der versicherten Person nach der allgemeinen Lebenserfahrung zu erwarten ist und dass ihr der Eintritt der Reise objektiv nicht zugemutet werden kann.

§ 8 Wann und wofür besteht kein Versicherungsschutz?

Kein Versicherungsschutz besteht,

1. wenn der Versicherungsfall bei Abschluss des Kreditkartenvertrages oder zum Zeitpunkt der Reisebuchung für die versicherte Person vorhersehbar war, d. h. wenn die versicherte Person von dem Eintritt des Versicherungsfalles wusste oder damit rechnen musste.
2. wenn der Versicherungsfall auf Krieg, innere Unruhen, auf Kernenergie, Reisewarnungen des Auswärtigen Amtes der Bundesrepublik Deutschland oder Terroranschläge zurückzuführen ist;
3. wenn die versicherte Person über Umstände zu täuschen versucht, die Einfluss auf den Grund oder die Höhe der Leistung haben;
4. wenn die versicherte Person den Versicherungsfall oder das versicherte Ereignis vorsätzlich herbeigeführt hat. Hat die versicherte Person den Versicherungsfall grob fahrlässig herbeigeführt, ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

§ 9 Wann werden die Reiserücktrittskosten (Stornokosten) einer Reise erstattet?

Kann eine versicherte Person eine Reise aus einem der gemäß § 7 versicherten Ereignisse nicht antreten, übernimmt der Versicherer die Reiserücktrittskosten (Stornokosten) der versicherten Reise, die die versicherte Person vertraglich auf Grund ihrer Buchung oder Reservierung bezahlen muss. Die maximale Höhe der erstattungsfähigen Kosten richtet sich nach der Versicherungssumme.

Reiserücktrittskosten (Stornokosten) sind alle Kosten, die die versicherte Person gegenüber ihrem Vertragspartner/Reiseveranstalter infolge des Rücktritts vom Vertrag vor Reisebeginn (Stornierung) zahlen muss, bzw., die die versicherte Person aufgrund des Reiserücktritts oder des Nichtantritts der Reise nicht mehr erstattet bekommt. Davon ausgenommen sind Bearbeitungsgebühren des Vertragspartners/Reiseveranstalters im Zusammenhang mit dem Reiserücktritt.

§ 10 Wann werden Reisevermittlungsentgelte erstattet?

Besteht ein Anspruch auf Ersatz der Reiserücktrittskosten (Stornokosten) gemäß § 9, erstattet der Versicherer das dem Reisevermittler/der Buchungsstelle geschuldete Vermittlungsentgelt bis maximal 100 Euro pro Reise. Voraussetzung ist, dass das Reisevermittlungsentgelt bereits zum Zeitpunkt der Buchung der Reise vertraglich geschuldet und in Rechnung gestellt wurde und die Versicherungssumme unter Einbezug der Reiserücktrittskosten (Stornokosten) nicht überschritten wird.

§ 11 Wie wird bei einem verspäteten Reiseantritt geholfen?

1. Hat die versicherte Person die Anreise mitgebucht und muss sie aus einem der gemäß § 7 versicherten Ereignisse die Reise verspätet antreten, erstattet der Versicherer die Umbuchungskosten und die notwendigen zusätzlichen Fahrt- und Unterkunftskosten, maximal bis zur Höhe der vertraglich geschuldeten Reiserücktrittskosten (Stornokosten), die bis zum Zeitpunkt des versicherten Ereignisses angefallen wären.
2. Der Umfang der Kostenerstattung richtet sich nach Art und Standard der ursprünglichen Reise. Die maximale Höhe der erstattungsfähigen Kosten richtet sich nach der Versicherungssumme.
3. Der Versicherer hilft – soweit möglich – bei der Organisation und Buchung der Anreise und einer Unterkunft.

§ 12 Wie wird bei der Verspätung öffentlicher Verkehrsmittel während der Hinreise geholfen?

1. Hat die versicherte Person infolge der Verspätung eines öffentlichen Verkehrsmittels um mindestens 2 Stunden (maßgeblich ist die verspätete Ankunft am Zielort) ein Anschlussverkehrsmittel versäumt und muss sie deshalb die Hinreise verspätet fortsetzen, erstattet der Versicherer die nachgewiesenen Kosten
 - a) bis zu 2.000 Euro pro Versicherungsfall für Fahrt und Unterkunft entsprechend Art und Standard der ursprünglich gebuchten Reise, unabhängig davon, wie viele versicherte Personen mitreisen;
 - b) bis zu 100 Euro pro Versicherungsfall für die Verpflegung pro Tag, längstens für 3 Tage, unabhängig davon, wie viele versicherte Personen mitreisen.
2. Der Versicherer hilft – soweit möglich – bei der Organisation und Buchung der Anreise und einer Unterkunft.
3. Voraussetzung für die Leistungserbringung ist, dass das Anschlussverkehrsmittel mitgebucht wurde.

§ 13 Welche Pflichten (Obliegenheiten) haben die versicherten Personen im Schadensfall zu beachten und welche Folgen hat die Verletzung einer dieser Pflichten?

Verletzt eine versicherte Person vorsätzlich eine der nachfolgend genannten Pflichten, hat sie keinen Versicherungsschutz. Verletzt sie ihre Pflichten grob fahrlässig, ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weist die versicherte Person nach, dass sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Der Versicherer ist 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 der Leistungspflicht ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn die versicherte Person die Pflicht arglistig verletzt hat. Um welche Pflichten handelt es sich hierbei?

1. a) Bei Nichtantritt der Reise: unverzügliche Stornierung bei der Buchungsstelle/Veranstalter nach Eintritt des Versicherungsfalles, um die Rücktrittskosten so gering wie möglich zu halten;
b) bei verspätetem Reiseantritt: unverzügliche Unterrichtung der Buchungsstelle/Veranstalter und Wahl der kostengünstigsten Nachreisemöglichkeit entsprechend Art und Standard der gebuchten Reise;
c) bei Verspätung öffentlicher Verkehrsmittel: Bestätigung des Beförderungsunternehmens über die Verspätung.
d) Nachweis über Bezahlung der Reise mit der ADAC Kreditkarte in Form der Kreditkartenabrechnung.
2. Unverzügliche, umfassende und wahrheitsgemäße Information und Auskunftserteilung über den Eintritt des Versicherungsfalles und den Schadenumfang gegenüber dem Versicherer, einschließlich der Vorlage der erforderlichen Nachweise über den Grund des verspäteten Antritts bzw. des Nichtantritts der Reise, z. B. Buchungsunterlagen, Stornokostenrechnung, ärztliche Bescheinigung eines (Fach-)Arztes vor Ort, Attest eines Facharztes für Psychiatrie bei psychischen Erkrankungen, Kündigungsschreiben des Arbeitgebers mit Angabe des Kündigungsgrundes, Sterbeurkunde, Polizeiprotokoll, Mutterpass. Bei Stornierung einer Ferienwohnung oder eines Ferienhauses benötigt der Versicherer zusätzlich eine Bestätigung des Vermieters, dass keine Weitervermietung möglich war.
3. Für eine Erstattung müssen die Originalrechnungen und -belege eingereicht werden. Diese werden Eigentum des Versicherers. Der Versicherer ist berechtigt Zahlungsnachweise zu verlangen. 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.

- Der Versicherer ist berechtigt, in allen Fällen, in denen Leistungen geltend gemacht werden, Informationen von Ärzten und anderen für die Prüfung und Abwicklung des Falles wichtigen Stellen einzuholen, soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung der Leistungspflicht oder des Leistungsumfangs erforderlich ist. Insoweit sind die versicherten Personen verpflichtet, diese Personen und Stellen von der Schweigepflicht zu entbinden.

ADAC Reiseabbruch-Versicherung

§ 14 Bei welchen Ereignissen besteht Versicherungsschutz und was sind die Voraussetzungen?

- Versicherungsschutz besteht, sofern die Voraussetzung der Nr. 2 erfüllt ist, bei:
 - Tod, schwerem Unfall, unerwarteter schwerer Erkrankung (Erläuterungen siehe Anhang), Schwangerschaft und unerwarteter Impfunverträglichkeit bei einer versicherten Person oder einer Risikoperson;
 - Bruch von Prothesen oder Lockerung von implantierten Gelenken bei einer versicherten Person;
 - Verlust des Arbeitsplatzes der versicherten Person durch eine unerwartete betriebsbedingte Kündigung des Arbeitgebers;
 - Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses durch die versicherte Person, sofern diese Person bei der Reisebuchung arbeitslos war und die Agentur für Arbeit der Reise zugestimmt hat;
 - Schaden am Eigentum der versicherten Person infolge von Feuer, Leitungswasser, eines Elementarereignisses oder einer vorsätzlichen Straftat eines Dritten, sofern der Schaden erheblich oder die Anwesenheit der versicherten Person zur Schadenfeststellung erforderlich ist;
 - Terroranschlag einer terroristischen Vereinigung im Sinne des deutschen Stragesetzbuches am Ort der gebuchten Unterkunft der versicherten Person, bzw. bis zu einem Umkreis von 50 km vom Ort der gebuchten Unterkunft, wenn die Reise zum frühestmöglichen Zeitpunkt nach dem Ereignis abgebrochen wird;
 - Elementarereignis am gebuchten Aufenthaltsort der versicherten Person, wenn die Reise zum frühestmöglichen Zeitpunkt nach dem Ereignis abgebrochen wird;
 - unerwarteter Anordnung einer persönlichen Quarantäne durch eine öffentliche Behörde gegenüber einer versicherten Person. Grund dafür ist der Verdacht, dass diese Person mit einer ansteckenden Erkrankung (einschließlich einer epidemischen oder pandemischen Erkrankung, z. B. Covid-19) in Berührung gekommen ist. Quarantäne ist eine vorgeschriebene Beschränkung des Aufenthaltsortes, um die Ausbreitung einer ansteckenden Krankheit zu verhindern.
Nicht versichert ist die Anordnung einer Quarantäne, die allgemein für die Bevölkerung eines bestimmten Gebietes (z. B. Gemeinde, Stadt, Landkreis) oder ein gesamtes Schiff gilt.
Außerdem besteht kein Versicherungsschutz im Falle der Anordnung einer Quarantäne, die ausgesprochen wird, weil die versicherte Person wesentlich zuvor in ein staatlich deklariertes Risikogebiet gereist oder aus einem derartigen Risikogebiet gekommen ist.
- Voraussetzung für den Versicherungsschutz im Sinne der Nr. 1 ist, dass die Reiseunfähigkeit bei der versicherten Person nach der allgemeinen Lebenserfahrung zu erwarten ist, und dass ihr die Fortsetzung der Reise objektiv nicht zugemutet werden kann.

§ 15 Wann und wofür besteht kein Versicherungsschutz?

- Kein Versicherungsschutz besteht,
 - wenn der Versicherungsfall bei Abschluss des Kreditkartenvertrages oder zum Zeitpunkt der Buchung für die versicherte Person vorhersehbar war, d. h. wenn sie von dem Eintritt des Versicherungsfalles wusste oder damit rechnen musste;
 - wenn der Versicherungsfall auf Krieg, innere Unruhen oder auf Kernenergie zurückzuführen ist oder wenn bei Abschluss des Kreditkartenvertrages oder zum Zeitpunkt der Buchung eine Reisevarianz des Auswärtigen Amtes der Bundesrepublik Deutschland wegen terroristischer Anschläge oder Elementarereignisse bestand;
 - wenn die versicherte Person über Umstände zu täuschen versucht, die Einfluss auf den Grund oder die Höhe der Leistung haben;
 - wenn die versicherte Person den Versicherungsfall oder das versicherte Ereignis vorsätzlich herbeigeführt hat. Hat sie den Versicherungsfall grob fahrlässig herbeigeführt, ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- Nicht versichert sind insbesondere Heilkosten, Krankenrücktransportkosten, Kosten für eine Begleitperson und Überführungskosten.

§ 16 Wie wird bei einem Reiseabbruch geholfen?

- Muss die versicherte Person aus einem der gemäß § 14 versicherten Ereignisse die Reise vorzeitig abbrechen, erstattet der Versicherer den anteiligen Reisepreis für nicht genutzte Reiseleistungen der versicherten Reise bis zur Höhe der Versicherungssumme abzüglich der Rückreisekosten. Die Reise ist abgebrochen, wenn die versicherte Person, die Nutzung der gebuchten Reiseleistungen endgültig aufgibt. Eine Unterbrechung der Reise, z. B. wegen eines Krankenhausaufenthaltes stellt keinen Reiseabbruch dar.
- Hat die versicherte Person die An- und Abreise mitgebucht und muss sie aus einem der gemäß § 14 versicherten Ereignisse die Reise vorzeitig abbrechen, erstattet der Versicherer die Umbuchungskosten und die notwendigen zusätzlichen Fahrt- und Unterkunftskosten.
- Aus einem der gemäß § 14 versicherten Ereignisse ist die Anwesenheit einer versicherten Person am Wohnort notwendig. Anstelle der Leistungen unter Nr. 1 und 2 erstattet der Versicherer die Fahrtkosten für eine versicherte Person zum Wohnort und wieder zurück zum Urlaubsort bis zur Höhe der nicht genutzten Reiseleistung, abzüglich der Rückreisekosten.
- Der Umfang der Kostenerstattung richtet sich nach Art und Standard der ursprünglich gebuchten Reise. Die maximale Höhe der erstattungsfähigen Kosten richtet sich nach der Versicherungssumme.
- Der Versicherer hilft – soweit möglich – bei der Organisation und Buchung der Rückreise und einer Unterkunft.

§ 17 Wie wird bei einer verspäteten Rückreise geholfen?

- Muss die versicherte Person aus einem der gemäß § 14 versicherten Ereignisse verspätet zurückreisen, erstattet der Versicherer die nachgewiesenen Kosten
 - für notwendige zusätzliche Unterkunft;
 - für Verpflegung pro Versicherungsfall bis zu 100 Euro pro Tag für längstens 3 Tage, unabhängig davon, wie viele versicherte Personen mitreisen.
- Wurde die An- und Abreise mitgebucht und muss die versicherte Person aus einem der gemäß § 14 versicherten Ereignisse verspätet zurückreisen, erstattet der Versicherer die Umbuchungskosten und die notwendigen zusätzlichen Fahrtkosten.
- Der Umfang der Kostenerstattung richtet sich nach Art und Standard der ursprünglich gebuchten Reise. Die maximale Höhe der erstattungsfähigen Kosten richtet sich nach der Versicherungssumme.
- Der Versicherer hilft – soweit möglich – bei der Organisation und Buchung der Rückreise und einer Unterkunft.

§ 18 Wie wird bei Verspätung öffentlicher Verkehrsmittel bei der Rückreise geholfen?

- Wurde infolge der Verspätung eines öffentlichen Verkehrsmittels um mindestens 2 Stunden (maßgeblich ist die verspätete Ankunft am Zielort) ein Anschlussverkehrsmittel veräußert und muss die versicherte Person deshalb verspätet zurückreisen, erstattet der Versicherer die nachgewiesenen Kosten
 - bis zu 2.000 Euro pro Versicherungsfall für Fahrt und Unterkunft entsprechend Art und Standard der ursprünglich gebuchten Reise, unabhängig davon, wie viele versicherte Personen mitreisen;
 - bis zu 100 Euro pro Versicherungsfall für die Verpflegung pro Tag, längstens für 3 Tage, unabhängig davon, wie viele versicherte Personen mitreisen.
- Der Versicherer hilft – soweit möglich – bei der Organisation und Buchung der Rückreise und einer Unterkunft.
- Voraussetzung für die Leistungserbringung ist, dass das Anschlussverkehrsmittel mitgebucht wurde.

§ 19 Wie wird bei der Unterbrechung einer Rundreise geholfen?

- Die versicherte Person befindet sich auf einer gebuchten Rundreise und kann aus einem der gemäß § 14 versicherten Ereignisse dem gebuchten Reiseverlauf vorübergehend nicht folgen.
- Der Versicherer erstattet die Nachreisekosten der versicherten Person zum Wiederanschluss an die Reisegruppe bzw. an den ursprünglich gebuchten Reiseverlauf bis zum Wert der noch nicht genutzten weiteren Reiseleistungen, abzüglich der Rückreisekosten.

§ 20 Telefonkosten

Nachgewiesene Telefonkosten zur Abforderung der Hilfe bei der Organisation von Fahrt und Unterkunft werden bis zu maximal 50 Euro übernommen.

§ 21 Welche Pflichten (Obliegenheiten) haben die versicherten Personen im Schadensfall zu beachten und welche Folgen hat die Verletzung einer dieser Pflichten?

Verletzt eine versicherte Person vorsätzlich eine der nachfolgend genannten Pflichten, hat sie keinen Versicherungsschutz. Verletzt sie ihre Pflichten grob fahrlässig, ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weist die versicherte Person nach, dass sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Der Versicherer ist 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 der Leistungspflicht ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn die versicherte Person die Pflicht arglistig verletzt hat. Um welche Pflichten handelt es sich hierbei?

- Unverzügliche, umfassende und wahrheitsgemäße Information und Auskunftserteilung über den Eintritt des Versicherungsfalles und den Schadensumfang gegenüber dem Versicherer, einschließlich der Vorlage der erforderlichen Nachweise über die Bezahlung mit der ADAC Kreditkarte in Form der Kreditkartenabrechnung, den Grund des Reiseabbruchs, der Verspätung öffentlicher Verkehrsmittel bzw. der verspäteten Rückreise, z. B. Buchungsunterlagen, Schadenmeldeformular, Rechnungen, ärztliche Bescheinigung eines (Fach-)Arztes vor Ort, Attest eines Facharztes für Psychiatrie bei psychischen Erkrankungen, Kündigungsschreiben des Arbeitgebers mit Angabe des Kündigungsgrundes, Bestätigung des Beförderungsunternehmens über die Verspätung, Sterbeurkunde, Polizeiprotokoll, Mutterpass. Bei vorzeitiger Rückgabe einer Ferienwohnung oder eines Ferienhauses benötigt der Versicherer zusätzlich eine Bestätigung des Vermieters, dass keine Weitervermietung möglich war.
- Für eine Erstattung müssen die Originalrechnungen und -belege eingereicht werden. Diese werden Eigentum des Versicherers. Der Versicherer ist berechtigt Zahlungsnachweise zu verlangen. 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.
- Der Versicherer ist berechtigt, in allen Fällen, in denen Leistungen geltend gemacht werden, Informationen von Ärzten und anderen für die Prüfung und Abwicklung des Falles wichtigen Stellen einzuholen, soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung der Leistungspflicht oder des Leistungsumfangs erforderlich ist. Insoweit sind die versicherten Personen verpflichtet, diese Personen und Stellen von der Schweigepflicht zu entbinden.

C. ADAC Verkehrsmittel-Unfallversicherung

§ 1 Wann besteht Versicherungsschutz?

1. Versicherungsschutz besteht weltweit für alle Unfälle der versicherten Personen
 - a. als Fluggast in einem Propeller-/Strahlflugzeug oder Hubschrauber.
 - b. als Benutzer eines der nachstehenden öffentlichen Verkehrsmittel: Bahn, Bus, Taxi.
 - c. als Benutzer eines Mietwagens (Pkw oder Wohnmobil während der Fahrt).Unfälle beim Ein- und Aussteigen (Nr. 1 a bis c) sind mitversichert.
2. Für die in Pauschalreisen enthaltenen Leistungen gilt der Versicherungsschutz gemäß Nr. 1 a bis c entsprechend. Dabei gelten als öffentliche Verkehrsmittel auch durch den Reiseveranstalter zur Verfügung gestellte Transportmittel. Diese müssen in Art und Nutzung mit öffentlichen Verkehrsmitteln vergleichbar sein.
3. Bei Flugreisen erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel auf dem direkten Weg zum und vom Flughafen. Auch eine vom Luftfahrtunternehmen durchgeführte ersatzweise Beförderung ist mitversichert.

§ 2 Was ist die Voraussetzung für die Gewährung des Versicherungsschutzes?

1. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist die Bezahlung des öffentlichen Verkehrsmittels, des Mietwagens oder der Pauschalreise mit der ADAC Kreditkarte (Haupt- oder Partnerkarte).
2. Sofern eine vollständige Bezahlung der Pauschalreise mit der ADAC Kreditkarte nicht möglich ist, müssen mindestens 50 % des Gesamtreisepreises mit der ADAC Kreditkarte bezahlt werden. Taxifahrten sind versichert, sofern die Bezahlung mit der ADAC Kreditkarte möglich ist. Dem Fahrer muss zuvor mitgeteilt werden, dass die Zahlung mit der ADAC Kreditkarte erfolgen soll.

§ 3 Wer sind die versicherten Personen?

1. Versichert sind der Inhaber der ADAC Kreditkarte sowie auf gemeinsamen Reisen mit dem Inhaber der ADAC Kreditkarte der Ehepartner oder Lebenspartner in eingetragener Lebenspartnerschaft und deren minderjährige Kinder. Anstelle des Ehepartners sind der nichteheliche Lebenspartner und dessen minderjährige Kinder mitversichert, wenn sie mit dem Inhaber der ADAC Kreditkarte in häuslicher Gemeinschaft leben. Die volljährigen Kinder der oben genannten Personen sind versichert, solange sie sich in der 1. Ausbildung befinden, längstens bis Vollendung des 27. Lebensjahres. Es sind maximal 6 Personen versichert.
2. Allein der Inhaber der ADAC Kreditkarte ist berechtigt den Versicherungsschutz beim Versicherer für sich persönlich und auch für die anderen versicherten Personen geltend zu machen.

§ 4 Was ist versichert?

1. Gegenstand der Versicherung
Der Versicherer bietet den vereinbarten Versicherungsschutz weltweit bei Unfällen der versicherten Person.
2. Unfallbegriff
Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
3. Erweiterter Unfallbegriff
Als Unfall gelten auch durch erhöhte Kraftanstrengungen verursachte
 - Schädigungen an Gliedmaßen,
 - Verrenkungen eines Gelenks,
 - Zerrungen oder Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern oder Kapseln.Bandscheiben werden von dieser Regelung nicht erfasst.

§ 5 Was ist nicht versichert?

1. Ausgeschlossene Unfälle
Kein Versicherungsschutz besteht für:
 - a) 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:
 - aa) Versicherungsschutz besteht jedoch bei Unfällen, die durch Herzinfarkt oder Schlaganfall ausgelöst wurden. Für die krankheitsbedingten Folgen erhält die versicherte Person keine weiteren Leistungen.
 - ab) Versicherungsschutz besteht ferner bei Unfällen der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen, die durch
 - Trunkenheit verursacht wurden. Sie sind versichert, wenn der Alkoholgehalt im Blut bei Lenkern von motorisierten Fahrzeugen unter 1,1 Promille und in allen sonstigen Fällen unter 2,0 Promille lag.
 - Einnahme von Medikamenten verursacht wurden. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass die Einnahme gemäß den Anweisungen des Arztes erfolgt ist. Eine entsprechende ärztliche Verordnung muss vorliegen.Ebenso versichert ist, wenn Medikamente oder K.o.-Tropfen verabreicht wurden. Diese Verabreichung muss zwangsweise oder unbemerkt erfolgt sein.
- b) Unfälle, die der versicherten Person bei dem Versuch oder der vorsätzlichen Durchführung einer Straftat zugestoßen sind.
- c) Unfälle durch Kernenergie und Strahlen.
- 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.

Ausnahme:

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person als Fluggast eines zugelassenen Flugunternehmens betroffen war.

- 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.

§ 6 Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt im Konkreten mit Besteigen und endet mit Verlassen des Verkehrsmittels.

Nicht versichert sind Unfälle, wenn das Verkehrsmittel zwar mit einer gültigen ADAC Kreditkarte bezahlt wurde, aber der Unfall zu einem späteren Zeitpunkt eintritt, an dem das Paket Reise nicht mehr gültig ist.

§ 7 Welche Leistungsarten sind vereinbart und wie hoch sind die Versicherungssummen?

Die ADAC Verkehrsmittel-Unfallversicherung enthält folgende Leistungen und Versicherungssummen:

- Invaliditätsleistung bis zu 150.000 Euro
- Verdoppelung der Invaliditätsleistung auf bis zu 300.000 Euro bei Vollinvalidität (ab 90 %)
- Todesfallleistung 150.000 Euro (für Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres 6.000 Euro)
- Krankenhaustagegeld (stationär) 30 Euro pro Tag (max. 3 Monate)
- Bergungskosten bis zu 15.000 Euro

1. Invaliditätsleistung

a) Voraussetzungen

Führt die Unfallverletzung der versicherten Person zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, besteht ein Anspruch auf Invaliditätsleistung. Die Invalidität muss innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall eingetreten sein. Spätestens innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall muss ein Arzt die Invalidität in Textform festgestellt haben. Innerhalb dieser 18 Monate muss die Invalidität dem Versicherer gegenüber geltend gemacht werden.

b) Berechnung der Leistung

- aa) Die Höhe der Invaliditätsleistung richtet sich nach dem Grad der Invalidität und der Versicherungssumme von 150.000 Euro.
- bb) 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.
- cc) Für den Verlust oder die Funktionsunfähigkeit bestimmter Körperteile oder Sinnesorgane gelten ausschließlich folgende feste Invaliditätsgrade der Gliedertaxe:

Gliedertaxe

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

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

- dd) 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.
- ee) 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.
- ff) 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 25 %, wird auf diese Kürzung verzichtet.
- gg) Sind durch den Unfall mehrere Körperteile oder Sinnesorgane betroffen, werden die jeweiligen Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden aber nicht berücksichtigt.
- hh) Führt ein Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 90 %, erbringt der Versicherer die doppelte Invaliditätsleistung. Dieser Unfall muss sich vor Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person ereignet haben.

- ii) 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, leistet der Versicherer 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 a) 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.
 - jj) Verstirbt die versicherte Person innerhalb 1 Jahres nach dem Unfall auf Grund der Unfallverletzung, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung. Es besteht ein Anspruch auf die Todesfallleistung nach Nr. 2.
2. Todesfallleistung
 - a) Führt die Unfallverletzung der versicherten Person innerhalb von 12 Monaten zum Tode, bezahlt der Versicherer eine Todesfallleistung in Höhe von 150.000 Euro. Für Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres beträgt die Todesfallleistung 6.000 Euro.
 - b) 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.
 - c) 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 25 %, verzichtet der Versicherer auf diese Kürzung.
 - d) Die Obliegenheiten gemäß § 9 Nr. 6 sind zu beachten.
 3. Krankenhaustagegeld (stationär)

Die Unfallverletzung der versicherten Person erfordert einen vollstationären Aufenthalt im Krankenhaus. Pro Tag des Aufenthaltes wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 30 Euro gezahlt. Der Anspruch auf Krankenhaustagegeld ist auf maximal 3 Monate ab dem Tag des Unfalls beschränkt.
 4. Personenberingung
 - a) Wird die versicherte Person nach einer Unfallverletzung von einem Rettungsdienst gesucht, gerettet oder geborgen, erstattet der Versicherer die hierbei angefallenen Kosten bis zu 15.000 Euro. Dies gilt auch bei einem vermuteten Unfall.
 - b) Der Versicherer erstattet die nachgewiesenen Kosten für den unfallbedingten Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus. Der Transport muss medizinisch notwendig sein.
 - c) Voraussetzung dieser Leistung ist: Ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) ist nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht. Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten. Bis maximal zur Höhe der Versicherungssumme.

§ 8 Wie sind die Versicherungsleistungen begrenzt?

1. Die Versicherungssummen stellen die Höchstleistungen für jede versicherte Person dar. Dies ist unabhängig davon, ob Versicherungsschutz über eine oder mehrere ADAC Goldkarten besteht.
2. Werden mehrere durch diesen Gruppenversicherungsvertrag versicherte Personen durch ein Schadenereignis getötet oder verletzt (Kumul-Risiko) und überschreiten die Versicherungsleistungen für diese Personen insgesamt 12.000.000 Euro, so gilt dieser Betrag als gemeinsame Höchstersatzleistung für alle Versicherten. Die Versicherungssummen für jede versicherte Person ermäßigen sich im entsprechenden Verhältnis.

§ 9 Wie muss die versicherte Person bei der Abwicklung eines Versicherungsfalls mitwirken (Obliegenheiten)?

Verletzt die versicherte Person vorsätzlich eine der nachfolgend genannten Pflichten, hat sie keinen Versicherungsschutz. Verletzt sie ihre Pflichten grob fahrlässig, ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weist die versicherte Person nach, dass sie die Obliegenheiten nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Der Versicherer ist 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
 - den Versicherer unterrichten.
2. Der Inhaber der ADAC Kreditkarte muss den Versicherer unverzüglich über den Unfall informieren und alle Umstände des Unfalles vollständig und wahrheitsgemäß mitteilen. Der Versicherer benötigt von Ihnen eine Schilderung des Unfalls in Textform mit geeigneten Nachweisen. Ein entsprechendes Unfallmeldeformular erhält der Inhaber der ADAC Kreditkarte vom Versicherer.
3. Zur schnellen und problemlosen Abwicklung des Versicherungsfalls bedarf es der Entbindung von der Schweigepflicht zur Erteilung von Auskünften. Die versicherte Person muss daher behandelnde Ärzte, beteiligte Behörden und andere für die Abwicklung des Falles wichtige Stellen von ihrer Schweigepflicht entbinden. Voraussetzung ist, dass die Kenntnis der Daten für die Beurteilung der Leistungspflicht oder des Leistungsumfanges erforderlich ist. Ein entsprechendes Formular erhält die versicherte Person vom Versicherer.
4. Im Schadensfall muss sich die versicherte Person auf Verlangen des Versicherers durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen lassen.

5. Wenn sich ein Verkehrsunfall mit Personenschaden ereignet hat, muss die versicherte Person unbedingt die Polizei hinzurufen. Ein Polizeiprotokoll ist dem Versicherer zur Verfügung zu stellen.
6. Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist dies dem Versicherer innerhalb von 48 Stunden zu melden. Im Bedarfsfall kann der Versicherer eine Obduktion veranlassen.
7. Die geltend gemachten Leistungen sind dem Versicherer durch geeignete Nachweise (z. B. Rechnungen im Original) zu belegen.

§ 10 Wann wird die Versicherungsleistung ausbezahlt?

1. Der Inhaber der ADAC Kreditkarte hat alle Unterlagen zur Prüfung des Versicherungsfalles eingereicht. Der Versicherer wird so schnell wie möglich mitteilen, ob und in welcher Höhe geleistet wird. Dies erfolgt spätestens nach 4 Wochen.
2. Bei der Invaliditätsleistung beträgt diese Zeitspanne wegen der aufwendigen Prüfung bis zu 3 Monate. Die Invaliditätsleistung kann jedoch nicht vor Ablauf des 1. Jahres nach dem Unfall verlangt werden.

Aber auch schon vor der endgültigen Entscheidung über die Höhe unserer Leistung zahlt der Versicherer dem Inhaber der ADAC Kreditkarte auf Wunsch einen angemessenen Vorschuss. Dieser wird ausgezahlt, wenn die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde nach feststeht.
3. Sobald der Versicherer den Anspruch auf finanzielle Leistung festgestellt hat, wird der Betrag innerhalb von 2 Wochen ausgezahlt.
4. Ansprüche auf Versicherungsleistung können ohne die ausdrückliche Zustimmung des Versicherers weder abgetreten noch verpfändet werden.
5. Neubemessung des Invaliditätsgrads

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

Der Inhaber der ADAC Kreditkarte und der Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Dieses Recht steht den Parteien längstens bis zu 3 Jahren nach dem Unfall zu.

 - Wenn der Versicherer eine Neubemessung wünscht, wird dies zusammen mit der Erklärung über die Leistungspflicht dem Inhaber der ADAC Kreditkarte mitgeteilt.
 - Wenn der Inhaber der ADAC Kreditkarte eine Neubemessung wünscht, muss der Inhaber der ADAC Kreditkarte dies dem Versicherer vor Ablauf der Frist mitteilen.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als der Versicherer bereits gezahlt hat, ist der Mehrbetrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.

Fristenübersicht:

Krankenhaustagegeld (stationär)

Der Anspruch auf Krankenhaustagegeld ist auf maximal 3 Monate ab dem Tag des Unfalls beschränkt.

Invaliditätsleistung

Die Invalidität muss innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall eingetreten sein. Spätestens innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall muss ein Arzt die Invalidität in Textform festgestellt haben und dem Versicherer gegenüber 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 nach einer Unfallverletzung neu beurteilt werden.

Todesfallleistung

Sollte die versicherte Person unfallbedingt innerhalb von 12 Monaten nach dem Unfall versterben, besteht Anspruch auf diese Leistung.

Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist dies dem Versicherer innerhalb von 48 Stunden zu melden.

D. ADAC Zusatz-Haftpflichtversicherung für Mietwagen im Ausland

§ 1 Was ist versichert und wie hoch ist die Versicherungsleistung?

Gegenstand der Versicherung ist die Gewährung von Versicherungsschutz für den Fall, dass die versicherte Person wegen eines Unfalles mit einem Mietwagen (Pkw, Wohnmobil) im Ausland deswegen in Anspruch genommen wird, weil die Versicherungssumme der abgeschlossenen Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung zur Deckung des Personen- und/oder Sachschadens nicht ausreicht. Versicherungsschutz besteht nach Ausschöpfung der über das Mietwagenunternehmen abgeschlossenen Kraftfahrzeug-Haftpflicht-Grunddeckung. Nicht versichert ist eine eventuelle Selbstbeteiligung der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung für den Mietwagen. Die Versicherungssumme beträgt insgesamt 1.000.000 Euro für Personen- und Sachschäden.

§ 2 Was sind die Voraussetzungen für die Gewährung des Versicherungsschutzes?

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass der Mietwagen mit der ADAC Kreditkarte (Haupt- oder Partnerkarte) bezahlt wurde und eine über das Mietwagenunternehmen abgeschlossene Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung für den Fahrer des Mietwagens besteht, die mindestens den gesetzlichen Erfordernissen des Landes genügt, in dem sich der Unfall ereignet. Baranzahlungen beeinträchtigen den Versicherungsschutz nicht, sofern bei der Buchung unmissverständlich klargestellt wird (schriftlicher Vermerk), dass die Hauptzahlung mit der ADAC Kreditkarte erfolgt und insgesamt mindestens 50 % mit der ADAC Kreditkarte bezahlt wird. Kein Versicherungsschutz besteht, wenn der Mietwagen mit einer gültigen ADAC Kreditkarte bezahlt wurde, aber der Unfall bzw. Schaden zu einem späteren Zeitpunkt stattfindet, an dem die ADAC Kreditkarte nicht mehr gültig ist.

§ 3 Wer sind die versicherten Personen?

1. Versichert sind der Inhaber der ADAC Kreditkarte sowie auf gemeinsamen Reisen mit dem Inhaber der ADAC Kreditkarte der Ehepartner oder Lebenspartner in eingetragener Lebenspartnerschaft und deren minderjährige Kinder. Anstelle des Ehepartners sind der nichteheliche Lebenspartner und dessen minderjährige Kinder mitversichert, wenn sie mit dem Inhaber der ADAC Kreditkarte in häuslicher Gemeinschaft leben. Die volljährigen Kinder der oben genannten Personen sind versichert, solange sie sich in der 1. Ausbildung befinden, längstens bis Vollendung des 27. Lebensjahres. Es sind maximal 6 Personen versichert.
2. Allein der Inhaber der ADAC Kreditkarte ist berechtigt, den Versicherungsschutz beim Versicherer für sich persönlich und auch für die anderen versicherten Personen geltend zu machen.

§ 4 Welche Leistungen werden im Versicherungsfall erbracht?

1. Die Leistungspflicht des Versicherers umfasst die Prüfung der Haftpflichtfrage, die Abwehr unberechtigter Schadenersatzansprüche und die Freistellung der versicherten Person von berechtigten Schadenersatzverpflichtungen. Berechtigt sind Schadenersatzverpflichtungen dann, wenn die versicherte Person aufgrund Gesetzes, rechtskräftigen Urteils, Anerkenntnisses oder Vergleiches zur Entschädigung verpflichtet ist und der Versicherer hierdurch gebunden ist. Anerkenntnisse und Vergleiche, die von der versicherten Person ohne Zustimmung des Versicherers abgegeben oder geschlossen worden sind, binden den Versicherer nur, soweit der Anspruch auch ohne Anerkenntnis oder Vergleich bestanden hätte. Ist die Schadenersatzverpflichtung der versicherten Person mit bindender Wirkung für sie festgestellt, hat der Versicherer die versicherte Person binnen zwei Wochen vom Anspruch des Dritten freizustellen.
2. Kommt es zu einem Rechtsstreit mit dem Geschädigten oder dessen Rechtsnachfolger über den Schadenersatzanspruch, so trägt der Versicherer den Rechtsstreit auf seine Kosten im Namen der versicherten Person.
3. Wird in einem Strafverfahren wegen eines versicherten Schadenereignisses, das einen unter den Versicherungsschutz fallenden Haftpflichtanspruch zur Folge haben kann, die Bestellung eines Verteidigers für die versicherte Person vom Versicherer gewünscht oder genehmigt, so trägt der Versicherer die Kosten des Verteidigers.
4. Falls die vom Versicherer verlangte Erledigung eines Haftpflichtanspruches durch Anerkenntnis, Befriedigung oder Vergleich am Widerstand der versicherten Person scheitert, hat der Versicherer für den von der Weigerung an entstehenden Mehraufwand für die Hauptsache, Zinsen und Kosten nicht aufzukommen.

§ 5 In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz gilt weltweit, mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland.

§ 6 Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt im Konkreten mit der Übernahme des Mietwagens und endet mit dessen Rückgabe an die Autovermietung.

§ 7 Für welche Schäden besteht kein Versicherungsschutz?

1. Versicherungsschutz wird nicht gewährt für Schäden durch Streik, innere Unruhen, Terroranschläge, Asbest, Kriegsergebnisse, Kernenergie, Beschlagnahme, Entziehung oder sonstige Eingriffe von hoher Hand.
2. Der Versicherungsschutz bezieht sich nicht auf Haftpflichtansprüche, soweit sie aufgrund Vertrages oder besonderer Zusagen über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht der versicherten Person hinausgehen.

§ 8 Welche Ansprüche sind von der Versicherung ausgeschlossen?

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Ansprüche

1. der versicherten Personen untereinander und ihrer mitreisenden Angehörigen;
2. wegen der Übertragung einer Krankheit der versicherten Person;
3. wegen Schäden an fremden Sachen, die die versicherte Person gemietet oder geliehen hat oder die Gegenstand eines Verwahrungsvertrages sind;
4. auf Entschädigung mit Strafcharakter, insbesondere punitive und exemplary damages.
5. Ebenfalls von der Versicherung ausgeschlossen sind Ansprüche, wenn der Fahrer des Mietwagens zum Zeitpunkt des Unfalls
 - a) nicht die vom Mietwagenunternehmen vertraglich eingeräumte Berechtigung hatte, den Mietwagen zu fahren,
 - b) nicht die zur Führung des Mietwagens vorgeschriebene Fahrerlaubnis hatte
 - c) Bewusstseinsstörungen durch Alkohol, Medikamente oder Drogen hatte.

§ 9 Welche Pflichten (Obliegenheiten) hat die versicherte Person im Versicherungsfall zu beachten und welche Folgen hat die Verletzung einer dieser Pflichten?

1. Jeder Versicherungsfall ist dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen. Wird ein Ermittlungsverfahren eingeleitet oder ein Strafbefehl oder Mahnbescheid erlassen, so hat die versicherte Person dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu erstatten, auch wenn sie den Versicherungsfall selbst bereits angezeigt hat. Macht der Geschädigte seinen Anspruch gegenüber der versicherten Person geltend, so ist diese zur Anzeige innerhalb einer Woche nach der Erhebung des Anspruches verpflichtet. Wird gegen die versicherte Person ein Anspruch gerichtlich geltend gemacht, die Prozesskostenhilfe beantragt oder wird ihr gerichtlich der Streit verkündet, so hat sie außerdem unverzüglich Anzeige zu erstatten. Das Gleiche gilt im Falle eines Arrestes, einer einstweiligen Verfügung oder eines Beweissicherungsverfahrens.
2. Die versicherte Person ist verpflichtet, unter Beachtung der Weisungen des Versicherers nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und alles zu tun, was zur Klarstellung des Schadenfalles dient, sofern ihr dabei nichts Unbilliges zugemutet wird. Die versicherte Person hat den Versicherer bei der Abwehr des Schadens

sowie bei der Schadenermittlung und -regulierung zu unterstützen, ihm ausführliche und wahrheitsgemäße Schadenberichte zu erstatten, alle Tatumstände, welche auf den Schadenfall Bezug haben, mitzuteilen und alle nach Ansicht des Versicherers für die Beurteilung des Schadenfalles erheblichen schriftlichen Unterlagen einzusenden.

3. Kommt es zum Prozess über den Haftpflichtanspruch, so hat die versicherte Person die Prozessführung dem Versicherer zu überlassen, dem vom Versicherer bestellten oder bezeichneten Anwalt Vollmacht zu erteilen und alle von diesem oder vom Versicherer für nötig erachteten Aufklärungen zu geben. Gegen Mahnbescheide oder Verfügungen von Verwaltungsbehörden auf Schadenersatz hat die versicherte Person, ohne die Weisung des Versicherers abzuwarten, fristgemäß Widerspruch zu erheben oder die erforderlichen Rechtsbehelfe zu ergreifen.
4. Wenn die versicherte Person infolge veränderter Verhältnisse das Recht erlangt, die Aufhebung oder Minderung einer zu zahlenden Rente zu fordern, so ist die versicherte Person verpflichtet, dieses Recht in ihrem Namen den Versicherer ausüben zu lassen. Die Bestimmungen unter Nr. 2 und 3 gelten entsprechend.
5. Der Versicherer gilt als bevollmächtigt, alle zur Beilegung oder Abwehr des Anspruchs ihm zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen der versicherten Person abzugeben.
6. Wird eine Obliegenheit aus diesem Vertrag vorsätzlich verletzt, verliert die versicherte Person ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weist die versicherte Person nach, dass er die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn die versicherte Person nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

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

Soweit im Schadensfall ein Dritter leistungsverpflichtet 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 der versicherten Person frei, wem sie den Versicherungsfall meldet. Meldet sie ihn der ADAC Versicherung AG, wird diese im Rahmen der Bedingungen in Vorleistung treten und sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden.

E. ADAC Reise-Rechtsschutzversicherung für Mietfahrzeuge

§ 1 Welche Aufgaben hat die ADAC Reise-Rechtsschutzversicherung für Mietfahrzeuge?

Im Bereich von Verkehr und Fahrzeugen trägt die ADAC Versicherung AG (im Folgenden: Versicherer) die Kosten für die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen der versicherten Person. Erforderlicher Rat und notwendige Hilfe, insbesondere durch die Benennung von erfahrenen Rechtsanwälten, sind Nebenleistungen des Versicherers. Den Inhalt der Rechtsschutzleistungen sowie deren Voraussetzungen und andere Einzelheiten regeln die folgenden Bestimmungen.

§ 2 Für wen und in welchen Rechtsangelegenheiten gibt es Versicherungsschutz?

1. Versicherungsschutz besteht für den Inhaber der ADAC Kreditkarte (Haupt- und Partnerkarte) als Mieter und Fahrer eines mit der ADAC Kreditkarte als Zahlungsmittel gemieteten Pkws, Kraftrads, Wohnmobils oder Kraftfahrzeug-Anhängers. Diese Voraussetzung wird dadurch nachgewiesen, dass
 - der Mietvertrag eine entsprechende Vereinbarung enthält oder
 - der Vermieter auf eine Kautions verzichtet, weil die ADAC Kreditkarte hierfür vorgelegt worden ist oder
 - die vollständige Zahlung mit der ADAC Kreditkarte durch den entsprechenden Kreditkartenbeleg nachgewiesen wird.
2. Die Insassen des Mietfahrzeugs nach § 2 Nr. 1 sind auch versichert.
3. Der Versicherungsschutz beginnt mit der Übergabe des Mietfahrzeugs an den Mieter. Der Versicherungsschutz endet, wenn das Paket Reise nicht mehr gültig ist, unabhängig davon, wann das Mietfahrzeug an den Vermieter zurückgegeben wird.
4. Die ADAC Reise-Rechtsschutzversicherung für Mietfahrzeuge gewährt den versicherten Personen in ihrer versicherten Eigenschaft im Zusammenhang mit dem versicherten Mietfahrzeug Versicherungsschutz. Dieser besteht in den folgenden Leistungsarten:
 - a) Schadenersatz-Rechtsschutz für die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen der versicherten Person, die allein auf gesetzlicher Haftpflicht des Schädigers beruhen;
 - b) Vertrags-Rechtsschutz für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen der versicherten Person aus Schuldverhältnissen im Zusammenhang mit dem Mietfahrzeug;
 - c) Verteidigungs-Rechtsschutz für die versicherte Person, wenn ihr vorgeworfen wird
 - eine Ordnungswidrigkeit begangen zu haben;
 - ein Vergehen fahrlässig begangen zu haben;
 - durch ihr Verhalten im Verkehr ein Vergehen vorsätzlich begangen zu haben;jedoch entfällt der Versicherungsschutz rückwirkend, wenn rechtskräftig festgestellt wird, dass die versicherte Person das Vergehen vorsätzlich begangen hat. In diesem Fall hat der Versicherer Anspruch gegen die versicherte Person auf Rückzahlung der vorläufig geleisteten Beträge.
 - d) Disziplinar-Rechtsschutz für die Verteidigung in Verfahren des Disziplinarrechts und des Standesrechts, wenn sie auf einem Tatvorwurf gemäß Nr. 4 c) beruhen;
 - e) Verwaltungs-Rechtsschutz in Verkehrssachen für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen der versicherten Person als Verkehrsteilnehmer und Fahrzeughalter vor Verwaltungsbehörden und Verwaltungsgerichten.

§ 3 Welche Rechtsangelegenheiten sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- Rechtsschutz besteht nicht für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen
 - zur Abwehr von Schadenersatzansprüchen, es sei denn, dass diese auf einer Vertragsverletzung im Zusammenhang mit dem Mietfahrzeug beruhen;
 - aus Streitigkeiten mit dem Versicherer selbst;
 - zur Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen am Mietfahrzeug;
 - in einem Bußgeldverfahren wegen des Vorwurfs eines Halt- oder Parkverstoßes;
 - aus Ansprüchen oder Verbindlichkeiten, die nach Eintritt des Rechtsschutzfalles (§ 4 Nr. 2) auf die versicherte Person übertragen worden oder übergegangen sind;
 - aus von der versicherten Person im eigenen Namen geltend gemachten Ansprüchen einer anderen Person oder aus einer Haftung für Verbindlichkeiten einer anderen Person.
- Ferner besteht kein Rechtsschutz in den Fällen des § 2 Nr. 4 a), b) und e), soweit die versicherte Person den Rechtsschutzfall und die damit gewöhnlich verbundene Kostenbelastung vorsätzlich verursacht hat. Hängt der Rechtsschutzfall ursächlich damit zusammen, dass ein begründeter Verdacht besteht, die versicherte Person habe vorsätzlich eine Straftat begangen, darf der Versicherer die Kostenübernahme bis zur Klärung der Angelegenheit durch die zuständige Stelle vorläufig verweigern.
- Der Versicherer kann den Versicherungsschutz ablehnen, wenn der voraussichtliche Kostenaufwand in einem krassen Missverhältnis zu dem angestrebten Erfolg steht und nicht besondere Belange der versicherten Person entgegenstehen.

§ 4 Welche zeitlichen Voraussetzungen gelten für den Rechtsschutzanspruch?

- Anspruch auf Rechtsschutz kann nur bestehen, wenn der Rechtsschutzfall nach dem aus § 2 Nr. 3 ersichtlichen Beginn des Versicherungsschutzes und vor dessen Ende eingetreten ist.
- Der Rechtsschutzfall tritt ein, wenn die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen der versicherten Person erforderlich wird. Die Interessenwahrnehmung gilt als erforderlich
 - für die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen ab dem Zeitpunkt, in dem das Schadenersatzanspruch zugrundeliegende Schadenereignis eingetreten ist;
 - in allen anderen Fällen ab dem Zeitpunkt, in dem die Behauptung aufgestellt wird, dass die versicherte Person oder ein anderer gegen Rechtspflichten verstoßen habe.
- Es besteht kein Anspruch auf Rechtsschutz, wenn
 - der Rechtsschutzfall ausgelöst wird durch eine Willenserklärung oder Rechtshandlung, die vor Beginn des Versicherungsschutzes vorgenommen worden ist (dieser Ausschluss gilt nur in den Fällen von § 2 Nr. 4 b) und e));
 - die Behauptung, dass die versicherte Person oder ein anderer gegen Rechtspflichten verstoßen habe, einen vor dem Beginn des Versicherungsschutzes liegenden Zeitpunkt betrifft (dieser Ausschluss gilt nicht im Falle von § 2 Nr. 4 a)).
- Ein Anspruch auf Rechtsschutz besteht nicht mehr, wenn der Rechtsschutzfall dem Versicherer später als drei Jahre nach dem Ende des Versicherungsschutzes für das betroffene Ereignis erstmals angezeigt wird. Dies gilt nicht, wenn die versicherte Person die Verspätung nicht verschuldet hat.

§ 5 Welche Leistungen sind vom Versicherungsschutz umfasst?

- Der Versicherer trägt folgende Kosten im jeweils erforderlichen Umfang:
 - Bei Eintritt eines Rechtsschutzfalles im Inland
 - die Kosten eines für die versicherte Person tätigen Rechtsanwalts bis zur Höhe der gesetzlichen Vergütung; wählt die versicherte Person einen Rechtsanwalt, der außerhalb des Bezirks des zuständigen Gerichts niedergelassen ist, hat sie die dadurch entstehenden Mehrkosten selbst zu tragen;
 - die anwaltliche Vergütung für eine Beratung oder ein Rechtsgutachten je Rechtsschutzfall bis zu einer Höhe von 250 Euro. Die Kosten sind auf eine sonstige Tätigkeit des Rechtsanwalts, die mit der Beratung oder dem Rechtsgutachten zusammenhängt, anzurechnen;
 - Bei Eintritt eines Rechtsschutzfalles im Ausland
 - die Vergütung eines im Ausland ansässigen oder eines im Inland zugelassenen Rechtsanwalts; im letzteren Fall bis zur Höhe der gesetzlichen Vergütung, die entstanden wäre, wenn das Gericht, an dessen Ort der Rechtsanwalt ansässig ist, zuständig wäre;
 - die Kosten eines vor der Regulierungsstelle bzw. der Einigungsstelle zur Regulierung von Kraftfahrzeugunfällen tätigen deutschen Rechtsanwalts ohne Anrechnung auf Kosten bei weiterer erforderlicher Interessenwahrnehmung im Ausland;
 - Weitere Kosten bis zur Höhe der Verfahrensgebühr für die Tätigkeit des Korrespondenzanwalts der versicherten Person (Nr. 3400 VV RVG), wenn die versicherte Person mehr als 100 km Luftlinie vom zuständigen Gericht entfernt wohnt und ihre Interessen vor Gericht wahrgenommen werden. Dies gilt nicht in den Fällen des Verteidigungs-Rechtsschutzes im Inland nach § 2 Nr. 4 c) sowie des § 2 Nr. 4 d) und e);
 - Die Gerichtskosten einschließlich der Entschädigung für Zeugen und Sachverständige, die vom Gericht herangezogen werden sowie die Kosten des Gerichtsvollziehers;
 - Die Kosten in Verfahren vor Verwaltungsbehörden einschließlich der Entschädigung für Zeugen und Sachverständige, die von der Verwaltungsbehörde herangezogen werden sowie die Kosten der Vollstreckung im Verwaltungswege;
 - Die übliche Vergütung für ein Gutachten eines öffentlich bestellten technischen Sachverständigen oder einer rechtsfähigen technischen Sachverständigenorganisation in Fällen von § 2 Nr. 4 c) und d) (Verteidigungs- und Disziplinar-Rechtsschutz);
- Zur außergerichtlichen Konfliktbeilegung
 - die Kosten einer Mediation in Deutschland.

Mediation eröffnet der versicherten Person die Möglichkeit der freiwilligen, außergerichtlichen Streitbeilegung. Mit Hilfe der Moderation einer neutralen Person (Mediator), die der Versicherer vermittelt, erarbeiten die Parteien eigenverantwortlich eine Problemlösung;

- der Versicherer trägt den auf die versicherte Person entfallenden Anteil an den Kosten der Mediation. Sind am Mediationsverfahren auch nicht versicherte Personen beteiligt, übernimmt der Versicherer die Kosten anteilig im Verhältnis der versicherten zu den nicht versicherten Personen;
 - für die Tätigkeit des Mediators ist der Versicherer nicht verantwortlich.
- die Gebühren eines anderen Schieds- oder Schlichtungsverfahrens bis zur doppelten Höhe der Gebühren, die im Fall der Anrufung eines zuständigen staatlichen Gerichts erster Instanz entstehen;
- Die Kosten der Reisen der versicherten Person zu einem ausländischen Gericht, wenn ihr Erscheinen vor diesem Gericht zwingend angeordnet ist; erstattet werden die Kosten bis zur Höhe der für Geschäftsreisen deutscher Rechtsanwälte nach der jeweiligen Regelung in Nr. 7003-7006 VV RVG geltenden Sätze;
 - Als Darlehen die Kautions bis zur Höhe von 25.000 Euro, die die versicherte Person stellen muss, um im Ausland einstweilen von Maßnahmen der Strafverfolgung verschont zu bleiben;
 - Die dem Gegner durch die Wahrnehmung seiner rechtlichen Interessen entstandenen Kosten, soweit die versicherte Person zu deren Erstattung verpflichtet ist;
 - Kosten für Zwangsvollstreckungsmaßnahmen mit den unten in § 5 Nr. 3 c) festgelegten Einschränkungen;
 - Kosten für die ersten beiden Anträge je Rechtsschutzfall in Gnadenverfahren sowie in Strafausschuss-, Strafaufschub- und Zahlungsverfahrensverfahren bei Freiheitsstrafen sowie bei 250 Euro übersteigenden Geldstrafen oder Geldbußen;
 - Der Versicherer sorgt für die Übersetzung der für die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen der versicherten Person im Ausland notwendigen schriftlichen Unterlagen und trägt die dabei anfallenden Kosten;
 - Der Versicherungsschutz umfasst abweichend von § 3 Nr. 1 a) die Kosten für eine anwaltliche Erstberatung bis zur Höhe von 250 Euro, die der versicherten Person wegen eines Unfalls im Ausland mit dem Mietfahrzeug entstanden sind, ohne Anrechnung auf die Versicherungssumme.
- Die versicherte Person kann vom Versicherer die Übernahme der von diesem zu tragenden Kosten verlangen, sobald sie nachweist, dass sie zu deren Zahlung verpflichtet ist, oder diese Verpflichtung bereits erfüllt hat. Kosten in fremder Währung werden der versicherten Person in Euro zum Wechselkurs des Tages erstattet, an dem sie diese Kosten aufgewandt hat.
 - Der Versicherer trägt nicht
 - Kosten, die die versicherte Person ohne Rechtspflicht übernimmt;
 - Kosten, die aufgrund einer einverständlichen Streiterledigung entstehen, soweit sie nicht dem Verhältnis des Obsiegens zum Unterliegen entsprechen oder deren Übernahme durch die versicherte Person nach der Rechtslage nicht erforderlich ist;
 - Kosten, die aufgrund der vierten oder jeder weiteren Zwangsvollstreckungsmaßnahme je Vollstreckungstitel entstehen sowie Kosten, die aufgrund von Zwangsvollstreckungsmaßnahmen entstehen, welche später als fünf Jahre nach Rechtskraft des Vollstreckungstitels eingeleitet werden;
 - Kosten in Gnadenverfahren sowie in Strafausschuss-, Strafaufschub- und Zahlungsverfahrensverfahren, soweit nicht in § 5 Nr. 1 l) die Kostenübernahme festgelegt ist;
 - Kosten, zu deren Übernahme ein anderer verpflichtet wäre, wenn die Rechtsschutz-Versicherung nicht bestünde.
 - Der Versicherer zahlt in jedem Rechtsschutzfall höchstens die Versicherungssumme von 25.000 Euro. Zahlungen für mehrere versicherte Personen aufgrund desselben Rechtsschutzfalls werden zusammengerechnet.
 - Alle Bestimmungen, die den Rechtsanwalt betreffen, gelten in gleicher Weise für einen rechtskundigen Bevollmächtigten der versicherten Person bei der Wahrnehmung rechtlicher Interessen im Ausland.

§ 6 Welche Rechtsstellung haben die versicherten Personen?

- Versicherungsschutz besteht für den Inhaber der ADAC Kreditkarte und für die nach § 2 Nr. 2 versicherten Personen im jeweils dort bestimmten Umfang. Außerdem besteht Versicherungsschutz für Ansprüche, die natürlichen Personen aufgrund Verletzung oder Tötung einer versicherten Person kraft Gesetzes zustehen.
- Der Inhaber der ADAC Kreditkarte kann jedoch widersprechen, wenn eine andere versicherte Person als sein Ehe- oder Lebenspartner in eingetragener Lebenspartnerschaft oder nichtehelicher Lebenspartner in häuslicher Gemeinschaft Rechtsschutz verlangt. Für vom Versicherer bereits vor Zugang des Widerspruchs übernommene oder zugesagte Leistungen besteht der Versicherungsschutz fort.
- Allein der Inhaber der ADAC Kreditkarte ist berechtigt, den Versicherungsschutz beim Versicherer für sich persönlich und auch für die nach § 2 Nr. 2 versicherten Personen geltend zu machen.

§ 7 Welche Rechte und Pflichten bestehen bei einem Rechtsschutzfall?

- Beauftragung des Rechtsanwalts

Die versicherte Person hat freie Rechtsanwaltswahl. Der Versicherer wählt den Rechtsanwalt für die versicherte Person aus, wenn sie es verlangt. Er wählt ihn auch dann aus, wenn die versicherte Person keinen Rechtsanwalt benannt hat und die alsbaldige Beauftragung eines Rechtsanwalts in ihrem Interesse erforderlich erscheint. Hat die versicherte Person den Rechtsanwalt nicht bereits selbst beauftragt, beauftragt der Versicherer diesen im Namen der versicherten Person. Für die Tätigkeit des Rechtsanwalts ist der Versicherer nicht verantwortlich.
- Informationspflicht der versicherten Person

Macht die versicherte Person den Rechtsschutzanspruch geltend, hat sie sowohl den Versicherer als auch den beauftragten Rechtsanwalt vollständig und wahrheitsgemäß über sämtliche Umstände des Rechtsschutzfalles zu unterrichten. Sie hat die Beweismittel anzugeben und die notwendigen Unterlagen auf Verlangen zur Verfügung zu stellen oder zu beschaffen. Die versicherte Person hat Auskunft über den Stand der Angelegenheit zu geben, wenn der Versicherer dies verlangt.

3. Geringhaltung der Kosten

Die versicherte Person ist unter Berücksichtigung ihrer Interessen verpflichtet,

- die Zustimmung des Versicherers einzuholen, bevor Klage erhoben oder ein Rechtsmittel eingelegt wird,
- nicht zwei oder mehr Prozesse zu führen, wenn das Ziel kostengünstiger mit einem Prozess erreicht werden kann,
- auf (zusätzliche) Klageanträge zu verzichten, die in der aktuellen Situation nicht oder noch nicht notwendig sind,
- vor Klageerhebung den rechtskräftigen Abschluss eines anderen, die versicherte Person als Partei betreffenden, gerichtlichen Verfahrens abzuwarten, das tatsächliche oder rechtliche Bedeutung für den beabsichtigten Rechtsstreit haben kann,
- vorab nur einen angemessenen Teil der Ansprüche einzuklagen und die gerichtliche Geltendmachung der restlichen Ansprüche bis zur Rechtskraft der Entscheidung über den Teilanspruch zurückzustellen.

4. Folgen einer Obliegenheitsverletzung

Verletzt die versicherte Person eine der in § 7 Nr. 2 und Nr. 3 genannten Pflichten (Obliegenheiten) vorsätzlich, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Im Fall einer grobfahrlässigen Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt die versicherte Person. Die Leistungspflicht besteht fort, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt oder die Feststellung des Rechtsschutzfalles oder den Umfang der Leistungspflicht gehabt hat. Satz 3 gilt nicht, wenn die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

5. Deckungszusage

Der Versicherer bestätigt den Umfang des für den gemeldeten Rechtsschutzfall bestehenden Versicherungsschutzes. Wenn die versicherte Person schon vor der Rechtsschutzbestätigung Maßnahmen ergreift, die Kosten auslösen, trägt der Versicherer solche Kosten nur im Rahmen des bestätigten Versicherungsumfanges.

6. Abtretung von Ansprüchen

Ansprüche auf Rechtsschutzleistungen können nur mit Einverständnis des Versicherers in Textform abgetreten werden.

7. Forderungsübergang

Ansprüche der versicherten Person gegen andere auf Erstattung von Kosten, die der Versicherer getragen hat, gehen auf diesen über. Die für die Geltendmachung der Ansprüche notwendigen Unterlagen hat die versicherte Person dem Versicherer auszuhändigen und bei dessen Maßnahmen gegen den anderen auf Verlangen mitzuwirken; verletzt die versicherte Person diese Pflicht, gilt § 7 Nr. 4. Der versicherten Person bereits erstattete Kosten sind an den Versicherer umgehend zurückzuzahlen.

§ 8 Was geschieht, wenn keine hinreichenden Erfolgsaussichten bestehen?

1. Soweit die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen keine hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet, kann der Versicherer den Rechtsschutz ganz oder teilweise ablehnen; dies gilt nicht in den Fällen von § 2 Nr. 4 c) (Verteidigungs-Rechtsschutz) in den Tatsacheninstanzen.
2. Die Ablehnung ist der versicherten Person unter Angabe der Gründe unverzüglich mitzuteilen, sobald der Sachverhalt genügend geklärt ist. Gleichzeitig ist die versicherte Person darauf hinzuweisen, dass sie anstelle einer gerichtlichen Klärung zunächst ein Schiedsgutachterverfahren einleiten kann, dessen Kosten der Versicherer trägt. Dazu veranlasst die versicherte Person ihren Rechtsanwalt, eine begründete Stellungnahme darüber abzugeben, ob die Wahrnehmung ihrer rechtlichen Interessen hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet.
3. Die unparteiische Entscheidung des Gutachters ist für beide Seiten bindend, es sei denn, dass sie offenbar von der wirklichen Sach- oder Rechtslage erheblich abweicht.
4. Will der Versicherer sich darauf berufen, dass diese Entscheidung nicht bindend sei, muss er dies gegenüber der versicherten Person innerhalb eines Monats begründen.

§ 9 Welches Gericht ist örtlich zuständig bei einem Streit mit dem Versicherer?

Falls die versicherte Person gegen den Versicherer vor einem anderen deutschen Gericht als dem seines Geschäftssitzes Klage erhebt, verzichtet der Versicherer auf die Einrede der fehlenden örtlichen Zuständigkeit.

§ 10 Wann verjährt der Anspruch auf Kostenübernahme?

1. Der Anspruch auf Kostenübernahme durch den Versicherer verjährt in zehn Jahren, nachdem bestimmte Kosten gegenüber der versicherten Person fällig geworden sind. Für später fällig werdende weitere Kosten in derselben Sache verjährt der Anspruch auf Kostenübernahme ebenso ab ihrer Fälligkeit in zehn Jahren.
2. In die Verjährungsfrist nicht eingerechnet wird der Zeitraum vom Eingang der Meldung des Rechtsschutzfalles beim Versicherer bis zum Zugang von dessen Entscheidung in Textform über seine Leistungspflicht.

Anhang

Erläuterungen zu dem versicherten Ereignis „unerwartete schwere Erkrankung“

ADAC Reiserücktritts- und Reiseabbruch-Versicherung

In diesen Versicherungsbedingungen ist unter anderem das Ereignis „unerwartete schwere Erkrankung“ versichert. Zur besseren Verständlichkeit wird der Begriff „unerwartete schwere Erkrankung“ hier näher erläutert. Die hier aufgeführten Informationen sind nicht abschließend und im Leistungsfall finden die jeweiligen Bedingungen Anwendung.

Versichert ist die „unerwartete schwere Erkrankung“, das heißt, **die Erkrankung muss „unerwartet“ und „schwer“ sein.**

Wann ist eine Erkrankung unerwartet?

- Unerwartet ist eine Erkrankung, wenn sie nach Beginn des Versicherungsschutzes erstmals - überraschend - auftritt. Beispiele:
 - Herzinfarkt/Schlaganfall
 - erstmaliger Bandscheibenvorfall
 - Grippe (Influenza)

- Unerwartet kann auch eine nach Abschluss der Versicherung und nach Reisebuchung auftretende chronische oder bestehende Grunderkrankung/Schubkrankung sein.

In diesen Fällen muss geklärt werden, ob die Erkrankung „unerwartet“ aufgetreten ist, das heißt ob mit einem erneuten Auftreten bzw. mit einer Verschlechterung zu rechnen war. Dabei kommt es unter anderem darauf an, dass die Erkrankung stabil eingestellt ist. Dies ist in jedem Einzelfall gesondert zu prüfen:

- Bei einer Erkrankung, bei der Krankheitsschübe ein charakteristisches Merkmal des Verlaufs sind, z. B. Morbus Crohn, Multiple Sklerose, ist das erneute Auftreten eines Schubes einer solchen Erkrankung versichert, wenn dieser Schub nach Abschluss der Versicherung und nach Reisebuchung unerwartet auftritt. Dies ist grundsätzlich dann der Fall, wenn man durch regelmäßige Kontrolle/Vorsorge und Routineuntersuchungen mit Medikamenten gut eingestellt und dadurch bereits seit längerer Zeit (ca. 1 Jahr) stabil ist. Der Arzt ist über das geplante Reiseziel zu informieren und darf gegen die Reise keine medizinischen Einwände/Bedenken haben.
- Es gibt Fälle, bei denen eine „unerwartete“ Verschlechterung des Gesundheitszustandes grundsätzlich nicht möglich ist, z. B. wenn bereits eine palliative Behandlung vorgenommen wird.

Wenn bei Abschluss der Versicherung bzw. bei Reisebuchung bereits eine Erkrankung vorlag, ist die Hoffnung auf rechtzeitige Wiedergenesung bis zum Reiseantritt grundsätzlich nicht abgesichert.

Wann ist eine Erkrankung schwer?

- Schwer ist eine Erkrankung dann, wenn die gebuchte Reise aufgrund der ärztlich festgestellten Beschwerden nicht möglich ist und der Arzt deswegen eine Reiseunfähigkeit attestiert. Grundsätzlich muss hierbei auf Art und Umfang der gebuchten Reiseleistungen abgestellt werden. Beispiele:
 - Eine Erkältung kann bei einer geplanten Tauchreise eine schwere Erkrankung sein.
 - Eine Mittelohrentzündung kann bei einer gebuchten Flugreise eine schwere Erkrankung sein.
 - Eine psychische Erkrankung ist grundsätzlich nur dann schwer, wenn eine Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie/Neurologie stattfindet.
- Generell gilt, dass nachgewiesen werden muss, dass zum Zeitpunkt der Stornierung eine schwere Erkrankung vorlag. Die Schwere der Erkrankung muss nachvollziehbar sein. Das bedeutet, dass der Versicherer in die Lage versetzt werden muss, dies anhand der vorzulegenden ärztlichen Unterlagen zu prüfen. Ein Arzt sollte daher auch zum Zeitpunkt des Eintritts der Erkrankung unverzüglich aufgesucht werden.