

Inhaltsverzeichnis

1. Rehabilitations-Erstgespräch
2. Rehabilitations-Management

3. Ausschlüsse
4. Bedingungsanpassung

Ergänzend zu Ziffer 2.1 (Invaliditätsleistung) der Versicherungsbedingungen für den SV PrivatSchutz - Unfall (SVPS-UN) und - sofern vereinbart - zu den Versicherungsbedingungen für den SV ExistenzSchutz (AVB Existenz) gilt:

1. Rehabilitations-Erstgespräch

1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat einen Unfall erlitten, der zu einem voraussichtlich zu erwartenden Invaliditätsgrad von mindestens 20% führt; dieser wird durch uns oder durch einen von uns beauftragten Vertragspartner festgestellt.

Die Höhe des Invaliditätsgrads ist nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 3 SVPS-UN ermittelt. Vereinbarte besondere Gliedertaxen werden für die Feststellung des Invaliditätsgrades berücksichtigt.

Sofern ExistenzSchutz vereinbart wurde und die Leistungsvoraussetzungen der AVB Existenz, Ziffer 2. erfüllt sind, besteht ebenfalls Anspruch auf das Rehabilitations-Erstgespräch und es gilt Ziff.1.2. entsprechend.

1.2 Umfang der Leistung

Die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden durch uns oder durch einen von uns beauftragten Vertragspartner innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht.

1.2.1 Persönliche Betreuung und medizinische Reha- Erstberatung
Nach dem Unfall werden wir mit der versicherten Person einen zeitnahen Termin für einen Besuch vereinbaren. Bei diesem Erstbesuch werden wir - unter Einbeziehung der Angehörigen und der behandelnden Ärzte bzw. Therapeuten - entsprechend der individuellen Bedürfnisse ein Konzept zur Verbesserung der Situation der versicherten Person bzw. deren Wiedereingliederung erstellen.

Zur Beurteilung der medizinischen Lage wird eine Stellungnahme erarbeitet, die mit Empfehlungen für das weitere Vorgehen verbunden ist. Hier wird besonders geprüft, ob die Notwendigkeit einer besonderen Heilbehandlung im Sinne der zum Unfallzeitpunkt gültigen Fassung der gesetzlichen Unfallversicherung besteht.

Die Kosten einer solchen notwendigen besonderen Heilbehandlung werden nicht übernommen.

Nach Abschluss der stationären Behandlung erfolgt die Organisation einer weitergehenden ambulanten Behandlung in enger Absprache mit der versicherten Person und den behandelnden Ärzten bzw. Therapeuten.

Wir bieten ferner eine Unterstützung bei den Anträgen an die Sozialversicherungsträger (z. B. die zuständige Krankenkasse) und an die Pflegekasse an. Sollte als Unfallfolge eine Pflegebedürftigkeit entstehen, unterstützen wir die versicherte Person bei der Antragstellung für die Pflegeversicherung.

2. Rehabilitations-Management

2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat einen Unfall erlitten, der zu einem voraussichtlich zu erwartenden Invaliditätsgrad von mindestens 50 % führt; dieser wird durch uns oder durch einen von uns beauftragten Vertragspartner festgestellt.

Die Höhe des Invaliditätsgrads ist nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 3 SVPS-UN ermittelt. Vereinbarte besondere Gliedertaxen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrads unberücksichtigt.

Sofern ExistenzSchutz vereinbart wurde und die Leistungsvoraussetzungen der AVB Existenz, Ziffer 2. erfüllt sind, besteht ebenfalls Anspruch auf das Rehabilitations-Management gemäß Ziffer 2. und es gelten die Ziffern 2.2 bis 2.5 sowie Ziffer 3. und 4. entsprechend.

2.2 Art und Höhe der Leistung

Sie haben Anspruch auf die Leistungen nach Ziffer 2.5. Die darin genannten Kosten übernehmen wir bis zur vereinbarten Versicherungssumme, maximal aber bis 100.000 EUR, soweit die erforderlichen Leistungen nicht von einem Dritten, insbesondere einer Krankenkasse oder einem anderen Leistungsträger übernommen werden; die Verteilung des Gesamtbeitrags auf die einzelnen Leistungen erfolgt entsprechend der Empfehlung unseres Beraters.

2.3 Beginn und Dauer der Leistung

Die vereinbarten Leistungen nach Ziffer 2.5 werden längstens für eine Dauer von zwei Jahren nach dem Unfall erbracht. Sie enden aber vorzeitig, wenn der voraussichtlich zu erwartende Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist. Eine Rückerstattung der gezahlten Leistungen ist nicht erforderlich.

2.4 Obliegenheiten

In Ergänzung zu Ziffer 6. SVPS-UN und - sofern ExistenzSchutz vereinbart wurde, Ziffer 5. AVB Existenz - sind Sie und die versicherte Person verpflichtet, die erforderlichen Auskünfte und Einverständniserklärungen, die für die Erbringung der Leistungen nach Ziffer 2.5 notwendig werden, uns oder dem von uns beauftragten Vertragspartner gegenüber abzugeben.

2.5 Umfang der Leistung

Die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden durch uns oder durch einen von uns beauftragten Vertragspartner innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht.

2.5.1 Persönliche Betreuung

Nach dem Unfall werden wir mit der versicherten Person einen zeitnahen Termin für einen Besuch vereinbaren. Bei diesem Erstbesuch werden wir entsprechend der individuellen Bedürfnisse ein individuelles Konzept zur Verbesserung der Situation der versicherten Person bzw. deren Wiedereingliederung erstellen.

Im Rahmen des persönlichen Besuches, den wir zu Hause, im Krankenhaus oder in der Reha-Einrichtung durchführen, wird mit der verletzten versicherten Person - unter Einbeziehung der Angehörigen und der behandelnden Ärzte bzw. Therapeuten - die medizinische Rehabilitation abgestimmt. Es werden Möglichkeiten zur Optimierung angeboten und unter Einbindung der Ärzte die Verlegung in eine geeignete Fachklinik zur Weiterbehandlung oder die anschließende Aufnahme in eine geeignete Rehabilitationsklinik vermittelt.

Nach Abschluss der stationären Behandlung erfolgt die Organisation einer weitergehenden ambulanten Behandlung in enger Absprache mit der versicherten Person und den behandelnden Ärzten bzw. Therapeuten. Wir bieten ferner eine Unterstützung bei den Anträgen an die zuständige Krankenkasse und auch an die Pflegekasse an. Sollte als Unfallfolge eine Pflegebedürftigkeit entstehen, unterstützen wir die versicherte Person bei der Antragstellung für die Pflegeversicherung.

2.5.2 Medizinische Reha-Beratung

Nach dem Unfall nehmen wir Kontakt zu den behandelnden Ärzten und weiteren in die Heilbehandlung eingebundenen Personen auf, um die medizinische Situation der versicherten Person klären zu können.

Zur Beurteilung der medizinischen Lage wird eine Stellungnahme erarbeitet, die mit Empfehlungen für das weitere Vorgehen verbunden ist. Hier wird besonders geprüft, ob die Notwendigkeit einer besonderen Heilbehandlung im Sinne der berufsgenossenschaftlichen Vorschriften besteht. Die Kosten einer notwendigen besonderen Heilbehandlung im Sinne der berufsgenossenschaftlichen Vorschriften übernehmen wir, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Leistungsträger besteht.

2.5.3 Hilfsmittelversorgung

Wir klären den Bedarf an Hilfsmitteln und entwickeln mit der versicherten Person, den Ärzten und Therapeuten ein Versorgungskonzept, das mit den zuständigen Kostenträgern abgestimmt wird. Mit diesen wird auch die Kostenübernahme abgestimmt.

Die notwendigen Hilfsmittel sollen bei Entlassung in den häuslichen Bereich zur Verfügung stehen.

Liegt wegen der Folgen des Unfalls die Notwendigkeit einer prothetischen Versorgung oder der Versorgung mit anderen Hilfsmitteln vor, übernehmen wir die dadurch entstehenden Kosten, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Leistungsträger besteht.

2.5.4 Mobilitätssicherung

Zur Wiederherstellung oder zum Erhalt der Mobilität beraten wir bei Bedarf über Umbaumaßnahmen des Autos der versicherten Person. Ist die versicherte Person infolge der Art und Schwere des unfallbedingten Gesundheitsschadens dauerhaft auf die Benutzung eines behindertengerechten Autos angewiesen, übernehmen wir entsprechend der Empfehlung unseres Beraters einmalig die Kosten für die behindertengerechte Gestaltung des eigenen Autos, soweit kein An-

spruch gegen einen anderen Leistungsträger besteht. Diese vorgenannten Kosten erstatten wir Ihnen auch, wenn Sie sich alternativ ein vergleichbares behindertengerechtes Ersatzfahrzeug anschaffen. Ist die versicherte Person infolge der Art und Schwere des unfallbedingten Gesundheitsschadens zwar nicht dauerhaft auf die Benutzung eines behindertengerechten Autos angewiesen, ist sie aber infolge der Art und Schwere des unfallbedingten Gesundheitsschadens vorübergehend auf ein behindertengerechtes Auto angewiesen oder zumindest nicht in der Lage, das eigene Auto zu nutzen, stellen wir entsprechend der Empfehlung unseres Beraters eine geeignete Alternative zur Verfügung, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Leistungsträger besteht.

2.5.5 Wohnungsberatung

Ist infolge des Unfalls eine dauernde Nutzung der bisherigen Wohnung nicht möglich oder sind Nutzungseinschränkungen zu erwarten, so beraten wir bei der Umgestaltung der Wohnung, z. B. zu einem barrierefreien Wohnumfeld, oder unterstützen bei der Suche nach einem behindertengerechten Objekt.

In diesen Fällen übernehmen wir auch die Kosten zur behindertengerechten Gestaltung des Wohnumfeldes, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Leistungsträger besteht.

2.5.6 Berufliche Reha-Beratung

Wir beraten und unterstützen die versicherte Person bei der Wiedereingliederung in das Berufsleben unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten.

Wir unterstützen die versicherte Person bei der Erhaltung, Umgestaltung oder Umorganisation des bisherigen Arbeitsplatzes.

Wir bieten der versicherten Person unsere aktive Unterstützung bei der Suche nach Stellenangeboten bzw. einem neuen Arbeitsplatz an, einschließlich individuellem Bewerbungstraining. Bei Eignung fördern wir eine selbstständige Tätigkeit.

Wir begleiten die versicherte Person kontinuierlich während der Einarbeitungs- und Umschulungsphase. Wir übernehmen die Kosten für Maßnahmen der beruflichen Qualifizierung, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Leistungsträger besteht.

Alle vorgenannten Leistungen erbringen wir entsprechend bei der Wiedereingliederung in eine Berufsausbildung oder in einen Studiengang.

2.5.7 Pflegeberatung

Bereits im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahmen werden wir mit der verletzten versicherten Person, deren Ärzten, Therapeuten und Angehörigen die optimale Pflege zu Hause oder in geeigneten Einrichtungen abstimmen. Auch in der häuslichen Umgebung unterstützen wir die versicherte Person bei entsprechenden Fragestellungen.

Wir unterstützen die versicherte Person bei der Auswahl des Pflegedienstes oder der Pflegepersonen. Sollte als Unfallfolge eine Pflegebedürftigkeit bestehen, unterstützen wir die versicherte Person bei der Antragstellung für die Pflegeversicherung.

2.5.8 Bei Todesfall: Beratung der Hinterbliebenen

Im Todesfall der versicherten Person beraten wir die Angehörigen bei Behördengängen. Wir erstellen einen "Fahrplan", der alle zu erledigenden Dinge aufführt.

Weiterführende Maßnahmen:

- Begleitung bei Traumafehlverarbeitung
- Sicherung der schulischen und beruflichen Ausbildung
- Sicherung des Arbeitsplatzes
- Suche nach neuem Arbeitsplatz
- Unterstützung bei der Rückkehr ins Erwerbsleben
- Neuorganisation von Kinder- oder Pflegebetreuung von weiteren Angehörigen

Alle unsere Maßnahmen erfolgen dabei unter Wahrung des Datenschutzes; Schweigepflicht- und Datenschutzentbindungserklärungen werden von uns eingeholt.

2.5.9 Rehabilitations-Management für Kinder und Jugendliche:

Tarifliche Regelung

2.5.9.1 Der Kinder-Tarif des Rehabilitations-Managements gilt bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18.

Lebensjahr vollendet. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene.

Über die Tarif-Umstellung werden wir Sie rechtzeitig informieren.

2.5.9.2 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- Sie bei Versicherungsbeginn das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
 - die Versicherung nicht gekündigt war und
 - Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,
- gilt Folgendes:

2.5.9.2.1 Die Versicherung des Rehabilitations-Managements wird bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

2.5.9.2.2 Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

3. Ausschlüsse

Kein Leistungsanspruch entsteht, wenn Sie oder die versicherte Person selbst einen Dienstleister für die vereinbarten Leistungen nach Ziffer 2.5 auswählen.

4. Bedingungsanpassung

4.1 Der Versicherer ist berechtigt, die jeweils betroffenen Bedingungen des Versicherungsvertrages zu ändern, zu ergänzen oder zu ersetzen (Anpassung), wenn

4.1.1 sich Änderungen bestehender oder Inkrafttreten neuer Rechtsvorschriften unmittelbar auf sie auswirken;

4.1.2 sich die höchstrichterliche Rechtsprechung zu ihnen ändert,

4.1.3 ein Gericht ihre Unwirksamkeit rechtskräftig feststellt oder

4.1.4 sie durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder das Kartellamt durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für mit geltendem Recht nicht vereinbar erklärt werden oder gegen Leitlinien oder Rundschreiben dieser Behörde verstoßen.

4.2 Die Anpassung kommt nur in Betracht für Bedingungen über Gegenstand und Umfang der Versicherung, Ausschlüsse, Obliegenheiten des Versicherungsnehmers nach Vertragsabschluss, Beitragsanpassung, Vertragsdauer und Kündigung.

4.3 Die Anpassung ist nur zulässig, wenn durch die genannten Änderungsanlässe das bei Vertragsschluss zugrunde gelegte Verhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung in nicht unbedeutendem Maße gestört ist. In den Fällen der Unwirksamkeit oder Beanstandung einzelner Bedingungen ist die Anpassung darüber hinaus nur dann zulässig, wenn die gesetzlichen Vorschriften keine Regelung enthalten, die an die Stelle der unwirksamen oder beanstandeten Bedingungen treten.

4.4 Durch die Anpassung darf das bei Vertragsabschluss zugrunde gelegte Verhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung bei Gesamtbetrachtung der Anpassung nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geändert werden (Verschlechterungsverbot). Die Anpassung muss nach den Grundsätzen einer ergänzenden Vertragsauslegung unter Wahrung der beiderseitigen Interessen erfolgen.

4.5 Die Anpassungsbefugnis besteht unter den oben genannten Voraussetzungen für im Wesentlichen inhaltsgleiche Bedingungen des Versicherers, wenn sich die gerichtlichen und behördlichen Entscheidungen gegen Bedingungen anderer Versicherer richten.

4.6 Die Zulässigkeit der Angemessenheit der Anpassung muss von einem unabhängigen Treuhänder überprüft und bestätigt werden. Die Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes für die Bestellung eines Treuhänders gelten entsprechend.

4.7 Die angepassten Bedingungen werden dem Versicherungsnehmer schriftlich bekannt gegeben und erläutert. Sie treten frühestens sechs Wochen nach der Bekanntgabe in Kraft. Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung kündigen.