

Kundendokumente zur Unfallversicherung - Komfortschutz -

Nachstehend erhalten Sie die aktuellen Kundendokumente
AUB 2012-01 Komfortschutz - Unfallversicherung Komfort.

Es beinhaltet die folgenden Dokumente:

- [Versicherungsinformation nach der Informationspflichtenverordnung,
Stand: 01.01.2011 \(Druckstück InfSHU-1101\)](#)
- [Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen \(AUB 2012\),
Stand: 01.07.2012 \(Druckstück AUB 2012-01\)](#)
- [Komfortschutz,
Stand: 01.07.2012 \(Druckstück BB Komfort 2012\)](#)
- [Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der
vorvertraglichen Anzeigepflicht,
Stand: 01.01.2008 \(Druckstück P19SHUK-0801\)](#)

Je nach individueller Ausgestaltung Ihres Vertrags ist es möglich, dass einzelne Teile der Kundendokumente für Ihre Versicherung nicht relevant sind. Die genauen für Sie relevanten Bestandteile entnehmen Sie dem Antrag bzw. Ihrem Versicherungsschein.

Versicherungsinformation nach der Informationspflichtenverordnung

Stand: 01.01.2011

InfSHU-1101

1. Versicherungsunternehmen

Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG
Direktion für Deutschland
Berliner Str. 56-58
60311 Frankfurt am Main
Aktiengesellschaft nach Schweizer Recht
Hauptsitz St. Gallen/Schweiz
Hauptbevollmächtigter: Prof. Dr. jur. Wolfram Wrabetz
Registergericht Frankfurt am Main HRB 39268
USt-IdNr. DE 114106960

2. Hauptgeschäftstätigkeit

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit ist der Vertrieb aller Arten der Schaden- und Unfallversicherung.

3. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistungen

Die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistungen können den Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen sowie in der Kraftfahrzeugversicherung zusätzlich den Tarifbestimmungen und dem jeweiligen Antrag entnommen werden. Diese Unterlagen enthalten auch Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistung.

4. Gesamtpreis

Der Gesamtpreis - Jahresprämie zuzüglich Versicherungsteuer - kann dem Antrag bzw. aus dem Angebot entnommen werden.

5. Zusätzliche Kosten

Besondere Gebühren und Kosten werden mit Ausnahme der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten nicht erhoben. Falls besondere Kosten für Telekommunikationsgebühren anfallen, die über die normalen Telefonkosten hinausgehen, werden diese bei der jeweiligen Nummer angegeben.

6. Prämienzahlung

Je nach Vereinbarung wird die Prämie monatlich, viertel-, halbjährlich oder jährlich oder als Einmalprämie gezahlt. Die vereinbarten Prämien müssen zum vereinbarten Fälligkeitszeitpunkt gezahlt werden. Falls der Versicherungsnehmer eine Einzugsermächtigung erteilt hat, wird der Betrag rechtzeitig von diesem bekannten Konto abgebucht werden.

7. Gültigkeit

Die Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Angebotsinformationen (Allgemeine und Besondere Versicherungsbedingungen, Tarifbestimmungen und Höhe der Prämie) ist befristet auf längstens drei Monate, sofern nicht im Angebot ein anderer Zeitraum eingeräumt worden ist.

8. Zustandekommen des Vertrages und Beginn des Versicherungsschutzes

Der Vertrag kommt mit Zugang des Versicherungsscheins beim Versicherungsnehmer zustande. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, sofern der Versicherungsnehmer die erste oder einmalige Prämie rechtzeitig zahlt.

9. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs.1 und Abs.2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 und 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG
Direktion für Deutschland
Berliner Str. 56-58
60311 Frankfurt am Main

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

10. Vertragsbeginn und Laufzeit des Vertrages

Vertragsbeginn und Laufzeit des Vertrages können dem Antrag bzw. dem Angebot entnommen werden, nach Ausfertigung des Versicherungsscheines dem Versicherungsschein selbst. Weitere Angaben enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

11. Beendigung bzw. Kündigung des Vertrages

Angaben zur Beendigung und Kündigung des Vertrages enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

12. Anwendbares Recht

Für den Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

Die Gerichtsstände für Klagen aus dem Versicherungsvertrag ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

13. Vertragssprache

Die Vertragssprache ist deutsch.

14. Außergerichtliches Beschwerdeverfahren

Fragen zum Versicherungsschutz und etwaige Beschwerden können gerichtet werden an:

- a) den Vermittler
- b) die zuständige Filialdirektion - die Anschrift kann dem Versicherungsschein entnommen werden
- c) den Hauptbevollmächtigten der
Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG
Direktion für Deutschland
Berliner Str. 56-58
60311 Frankfurt am Main.

Unser Unternehmen ist außerdem Mitglied im

Verein Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin.

Damit kann unser Versicherungsnehmer das kostenlose außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen oder sich an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden (vgl. Punkt 15).

Unabhängig hiervon kann der Rechtsweg beschränkt und ein ordentliches Gericht angerufen werden.

15. Versicherungsaufsicht

Die zuständige Versicherungsaufsicht ist unter folgender Adresse zu erreichen:

Bundesanstalt für
Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de
Homepage: www.bafin.de

Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2012)

Stand: 01.07.2012

AUB 2012-01

Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner. Versicherte Person können Sie oder jemand anderer sein. Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Inhaltsverzeichnis

Der Versicherungsumfang	2	16	Welches Gericht ist zuständig?.....	19
1 Was ist versichert?.....	2	17	Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?.....	19
2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?.....	2	18	Welches Recht findet Anwendung?.....	19
2.1 Invaliditätsleistung.....	2		Besondere Bedingungen - Generell vereinbart -	19
2.2 TopCare.....	2		Besondere Bedingungen für Serviceleistungen in der Unfallversicherung (BB Unfall Service 2012).....	19
2.3 Übergangsleistung.....	3		Besondere Bedingungen für den Einschluss von Gesundheitsschädigungen durch Röntgen- und Laserstrahlen in die Unfallversicherung.....	19
2.4 Tagegeld.....	3		Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung (BB Infektionen).....	19
2.5 Krankenhaus-Tagegeld, ambulante Operationen.....	3		Besondere Bedingungen für Luftfahrtunfälle.....	20
2.6 Genesungsgeld.....	3		Besondere Bedingungen für den Einschluss eines Reha-Managers.....	20
2.7 Todesfalleistung.....	3		Besserstellung gegenüber den GDV-Musterbedingungen.....	21
2.8 Kurbeihilfe.....	3		Besondere Bedingungen - Speziell zu vereinbaren -	22
2.9 Kosten für kosmetische Operationen.....	3		Besondere Bedingungen für die Gruppenunfallversicherung (BB Gruppen UV 2012).....	22
2.10 Heilkosten.....	4		Besondere Bedingungen für die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle (BB Außerberufliche Unfälle 2012).....	22
2.11 Baustein Family (Familien - Assistance).....	4		Besondere Bedingungen für die Gruppenunfallversicherung nach Lohn- und Gehaltssumme.....	23
2.12 Baustein Junior (Kinder - Assistance).....	7		Besondere Bedingungen für die Bauhelfer-Unfallversicherung.....	23
2.13 Family-Schutz.....	9		Besondere Bedingungen für die Figuranten-Unfallversicherung.....	23
2.14 Baustein Plus (Erwachsenen - Assistance).....	10		Besondere Bedingungen für die Kindergarten-Unfallversicherung.....	23
2.15 Baustein Aktiv + Fit (Senioren - Assistance).....	11		Besondere Bedingungen für die Dienstreise-Unfallversicherung.....	23
2.16 Baustein ARAG JuraTel.....	14		Besondere Bedingungen für die Sportboot-Insassen-Unfallversicherung.....	24
3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?.....	14		Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (BB Progression 2012 - 225 Prozent).....	24
4 Welche Personen sind nicht versicherbar?.....	14		Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (BB Progression 2012 - 350 Prozent).....	24
5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?.....	14		Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (BB Progression 2012 - 500 Prozent).....	25
6 Was müssen Sie bei vereinbartem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?.....	15		Besondere Bedingungen für die Sonderleistungen Vital.....	25
Der Leistungsfall	15		Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für Heilberufe (BB Heilberufe 2012).....	27
7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?.....	15		Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Prämie (BB Zuwachsleistung 2012, Modell 1).....	27
8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?.....	16		Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Prämie (BB Zuwachsleistung 2012, Modell 3).....	27
9 Wann sind die Leistungen fällig?.....	16		Besondere Bedingungen für die Konditionsdifferenzdeckung.....	27
Die Versicherungsdauer	16			
10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?.....	16			
Die Versicherungsprämie	17			
11 Was müssen Sie bei der Prämienzahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?.....	17			
Weitere Bestimmungen	17			
12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?.....	17			
13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?.....	18			
14 Gestrichen.....	18			
15 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?.....	18			

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

- 1.1** Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
- 1.2** Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.
- 1.3** Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- 1.3.1** In Erweiterung zu Ziffer 1.3 sind unfreiwillig erlittene Gesundheitsschädigungen durch allmähliche Einwirkung von Gasen und Dämpfen mitversichert. Ausgeschlossen bleiben jedoch Berufs- und Gewerkrankheiten.
- 1.3.2** Unfälle aus dem Bemühen zur Rettung von Menschen, Sachen und Tieren gelten als unfreiwillig erlitten und sind in die Unfallversicherung gemäß Ziffer 1.3 eingeschlossen.
- 1.4** Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
- ein Gelenk verrenkt wird oder
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.
- 1.5** Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziffer 3), nicht versicherbare Personen (Ziffer 4) sowie die Ausschlüsse (Ziffer 5) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben.

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Vertrag.

- sofern vereinbart -

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:

- 2.1.1.1** Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

Die Invalidität ist

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

- 2.1.1.2** Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

- 2.1.2.1** Die Invaliditätsleistung wird als Kapitalbetrag gezahlt.

- 2.1.2.2** Grundlagen für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.

- 2.1.2.2.1** Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	70 Prozent
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 Prozent
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 Prozent
Hand	55 Prozent
Daumen	20 Prozent
Zeigefinger	10 Prozent
anderer Finger	5 Prozent

Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 Prozent
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 Prozent
Bein bis unterhalb des Knies	50 Prozent
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 Prozent
Fuß	40 Prozent
große Zehe	5 Prozent
andere Zehe	2 Prozent

Auge	50 Prozent
Gehör auf einem Ohr	30 Prozent
Geruchssinn	10 Prozent

Geschmackssinn	5 Prozent
----------------	-----------

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

- 2.1.2.2.2** Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

- 2.1.2.2.3** Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 zu bemessen.

- 2.1.2.2.4** Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerchnet. Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.

2.1.2.3 Stirbt die versicherte Person

- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,

und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leistet der Versicherer nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

- sofern vereinbart -

2.2 TopCare

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1 gegeben.

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 und Ziffer 3 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent geführt. Vereinbarte progressive Invaliditätsstufen, besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der TopCare Leistung unberücksichtigt.

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

Die TopCare Leistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt. Wir zahlen dann die im Versiche-

nungsschein oder in Nachträgen festgelegte Invaliditätssumme in voller Höhe.
- sofern vereinbart -

2.3 Übergangsleistung

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt

- nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet und
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch um mindestens 50 Prozent beeinträchtigt.

Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden.

Sie ist von Ihnen spätestens neun Monate nach Eintritt des Unfalles unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht worden.

2.3.2 Art und Höhe der Leistung

Die Übergangsleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

- sofern vereinbart -

2.4 Tagegeld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Tagegeld wird nach der vereinbarten Versicherungssumme berechnet. Es wird nach dem festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung abgestuft.

Das Tagegeld wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

- sofern vereinbart -

2.5 Krankenhaus-Tagegeld, ambulante Operationen

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder unterzieht sich wegen eines Unfalls einer ambulanten chirurgischen Operation und ist deswegen für mindestens 5 Tage ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig bzw. vollständig in ihrem Aufgaben- und Tätigkeitsbereich beeinträchtigt.

Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Krankenhaus-Tagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.
- für 3 Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen gezahlt. Ein Anspruch auf Genesungsgeld nach Ziffer 2.6 besteht nicht.

- sofern vereinbart -

2.6 Genesungsgeld

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld nach Ziffer 2.5.

2.6.2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaus-Tagegeld leisten, längstens für 100 Tage.

- sofern vereinbart -

2.7 Todesfalleistung

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres gestorben. Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 7.5 weisen wir hin.

2.7.2 Höhe der Leistung

Die Todesfalleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

- sofern vereinbart -

2.8 Kurbeihilfe

Wir bieten entsprechend der nachfolgenden Regelung Versicherungsschutz bei Kuraufenthalt.

2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.8.1.1 Die versicherte Person hat nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 AUB 2012 wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen eine medizinisch notwendige Kur durchgeführt.

Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

2.8.1.2 Als Kur gilt nicht eine stationäre Behandlung, bei der die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht.

2.8.2 Höhe der Leistung

Die Kurbeihilfe wird in Höhe der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme einmal je Unfall gezahlt. Dabei wird Ziffer 3 AUB 2012 berücksichtigt.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, kann die vereinbarte Kurbeihilfe nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.8.3 Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Prämie nicht teil.

- sofern vereinbart -

2.9 Kosten für kosmetische Operationen

Wir leisten Ersatz für Kosten unfallbedingter kosmetischer Operationen.

2.9.1 Voraussetzungen für die Leistungen

Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen.

Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.

Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

2.9.2 Art und Höhe der Leistungen

Wir leisten in Höhe von 2.500 Euro für nachgewiesene Arzthonorare und sonstige Operationskosten, notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus, sowie Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von Schneide- und/oder Eckzähnen entstanden sind.

2.9.3 Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Prämie nicht teil.

- sofern vereinbart -

2.10 Heilkosten

Wir leisten Heilkosten entsprechend nachfolgenden Bedingungen:

2.10.1 Für die Behebung der Unfallfolgen übernehmen wir die innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall erwachsenen notwendigen Kosten des Heilverfahrens, für künstliche Glieder und anderweitige nach dem ärztlichen Ermessen erforderliche Anschaffungen bis zum versicherten Betrag für jeden Versicherungsfall.

Als Kosten des Heilverfahrens gelten Arzthonorare, soweit sie nach einer amtlichen Gebührenordnung unter Berücksichtigung Ihrer Verhältnisse begründet sind, Kosten für Arzneien und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel, Verbandzeug, notwendige Krankentransporte, stationäre Behandlung und Verpflegung sowie für Röntgenaufnahmen.

2.10.2 Nicht übernommen werden die Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.

2.10.2.1 Bei gleichzeitigem Bestehen einer Einzel-Krankheitskostenversicherung und einer Einzel-Unfallheilkostenversicherung wird Heilkostenersatz im Rahmen der Unfallversicherung nur insoweit gewährt, als der Krankenversicherer seine vertraglichen Leistungen voll erfüllt hat und diese zur Deckung der entstandenen Kosten nicht ausgereicht haben. Ist der Krankenversicherer leistungsfrei oder bestreitet er seine Leistungspflicht, so können Sie sich unmittelbar an uns halten. Sobald wir von dem Zusammentreffen einer Einzel-Krankheitskosten- und einer Einzel-Unfallheilkostenversicherung Kenntnis erhalten haben, wird die anteilige Prämie für die Unfallheilkostenversicherung vom nächsten Monatsersten an auf die Hälfte herabgesetzt. Wir haben dann die zuviel gezahlte Prämie zurückzuerstatten. Bei Wegfall einer Einzel-Krankheitskostenversicherung haben Sie vom nächsten Monatsersten an die volle Unfallheilkostenprämie zu zahlen und erwerben damit Anspruch auf die vollen Leistungen.

2.10.2.2 Sie haben uns einen Wegfall der Einzel-Krankheitskostenversicherung unverzüglich anzuzeigen. Unterlassen Sie die Anzeige des Wegfalls der Einzel-Krankheitskostenversicherung oder sind Sie mit der erstmaligen Entrichtung des wegen des Wegfalls zu zahlenden weiteren Prämienanteils länger als einen Monat im Verzug, so haben Sie aus der Einzel-Unfallheilkostenversicherung nur Anspruch auf die halben Leistungen.

- sofern vereinbart -

2.11 Baustein Family (Familien - Assistance)

Wir erbringen auf der Grundlage der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen AUB 2012 durch einen von uns beauftragten Dienstleister Hilfeleistungen, wenn unfallbedingt die versicherte Person zu Hause bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens der Hilfe bedarf (siehe § 68 Abs. 5 Bundessozialhilfegesetz).

Die Familien - Assistance-Leistungen enthalten die Komponenten Erwachsenen- und Kinder - Assistance.

Versichert sind

- diejenige Person, die zum Zeitpunkt des Schadens überwiegend für die Haushaltsführung und Kinderbetreuung zuständig war (Aufsichtsperson). Dies kann ein Elternteil oder im Falle einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft der Lebenspartner sein, welcher dauerhaft im Haushalt lebt. Voraussetzung ist, dass diese Person auch im Unfallversicherungsvertrag versichert ist.

- alle in den Unfallversicherungsvertrag eingeschlossenen Kinder, die in häuslicher Gemeinschaft mit dem versicherten Elternteil wohnen.

Nach Vollendung des 15. Lebensjahres des versicherten Kindes (bei mehreren Kindern innerhalb eines Vertrages des letzten versicherten Kindes) entfallen die vereinbarten Kinder-Hilfeleistungen. Dafür werden die bisherigen Kinder-Hilfeleistungen in Assistance-Leistungen für Erwachsene umgewandelt und stehen automatisch der zweiten versicherten erwachsenen Person zur Verfügung. Gleichzeitig verlängert sich der Anspruch auf Kostenübernahme der einzelnen Erwachsenen-Hilfeleistungen von 12 auf 26 Wochen je Versicherungsfall und erwachsenen Person.

2.11.1 Voraussetzungen der Leistungen

Die versicherte Person oder das versicherte Kind hat einen Unfall im Sinne von Ziffer 1 der AUB 2012 erlitten und der konkrete Hilfebedarf ist durch einen Dienstleister vor Ort festgestellt worden. Der Hilfebedarf muss auf den Unfall zurückzuführen sein. Anspruch auf Hilfeleistungen bestehen nach dem vereinbarten Leistungsumfang. Der Anspruch auf Hilfeleistung entsteht ab dem Unfalltag, spätestens jedoch nach Abschluss der ärztlichen Akut- bzw. Anschlussheilbehandlung.

2.11.2 Umfang, Dauer und Häufigkeit der Leistungen

Der Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Hilfeleistung richten sich nach der Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person und werden von der Helvetia bzw. ihrem beauftragten Dienstleister bestimmt. Die Hilfeleistungen werden für die Dauer der Hilfsbedürftigkeit ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht, längstens jedoch für 12 Wochen. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können für die Zeit des Auslandsaufenthaltes die Leistungen nicht beansprucht werden. Die Kostenübernahme gilt nur für Dienstleister, die von der Helvetia beauftragt werden. Die Auswahl der Dienstleister erfolgt durch die Helvetia. Die Leistungen werden nur bei entsprechendem Nachweis fällig. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, so kann die vereinbarte Leistung nur aus ei-

nem dieser Verträge verlangt werden.

2.11.3 Art der Leistungen:

2.11.3.1 Erwachsenen - Assistance „Baustein Family“ - bei Unfall der versicherten Aufsichtsperson

Bei einem Unfall der versicherten Person (Aufsichtsperson) besteht ein Anspruch auf Hilfeleistungen für Erwachsene und - sofern notwendig - auch auf Kinder-Hilfeleistungen (Ziffer 2.11.3.2) im jeweils vereinbarten und beschriebenen Umfang.

Die nachfolgend benannten Hilfeleistungen werden durch einen von der Helvetia beauftragten Dienstleister erbracht. Die entsprechenden Kosten werden vom Versicherten getragen.

Kinderbetreuung im Notfall

Die Notfallbetreuung garantiert eine Betreuung des Kindes durch qualifizierte* Tagesmütter wohnortnah bis zu 5 Tagen nach einem Unfall der versicherten Aufsichtsperson. Wir übernehmen die Kosten für eine Tagesmutter bis zu 600 Euro.

Haushaltshilfe: Reinigung der Wohnung, Einkaufsdienst, Versorgung der Wäsche

Wir übernehmen die Organisation und Kosten einer Reinigungskraft für die Wohnung der versicherten Person zum Reinigen des allgemeinüblichen Lebensbereiches wie Wohnraum, Bad, Toilette und Küche mit Trennen und Entsorgen des Abfalls.

Wir übernehmen die Organisation und Kosten einer Einkaufshilfe, die für die versicherte Person den Einkaufszettel zusammenstellt, Einkäufe des täglichen Bedarfs und Arzneimittel erledigt sowie die eingekauften Lebensmittel unterbringt und versorgt.

Wir übernehmen die Organisation und Kosten einer Hilfe, die für die versicherte Person das Waschen und Trocknen, Bügeln, Ausbessern, Sortieren und Aufräumen der Wäsche sowie der Schuhpflege erledigt.

Wir übernehmen die Kosten für Reinigung der Wohnung, Einkaufsdienst und Versorgung der Wäsche bis zu 125 Euro pro Woche.

Begleit/ Fahrservice

Wir übernehmen die Organisation und Kosten eines Begleitservices und eines Fahrdienstes zu Ärzten, Behörden, zur Krankengymnastik und zu Therapien für die versicherte Person bis zu 100 Euro pro Woche

Menü-Service

Wir übernehmen die Organisation und Kosten einer Essenslieferung für die versicherte Person nach vorheriger Auswahl durch einen Sozialdienst bis zu 50 Euro pro Woche. Je nach Verfügbarkeit erfolgt eine tägliche oder wöchentliche Anlieferung.

Unterbringung von Haustieren

Wir übernehmen die Organisation und Kosten bis zu 150 Euro pro Woche für die Unterbringung der Haustiere der versicherten Person. Je nach regionaler Verfügbarkeit werden die Haustiere in einer Tierpension in Wohnortnähe untergebracht oder eine Person organisiert, die die Betreuung der Haustiere in der Wohnung/im Haus der versicherten Person übernimmt.

Gesundheitstelefon

In der Zeit von Montag bis Freitag von 08:00 Uhr bis 20:00 Uhr steht Ihnen unser medizinisches Fachpersonal telefonisch für Informationen / Rücksprache von medizinischen

Fragen zur Verfügung. Hierbei handelt es sich um allgemeine Hinweise und Informationen. Einen Arztbesuch zur Diagnosestellung, Therapiefestlegung, Gesundheitsverlauf, usw. ersetzt dieses Gespräch keinesfalls

Das medizinische Fachpersonal berät Sie bei folgenden Anliegen:

- Allgemeine und spezielle Fragen aus allen Fachgebieten zu unfallbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen;
- Informationen über unfallbedingte Krankheitsbilder und Möglichkeiten der Prävention;
- Erläuterung von Therapiealternativen;
- Informationen über Arzneimittel, laienverständliche Erläuterungen von Beipackzetteln sowie Beratung zu Neben- und Wechselwirkungen von Arzneimitteln;
- Ärztliche telefonische Zweitmeinung;
- Erstberatung in psychosozialen Krisensituationen;
- Unterstützung bei der Suche nach Ärzten, Fachärzten, Spezialisten, Physiotherapeuten usw. und medizinischen Einrichtungen wie Krankenhäusern, Fach-, Spezial- und Reha-Kliniken usw.;
- Kindertelefon: medizinisch fachliche Beratung zu allen Fragen rund um das Thema Kinderheilkunde. Telefonische Beratung zu Kinderkrankheiten einschließlich deren Behandlungsmöglichkeiten sowie Vorsorge und Präventionsmöglichkeiten;
- Schwangerschaft Medizinische Beratung zu Fragen rund um das Thema Schwangerschaft und Geburt;
- Beratung zu Reise- und Tropenmedizin: Länderinformationen, Ärzte im Ausland, Reise- und Vorsorgetipps, Impfungen, Reisen mit chronischen Krankheiten.

Erste-Hilfe-Versorgungspaket „First-Aid-Kit“

Wir übernehmen die Organisation eines ersten Hilfspaketes für das Krankenhaus. Dieses Paket umfasst einen Schlafanzug und Toilettenartikel (wie Zahnputzzeug, Rasierzeug, Creme, Deodorant); die Kosten für die eingekauften Waren trägt die versicherte Person. Die Organisation und die Kosten für die Dienstleistung (Anfahrt und Einkauf) übernehmen wir. Alternativ organisieren wir den Versand durch Angehörige und übernehmen die Kosten für den Versand.

Anreise einer Besuchsperson ins Krankenhaus

Wir übernehmen bei einem Krankenhausaufenthalt der versicherten Person einmalig die Organisation für deren Angehörige für die Anreise zum Krankenhaus und tätigen auf Wunsch eine Hotelreservierung. Reise- und Hotelkosten sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

2.11.3.2 Kinder - Assistance „Baustein Family“ - bei Unfall der versicherten Aufsichtsperson

Die versicherte Person (Aufsichtsperson) hat einen Unfall im Sinne von Ziffer 1 der AUB 2012 erlitten und dadurch besteht ein konkreter Hilfebedarf für das versicherte Kind. Der Hilfebedarf ist durch einen Dienstleister vor Ort festgestellt worden. Die nachfolgend benannten Hilfeleistungen werden durch einen von der Helvetia beauftragten Dienstleister erbracht. Die entsprechenden Kosten werden vom Versicherten getragen.

Begleitung und Fahrdienst zum Kindergarten oder Schule

Wir übernehmen die Organisation und die Kosten einer Begleitperson und eines Fahrdienstes für das versicherte Kind bis zu 100 Euro pro Woche.

* Vorlage eines polizeilichen Führungszeugnisses, ärztlichen Attestes über die gesundheitliche Eignung, Nachweis über Erste Hilfe am Kind, Pflegeerlaubnis des Jugendamtes bei Betreuung in Räumlichkeiten der Tagesmutter, Nachweis der erforderlichen Qualifikation wie Tagesmütterzertifikat oder abgeschlossene pädagogische Ausbildung.

Schulkinderhäuser/Horte

Wir übernehmen die Organisation und die Kosten von Schulkinderhäusern/Horten, alternativ auch die Vermittlung von Jugendgruppen oder Freizeitangeboten, die an Nachmittagen stattfinden bis zu 35 Euro die Woche.

oder

Pflegefamilien

Wir übernehmen – sofern notwendig – die Vermittlung, Organisation und Kosten, wenn das versicherte Kind in einer Pflegefamilie untergebracht werden muss, bis 153 Euro pro Woche.

oder

Kindertagesstätten

Wir bieten Unterstützung und Vermittlung von Kindern in Kindertageseinrichtungen, nach Bedarf auch mit speziellen pädagogischen Angeboten. Dafür übernehmen wir die Kosten bis 56 Euro je Woche bei Ganztagesbetreuung.

oder

Tagesmütter

Wir übernehmen – sofern notwendig – die Vermittlung, Organisation und Kosten, wenn das versicherte Kind durch eine qualifizierte Tagesmutter betreut wird. Die Betreuung des Kindes kann sowohl in den Räumen der Tagesmutter als auch in der Wohnung des Kindes selbst erfolgen. Wir übernehmen die Kosten bis 400 Euro je Woche.

Nachhilfe für schulpflichtige Kinder im Alter von 6 - 12 Jahren

Wir übernehmen die Vermittlung und Kosten für Nachhilfeangebote, die dem Alter, Leistungsstand und Interesse des Kindes entsprechen, wenn die versicherte Person (Aufsichtsperson) einen Unfall erlitten hat und dadurch das Kind nicht bei den Hausaufgaben und beim Lernen unterstützen kann. Der Nachhilfeunterricht kann sowohl von Privatpersonen als auch von Nachhilfeinstitutionen durchgeführt werden. Wir übernehmen die Kosten bis 35 Euro pro Woche.

2.11.3.3 Kinder - Assistance - bei Unfall eines versicherten Kindes

Bei einem Unfall des versicherten Kindes besteht ein Anspruch auf Hilfeleistungen für Kinder im jeweils vereinbarten und beschriebenen Umfang.

Kinderbetreuung im Notfall

Die Notfallbetreuung garantiert eine Betreuung des Kindes bis zu 5 Tagen nach einem Unfall des versicherten Kindes. Wir übernehmen die Kosten bis zu 600 Euro.

Begleitung und Fahrdienst zu Ärzten sowie zu Krankengymnastik und Therapien

Wir übernehmen die Organisation und Kosten eines Begleitservices und eines Fahrdienstes zu Ärzten, zur Krankengymnastik und zu Therapien für das versicherte Kind bis zu 100 Euro pro Woche.

Tagesmütter

Wir übernehmen die Vermittlung, Organisation und Kosten, wenn das versicherte Kind durch eine qualifizierte Tagesmutter betreut wird. Die Betreuung des Kindes kann sowohl in den Räumen der Tagesmutter als auch in der

Wohnung des Kindes selbst erfolgen. Wir übernehmen die Kosten bis 400 Euro pro Woche.

oder

Pflegefamilien

Wir übernehmen – sofern notwendig – die Vermittlung, Organisation und Kosten, wenn das versicherte Kind in einer Pflegefamilie untergebracht werden muss bis 153 Euro pro Woche.

Integrative Kindergärten

Wir übernehmen nach einem Unfall - sofern notwendig - die Vermittlung, Organisation und Kosten für die Unterbringung in einer dem Bedarf des Kindes angepassten Einrichtung.

Folgende Einrichtungen stehen zur Auswahl:

- Einrichtungen und Gruppen ausschließlich für Kinder mit Behinderungen (Sonderkindergärten, Sondergruppen, heilpädagogische Gruppen);
- Einrichtungen und Gruppen mit gemeinsamer Förderung von behinderten und nicht behinderten Kindern;
- Einzelintegrative Maßnahmen für behinderte Kinder in einem Regelkindergarten.

Die Kosten übernehmen wir bis 56 Euro pro Woche.

Nachhilfeunterricht für schulpflichtige Kinder im Alter von 6 - 12 Jahren

Wenn ein versichertes Kind durch einen Unfall für einen längeren Zeitraum nicht am Schulunterricht teilnehmen kann, so werden Nachhilfeangebote vermittelt, die dem Alter, Leistungsstand und Interesse des Kindes entsprechen. Durchgeführt wird der Nachhilfeunterricht sowohl von Privatpersonen als auch von Nachhilfeinstitutionen. Wir übernehmen die Kosten bis 35 Euro pro Woche.

Vermittlungsleistungen ohne Kostenübernahme

Auf Wunsch unterstützen wir Sie auch gerne bei der Vermittlung von:

- **Behinderten-Einrichtungen**
Vermittlung von behinderten Kindern in verschiedene Einrichtungen der Behindertenhilfe
- **Kur und Erholung für Eltern und Kind**
Vermittlung spezieller / geeigneter Kurkliniken
- **Heilpädagogisch-Therapeutische Tagesgruppen**
Vermittlung von Kindern mit Behinderung in heilpädagogische und therapeutische Tagesgruppen.

2.11.3.4 Pflegeheimplatzgarantie für die versicherte Aufsichtsperson und die versicherten Kinder

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes:

Der Versicherer leistet im Versicherungsfall im vertraglichen Umfang für Beratungs-, Organisations- und Vermittlungsleistungen der Pflegeheimplatzgarantie (vollstationär).

Versicherungsfall ist ein Unfall im Sinne der AUB 2012 oder eine Krankheit der versicherten Person und eine daraus resultierende Pflegebedürftigkeit.

Pflegebedürftig sind Personen, die nach dem Versicherungsfall wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Dies entspricht einer Einstufung der Pflegestufen II und III (schwer- und schwerstpflegebedürftig) gemäß SGB XI § 15.

* Vorlage eines polizeilichen Führungszeugnisses, ärztlichen Attestes über die gesundheitliche Eignung, Nachweis über Erste Hilfe am Kind, Pflegeerlaubnis des Jugendamtes bei Betreuung in Räumlichkeiten der Tagesmutter, Nachweis der erforderlichen Qualifikation wie Tagesmütterzertifikat oder abgeschlossene pädagogische Ausbildung.

Der Umfang der Pflegebedürftigkeit muss derart sein, dass eine Unterbringung in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung erforderlich ist. Der Leistungsanspruch auf einen vollstationären Pflegeplatz entsteht nur dann, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf eine Pflege in der Bundesrepublik Deutschland.

Umfang der Leistungspflicht:

Pflegemanager

Die versicherte Person hat Anspruch auf eine Beratung durch einen Pflegemanager. Die Beratung erfolgt zu nachstehenden Themen, die mit der Vermittlung des Pflegeplatzes in Zusammenhang stehen.

- Beratung innerhalb des Entlassungsmanagements (Kurzfristige Sicherung von Versorgungssituationen nach dem Krankenhausaufenthalt bei vorliegender Pflegeeinstufung);
- Beratung zu Pflegeleistungen, haushaltsunterstützenden Dienstleistungen und Pflegehilfsmitteln;
- Allgemeine Beratung zu Leistungen der Pflegeversicherung gem. SGB XI;
- Beratung und Begleitung von Pflegeeinstufungen, inkl. Widerspruchsverfahren;
- Beratung zur Finanzierung von Pflegeleistungen und Heimplätzen;
- Beratung zu Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen.

Garantieleistungen für die vollstationäre Pflege

Die Helvetia vermittelt und organisiert durch einen von uns beauftragten Dienstleister einen Platz in einer vollstationären Pflegeeinrichtung.

Die Helvetia garantiert die Unterbringung eines Betroffenen in einer vollstationären Pflegeeinrichtung innerhalb von 48 Stunden. Der Pflegeplatz wird möglichst im nahen Umkreis des bisherigen Wohnsitzes zur Verfügung gestellt.

Sofern dieser zur Verfügung gestellte Pflegeheimplatz mittelfristig nicht den Anforderungen entspricht, unterstützt der von uns beauftragte Dienstleister bei der Suche und organisiert einen langfristig gewünschten oder geeigneten stationären Pflegeplatz.

2.11.4 Kündigung

1. Versicherungsnehmer und Versicherer können unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten den Baustein Family zum Ablauf eines jeden Versicherungsjahres in Schriftform kündigen.
2. Kündigt der Versicherer, so kann der Versicherungsnehmer den Hauptvertrag (siehe Ziffer 10.2 AUB 2012) innerhalb eines Monats nach Zugang der Erklärung des Versicherers zum gleichen Zeitpunkt kündigen.
3. Kündigt der Versicherer, so gebührt ihm der Teil der Prämie, der der Dauer der Gefahrtragung entspricht. Gleiches gilt, wenn der Versicherungsnehmer gemäß Abs. 2 kündigt.

- sofern vereinbart -

2.12 Baustein Junior (Kinder - Assistance)

Wir erbringen auf der Grundlage der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen AUB 2012 durch einen von uns beauftragten Dienstleister Hilfeleistungen, wenn unfallbedingt das versicherte Kind zu Hause bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens der Hilfe bedarf (siehe § 68 Abs. 5 Bundessozialhilfegesetz).

Versichert sind:

Alle in den Unfallversicherungsvertrag eingeschlossenen Kinder, die in häuslicher Gemeinschaft mit dem versicherten Elternteil wohnen.

Nach Vollendung des 15. Lebensjahres des versicherten Kindes entfallen die vereinbarten Kinder-Hilfeleistungen „Junior“ und werden automatisch in Assistance-Leistungen für Erwachsene umgewandelt. Gleichzeitig verlängert sich der Anspruch auf Kostenübernahme der einzelnen Erwachsenen-Hilfeleistungen für die über 15-jährigen von 12 auf 26 Wochen je Versicherungsfall und Person.

2.12.1 Voraussetzungen der Leistungen

Das versicherte Kind hat einen Unfall im Sinne von Ziffer 1 der AUB 2012 erlitten und der konkrete Hilfebedarf ist durch einen Dienstleister vor Ort festgestellt worden. Der Hilfebedarf muss auf den Unfall zurückzuführen sein. Anspruch auf Hilfeleistungen bestehen nach dem vereinbarten Leistungsumfang „Junior“ ab dem Unfalltag, spätestens jedoch nach Abschluss der ärztlichen Akut- bzw. Anschlussheilbehandlung.

2.12.2 Art, Umfang, Dauer und Häufigkeit der Leistungen

Der Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Hilfeleistung richten sich nach der Hilfsbedürftigkeit des versicherten Kindes und werden von der Helvetia bzw. ihrem beauftragten Dienstleister bestimmt. Die Hilfeleistungen werden für die Dauer der Hilfsbedürftigkeit ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht, längstens jedoch für 12 Wochen. Hält sich das versicherte Kind im Ausland auf, können für die Zeit des Auslandsaufenthaltes die Leistungen nicht beansprucht werden. Die Kostenübernahme gilt nur für Dienstleister, die von der Helvetia beauftragt werden. Die Auswahl der Dienstleister erfolgt durch die Helvetia. Die Leistungen werden nur bei entsprechendem Nachweis fällig. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestehen für das versicherte Kind bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, so kann die vereinbarte Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.12.3 Art der Leistungen

Kinderbetreuung im Notfall

Die Notfallbetreuung garantiert eine Betreuung des versicherten Kindes durch qualifizierte* Tagesmütter wohnortnah bis zu 5 Tagen nach einem Unfall des versicherten Kindes. Wir übernehmen die Kosten bis zu 600 Euro.

Begleitung und Fahrdienst zu Arztgängen sowie zu Krankengymnastik und Therapien

Wir übernehmen die Organisation und Kosten eines Begleitservices und eines Fahrdienstes zu Ärzten, zur Krankengymnastik und Therapien für das versicherte Kind bis zu 100 Euro pro Woche.

Tagesmütter

Wir übernehmen die Vermittlung, Organisation und Kosten, wenn das versicherte Kind durch eine qualifizierte* Tagesmutter betreut wird. Die Betreuung des Kindes kann sowohl in den Räumen der Tagesmutter als auch in der Wohnung des Kindes selbst erfolgen. Wir übernehmen die Kosten bis 400 Euro pro Woche.

oder

Pflegefamilien

Wir übernehmen – sofern notwendig – die Vermittlung, Organisation und Kosten, wenn das versicherte Kind in einer Pflegefamilie untergebracht werden muss, bis 153 Euro pro Woche.

Integrative Kindergärten

Wir bieten nach einem Unfall – sofern notwendig – Unterstützung bei der Vermittlung in eine dem Bedarf des Kindes angepasste Einrichtung.

Folgende Einrichtungen kommen in Frage:

- Einrichtungen und Gruppen ausschließlich für Kinder mit Behinderungen (Sonderkindergärten, Sondergruppen, heilpädagogische Gruppen);
- Einrichtungen und Gruppen mit gemeinsamer Förderung von behinderten und nicht behinderten Kindern;
- Einzelintegrative Maßnahmen für behinderte Kinder in einem Regelkindergarten.

Die Kosten übernehmen wir bis 56 Euro pro Woche.

Nachhilfeunterricht für schulpflichtige Kinder im Alter von 6 - 12 Jahren

Wenn ein versichertes Kind durch einen Unfall für einen längeren Zeitraum nicht am Schulunterricht teilnehmen kann, werden Nachhilfeangebote vermittelt, die dem Alter, Leistungsstand und Interesse des Kindes entsprechen. Durchgeführt wird der Nachhilfeunterricht sowohl von Privatpersonen als auch von Nachhilfeeinrichtungen. Wir übernehmen die Kosten bis 35 Euro pro Woche.

Vermittlungsleistungen ohne Kostenübernahme

Auf Wunsch unterstützen wir Sie auch gerne bei der Vermittlung von:

- **Behinderten-Einrichtungen**
Vermittlung von behinderten Kindern in verschiedene Einrichtungen der Behindertenhilfe
- **Kur und Erholung für Eltern und Kind**
Vermittlung spezieller / geeigneter Kurkliniken
- **Heilpädagogisch-Therapeutische Tagesgruppen**
Vermittlung von Kindern mit Behinderung in heilpädagogische und therapeutische Tagesgruppen.

Gesundheitstelefon

In der Zeit von Montag bis Freitag von 08:00 Uhr bis 20:00 Uhr steht Ihnen unser medizinisches Fachpersonal telefonisch zur Information / Rücksprache von medizinischen Fragen zur Verfügung. Hierbei handelt es sich um allgemeine Hinweise und Informationen. Einen Arztbesuch zur Diagnosestellung, Therapiefestlegung, Gesundheitsverlauf, usw. ersetzt dieses Gespräch keinesfalls.

Das medizinische Fachpersonal berät Sie bei folgenden Anliegen:

- Allgemeine und spezielle Fragen aus allen Fachgebieten zu unfallbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen;
- Informationen über unfallbedingte Krankheitsbilder und Möglichkeiten der Prävention;
- Erläuterung von Therapiealternativen;
- Informationen über Arzneimittel, laienverständliche Erläuterungen von Beipackzetteln sowie Beratung zu Neben- und Wechselwirkungen von Arzneimitteln;
- Ärztliche telefonische Zweitmeinung;
- Erstberatung in psychosozialen Krisensituationen;
- Unterstützung bei der Suche nach Ärzten, Fachärzten, Spezialisten, Physiotherapeuten usw. und medizinischen Einrichtungen wie Krankenhäusern, Fach-, Spezial- und Reha-Kliniken usw.;
- Kindertelefon: medizinisch fachliche Beratung zu allen Fragen rund um das Thema Kinderheilkunde. Telefonische Beratung zu Kinderkrankheiten einschließlich deren Behandlungsmöglichkeiten sowie Vorsorge und Präventionsmöglichkeiten;
- Schwangerschaft Medizinische Beratung zu Fragen rund um das Thema Schwangerschaft und Geburt;
- Beratung zu Reise- und Tropenmedizin: Länderinformationen, Ärzte im Ausland, Reise- und Vorsorgetipps, Impfungen, Reisen mit chronischen Krankheiten.

Anreise einer Besuchsperson ins Krankenhaus

Wir übernehmen die Organisation bei einem Krankenhausaufenthalt der versicherten Person für deren Angehörige einmalig die Anreise zum Krankenhaus und tätigen auf Wunsch eine Hotelreservierung. Reise- und Hotelkosten sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

Pflegeheimplatzgarantie

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang für Beratungs-, Organisations- und Vermittlungsleistungen für Pflegeheimplatzgarantie (vollstationär).

Versicherungsfall ist ein Unfall im Sinne der AUB 2012 oder eine Krankheit der versicherten Person und eine daraus resultierende Pflegebedürftigkeit.

Pflegebedürftig sind Personen, die nach dem Versicherungsfall wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Dies entspricht einer Einstufung der Pflegestufen II und III (schwer- und schwerstpflegebedürftig) gemäß SGB XI § 15.

Der Umfang der Pflegebedürftigkeit muss derart sein, dass eine Unterbringung in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung erforderlich ist. Der Leistungsanspruch auf einen vollstationären Pflegeplatz entsteht nur dann, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland.

Umfang der Leistungspflicht:

Pflegemanager

Die versicherte Person hat Anspruch auf eine Beratung durch einen Pflege-Manager. Die Beratung erfolgt zu nachstehenden Themen, die mit der Vermittlung des Pflegeplatzes in Zusammenhang stehen.

- Beratung innerhalb des Entlassungsmanagements (Kurzfristige Sicherung von Versorgungssituationen nach dem Krankenhausaufenthalt bei vorliegender Pflegeeinstufung);
- Beratung zu Pflegeleistungen, haushaltsunterstützenden Dienstleistungen und Pflegehilfsmitteln.
- Allgemeine Beratung zu Leistungen der Pflegeversicherung gem. SGB X;
- Beratung und Begleitung von Pflegeeinstufungen, inkl. Widerspruchsverfahren;
- Beratung zur Finanzierung von Pflegeleistungen und Heimplätzen;
- Beratung zu Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen.

Garantieleistungen für die vollstationäre Pflege

Die Helvetia vermittelt und organisiert durch einen von uns beauftragten Dienstleister einen Platz in einer vollstationären Pflegeeinrichtung.

Die Helvetia garantiert die Unterbringung eines Betroffenen in einer vollstationären Pflegeeinrichtung innerhalb von 48 Stunden. Der Pflegeplatz wird möglichst im nahen Umkreis des bisherigen Wohnsitzes zur Verfügung gestellt.

Sofern dieser zur Verfügung gestellte Pflegeheimplatz mittelfristig nicht den Anforderungen entspricht, unterstützt der von uns beauftragte Dienstleister bei der Suche und organisiert einen langfristig gewünschten oder geeigneten stationären Pflegeplatz.

2.12.4 Kündigung

1. Versicherungsnehmer und Versicherer können unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten den Baustein Junior zum Ablauf eines jeden Versicherungsjahres in Schriftform kündigen.
2. Kündigt der Versicherer, so kann der Versicherungsnehmer den Hauptvertrag (siehe Ziffer 10.2 AUB 2012) innerhalb eines Monats nach Zugang der Erklärung des Versicherers zum gleichen Zeitpunkt kündigen.
3. Kündigt der Versicherer, so gebührt ihm der Teil der Prämie, der der Dauer der Gefahrtragung entspricht. Gleiches gilt, wenn der Versicherungsnehmer gemäß Abs. 2 kündigt.

- sofern vereinbart -

2.13 Family-Schutz

2.13.1 Allgemeine Voraussetzungen

Wir erbringen Hilfeleistungen ausschließlich in Deutschland im Rahmen des nachstehend beschriebenen Umfangs. Hierzu bedienen wir uns qualifizierter Dienstleister.

Für den Anspruch auf Erbringung von Hilfsleistungen und den Anspruch auf Kostenübernahme für die Hilfeleistungen ist es jeweils Voraussetzung, dass die Hilfsleistung durch uns organisiert wird. Anderenfalls besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung oder Kostenübernahme. Eingetretene Schadensfälle sind daher von Ihnen ausschließlich und unverzüglich dem 24-Stunden-Notrufservice unter der im Versicherungsschein genannten Notruf-Telefonnummer zu melden.

Soweit die einzelne Hilfeleistung sich auf die Organisation beschränkt, tragen Sie die Kosten der Dienstleistung selbst.

Wir zahlen die unter Ziffer 2.13.2 benannten Kosten direkt an den Dienstleister. Sofern die gemäß Ziffer 2.13.2 von uns zu übernehmenden Kosten für die Erbringung der Leistungen nicht ausreichen, steht es Ihnen frei, den Dienstleister mit der Erbringung weitergehender Leistungen zu beauftragen. In diesem Fall stellt der Dienstleister den über die versicherte Leistung hinausgehenden Betrag Ihnen bzw. der versicherten Person in Rechnung, die ihn beauftragt hat.

Sofern sich die Leistung auf die Benennung eines Dienstleisters beschränkt bzw. Sie oder die versicherte Person den jeweiligen Dienstleister gemäß Ziffer 2.13.2 selbst beauftragt, übernehmen wir für die Leistung des Dienstleisters keine Haftung.

Soweit Sie oder die versicherte Person im Versicherungsfall Kostenübernahmeleistungen gem. Ziffer 2.13.2 aus anderen Versicherungsverträgen beanspruchen können, die ebenfalls uns abgeschlossen wurden, tragen wir die Kosten ungeachtet der Mehrfachversicherung bis zur Höhe der in Ziffer 2.13.2 festgelegten Betragsobergrenzen je Versicherungsfall.

Allgemeine Leistungsbegrenzung

Die Übernahme von Kosten durch uns gemäß Ziffer 2.13.2 „Leistungen“ ist begrenzt auf insgesamt 1.500 Euro für alle Versicherungsfälle, die innerhalb eines Versicherungsjahres beim Notfall-Telefon gemeldet werden. Von dieser Jahreshöchstleistung unberührt bleiben reine Serviceleistungen ohne Kostenübernahme.

Wir zahlen die unter Ziffer 2.13.2 benannten Kosten direkt an den Dienstleister. Sofern die gemäß Ziffer 2.13.2 von uns zu übernehmenden Kosten für die Erbringung der Leistungen nicht ausreichen, steht es Ihnen frei, den Dienstleister mit der Erbringung weitergehender Leistungen zu beauftragen. In diesem Fall stellt der Dienstleister den über die versicherte Leistung hinausgehenden Betrag Ihnen bzw. der versicherten Person in Rechnung, die ihn beauftragt hat.

2.13.2 Art der Leistungen

Gesundheitstelefon

In der Zeit von Montag bis Freitag von 08:00 Uhr bis 20:00 Uhr steht Ihnen unser medizinisches Fachpersonal telefonisch zur Information / Rücksprache von medizinischen Fragen zur Verfügung. Hierbei handelt es sich um allgemeine Hinweise und Informationen. Einen Arztbesuch zur Diagnosestellung, Therapiefestlegung, Gesundheitsverlauf, usw. ersetzt dieses Gespräch keinesfalls.

Das medizinische Fachpersonal berät Sie bei folgenden Anliegen:

- Allgemeine und spezielle Fragen aus allen Fachgebieten zu unfallbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen;
- Informationen über unfallbedingte Krankheitsbilder und Möglichkeiten der Prävention;
- Erläuterung von Therapiealternativen;
- Informationen über Arzneimittel, laienverständliche Erläuterungen von Beipackzetteln sowie Beratung zu Neben- und Wechselwirkungen von Arzneimitteln;
- Ärztliche telefonische Zweitmeinung;
- Erstberatung in psychosozialen Krisensituationen;
- Unterstützung bei der Suche nach Ärzten, Fachärzten, Spezialisten, Physiotherapeuten usw. und medizinischen Einrichtungen wie Krankenhäusern, Fach-, Spezial- und Reha-Kliniken usw.;
- Kindertelefon: medizinisch fachliche Beratung zu allen Fragen rund um das Thema Kinderheilkunde. Telefonische Beratung zu Kinderkrankheiten einschließlich deren Behandlungsmöglichkeiten sowie Vorsorge und Präventionsmöglichkeiten;
- Schwangerschaft Medizinische Beratung zu Fragen rund um das Thema Schwangerschaft und Geburt;
- Beratung zu Reise- und Tropenmedizin: Länderinformationen, Ärzte im Ausland, Reise- und Vorsorgetipps, Impfungen, Reisen mit chronischen Krankheiten.

Kinderbetreuung im Notfall

Wir organisieren innerhalb Deutschlands die Betreuung und Versorgung von versicherten Kindern unter 16 Jahren, die im Haushalt des Versicherungsnehmers leben, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person durch Unfall, Noteinweisung ins Krankenhaus oder Tod unvorhergesehen an der Betreuung der Kinder gehindert sind und eine andere Person zur Betreuung nicht zur Verfügung steht. Die Betreuung erfolgt nach Möglichkeit in der versicherten Wohnung, und zwar so lange, bis sie anderweitig, z. B. durch einen Verwandten übernommen werden kann, längstens jedoch für die Dauer von 48 Stunden.

Wir übernehmen die durch die Kinderbetreuung entstehenden Kosten bis zu 500 Euro je Versicherungsfall.

Organisation der An- und Abreise einer Betreuungsperson für die Kinder vor Ort

Wir organisieren die Anreise einer Betreuungsperson (z. B. eines Verwandten oder einer sonst nahe stehenden Person) für versicherte Kinder unter 16 Jahren zu Ihrem Wohnort, wenn Sie oder die versicherte Person durch Unfall, Noteinweisung ins Krankenhaus oder Tod unvorhergesehen an der Betreuung der Kinder gehindert sind und eine andere Person in Ihrem Haushalt zur Betreuung nicht zur Verfügung steht.

Die Reisekosten oder eine Entschädigung der Betreuungsperson sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

Begleitung und Fahrdienst zum Kindergarten oder Schule

Wir übernehmen die Organisation und die Kosten einer Begleitperson und eines Fahrdienstes für das versicherte Kind unter 16 Jahren bis zu 100 Euro pro Woche, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person durch Unfall, Noteinweisung ins Krankenhaus oder Tod unvorhergesehen an der Betreuung der Kinder gehindert

sind und eine andere Person im Haushalt des Versicherungsnehmers zur Betreuung nicht zur Verfügung steht. Die Leistungsdauer ist auf maximal 4 Wochen je Versicherungsfall beschränkt.

Kindertagesstätten

Wir bieten Unterstützung und die Vermittlung von Kindern in Kindertageseinrichtungen, nach Bedarf auch mit speziellen pädagogischen Angeboten.

Unterbringung von Tieren im Notfall

Wir organisieren innerhalb Deutschlands die Unterbringung und Versorgung von Hunden, Katzen, Hamstern, Meerschweinchen, Kaninchen, Hasen, Chinchillas, Fischen, Schildkröten und Ziervögeln, die im Haushalt des Versicherungsnehmers leben, wenn Sie oder die versicherte Person durch Unfall, Noteinweisung ins Krankenhaus oder Tod unvorhergesehen an der Betreuung der Tiere gehindert sind und eine andere Person zur Betreuung nicht zur Verfügung steht. Die Unterbringung erfolgt in einer Tierpension bzw. in einem Tierheim. Voraussetzung ist in jedem Fall, dass die Tiere unserem Beauftragten übergeben werden. Zur Unterbringung oder Versorgung anderer als der vorgenannten Tierarten sind wir nicht verpflichtet.

Wir übernehmen die Kosten für die Unterbringung und Versorgung der vorgenannten Tiere bis zu 300 Euro je Versicherungsfall.

Organisation einer Sicherheitsberatung

Bei Bedarf organisieren wir eine Sicherheitsberatung bzw. Sicherheitscheck der versicherten Wohnung. Die Leistung beinhaltet:

- Beratung zu Brandschutz und dessen Präventionsmaßnahmen;
- Aufnahme und Dokumentation von Brandschutz- bzw. Brandmeldeeinrichtungen;
- Einschätzungen zum baulichen Brand und Dokumentation;
- Auf Wunsch Angabe zu Alarmierung und Anrückzeiten der nächstgelegenen Feuerwehr.
- Einbruchsicherheit (Fenster, Türen, Schlösser, Einbruchmelder etc.);
- Aufnahme und Dokumentation der Zugänglichkeit des versicherten Objektes;
- Angabe zu einbruchhemmenden Einbauten und baulichen Maßnahmen;
- Dokumentation vorhandener Einbruchmeldeeinrichtungen inkl. der Aufschaltung.

Die Kosten für die Inanspruchnahme der Beratungsleistung sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

Unterstützung bei Umzügen

Wir übernehmen die Benennung von Umzugsunternehmen und holen auf Wunsch Kostenvoranschläge ein.

2.13.3 Kündigung

1. Versicherungsnehmer und Versicherer können unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten die Assistance-Leistungen zum Ablauf eines jeden Versicherungsjahres in Schriftform kündigen.

2. Kündigt der Versicherer, so kann der Versicherungsnehmer den Hauptvertrag (siehe Ziffer 10.2 AUB 2012) innerhalb eines Monats nach Zugang der Erklärung des Versicherers zum gleichen Zeitpunkt kündigen.

3. Kündigt der Versicherer, so gebührt ihm der Teil der Prämie, der der Dauer der Gefahrtragung entspricht. Gleiches gilt, wenn der Versicherungsnehmer gemäß Abs. 2 kündigt.

2.13.4 Ende des Hauptversicherungsvertrages

Mit Beendigung des Hauptversicherungsvertrages entfällt der Anspruch auf Assistance-Leistungen.

- sofern vereinbart -

2.14 Baustein Plus (Erwachsenen - Assistance)

Wir erbringen auf der Grundlage der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen AUB 2012 durch einen von uns beauftragten Dienstleister Hilfeleistungen, wenn unfallbedingt die versicherte Person zu Hause bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens der Hilfe bedarf (siehe § 68 Abs. 5 Bundessozialhilfegesetz).

Versichert sind:

alle in den Unfallversicherungsvertrag eingeschlossenen versicherten Personen, die in häuslicher Gemeinschaft wohnen.

2.14.1 Voraussetzungen der Leistungen

Die versicherte Person hat einen Unfall im Sinne von Ziffer 1 der AUB 2012 erlitten und der konkrete Hilfebedarf ist durch einen Dienstleister vor Ort festgestellt worden. Der Hilfebedarf muss auf den Unfall zurückzuführen sein. Anspruch auf Hilfeleistungen bestehen nach dem vereinbarten Leistungsumfang. Der Anspruch auf Hilfeleistung entsteht ab dem Unfalltag, spätestens jedoch nach Abschluss der ärztlichen Akut- bzw. Anschlussheilbehandlung.

2.14.2 Umfang, Dauer und Häufigkeit der Leistungen

Der Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Hilfeleistung richten sich nach der Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person und werden von der Helvetia bzw. ihrem beauftragten Dienstleister bestimmt. Die Hilfeleistungen werden für die Dauer der Hilfsbedürftigkeit ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht, längstens jedoch für 12 Wochen. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können für die Zeit des Auslandsaufenthaltes die Leistungen nicht beansprucht werden. Die Kostenübernahme gilt nur für Dienstleister, die von der Helvetia beauftragt werden. Die Auswahl der Dienstleister erfolgt durch die Helvetia. Die Leistungen werden nur bei entsprechendem Nachweis fällig. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, so kann die vereinbarte Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.14.3 Art der Leistungen:

Reinigung der Wohnung

Wir übernehmen die Organisation und Kosten einer Reinigungskraft für die Wohnung der versicherten Person zum Reinigen des allgemeinüblichen Lebensbereiches wie Wohnraum, Bad, Toilette und Küche mit Trennen und Entsorgen des Abfalls bis 50 Euro pro Woche.

Fahrdienst zu Arzt- und Behördengängen

Wir übernehmen die Organisation und Kosten eines Fahrdienstes zu Arzt- und Behördengängen für die versicherte Person bis zu 100 Euro pro Woche.

Fahrdienst zur Krankengymnastik und Therapien

Wir übernehmen die Organisation und Kosten eines Fahrdienstes zur Krankengymnastik und Therapien für die versicherte Person bis zu 100 Euro pro Woche.

Menü-Service

Wir übernehmen die Organisation und Kosten einer Es-

senslieferung für die versicherte Person nach vorheriger Auswahl durch einen Sozialdienst bis zu 50 Euro pro Woche. Je nach Verfügbarkeit erfolgt eine tägliche oder wöchentliche Anlieferung.

Einkaufsdienst

Wir übernehmen die Organisation und Kosten einer Einkaufshilfe, die für die versicherte Person den Einkaufszettel zusammenstellt, Einkäufe des täglichen Bedarfs und Arzneimittel erledigt sowie die eingekauften Lebensmittel unterbringt und versorgt bis zu 125 Euro pro Woche.

Versorgung der Wäsche

Wir übernehmen die Organisation und Kosten einer Hilfe, die für die versicherte Person das Waschen und Trocknen, Bügeln, Ausbessern, Sortieren und Aufräumen der Wäsche sowie der Schuhpflege erledigt bis zu 40 Euro pro Woche.

Unterbringung von Haustieren

Wir übernehmen die Organisation und Kosten bis zu 150 Euro pro Woche für die Unterbringung des Haustieres/der Haustiere der versicherten Person. Je nach regionaler Verfügbarkeit wird das Haustier/die Haustiere in einer Tierpension in Wohnortnähe untergebracht oder eine Person organisiert, die die Betreuung des Haustieres/der Haustiere in der Wohnung/Haus der versicherten Person übernimmt.

Behindertengerechter Umbau der Wohnung/Haus oder Personenkraftwagen

Wir übernehmen die Vermittlung einer Beratung, die Organisation und die Kosten für den behindertengerechten Umbau der von der versicherten Person bewohnten Wohnung oder des Ein-/Zweifamilienhauses sowie für den behindertengerechten Umbau eines Personenkraftwagens, den die versicherte Person benutzt.

Pflanzenpflege

Einmal wöchentlich werden die Pflanzen, die sich in der Wohnung bzw. im Haus der versicherten Person befinden – sowie bei Bedarf die Pflanzen auf dem dazugehörigen Balkon bzw. im angrenzenden Garten – gegossen. Die Organisation und die Kosten für die Dienstleistung werden von uns übernommen.

Bringservice aus dem Haushalt

Bei einem Krankenhausaufenthalt der versicherten Person werden einmal wöchentlich die Post sowie benötigte kleinere Gegenstände aus der Wohnung zum Krankenhaus gebracht, bei größeren Entfernungen ab 50 Kilometern wird der Versand organisiert. Die Kosten hierfür übernehmen wir.

Erste Kühlschranksbefüllung nach stationärer Heilbehandlung

Bei Entlassung der versicherten Person aus dem Krankenhaus wird die erste Befüllung des Kühlschranks im Haushalt der versicherten Person organisiert. Die Kosten für die Organisation einschließlich der vorherigen telefonischen Abstimmung des Einkaufszettels und der Anlieferung werden übernommen. Die Kosten für die eingekauften Lebensmittel und Waren sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

Gesundheitstelefon

In der Zeit von Montag bis Freitag von 08:00 Uhr bis 20:00 Uhr steht Ihnen unser medizinisches Fachpersonal telefonisch zur Information / Rücksprache von medizinischen Fragen zur Verfügung. Hierbei handelt es sich um allgemeine Hinweise und Informationen. Einen Arztbesuch zur Diagnosedstellung, Therapiefestlegung, Gesundheitsverlauf, usw. ersetzt dieses Gespräch keinesfalls.

Das medizinische Fachpersonal berät Sie bei folgenden Anliegen:

- Allgemeine und spezielle Fragen aus allen Fachgebieten zu unfallbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen;
- Informationen über unfallbedingte Krankheitsbilder und Möglichkeiten der Prävention;
- Erläuterung von Therapiealternativen;
- Informationen über Arzneimittel, laienverständliche Erläuterungen von Beipackzetteln sowie Beratung zu Neben- und Wechselwirkungen von Arzneimitteln;
- Ärztliche telefonische Zweitmeinung;
- Erstberatung in psychosozialen Krisensituationen;
- Unterstützung bei der Suche nach Ärzten, Fachärzten, Spezialisten, Physiotherapeuten usw. und medizinischen Einrichtungen wie Krankenhäusern, Fach-, Spezial- und Reha-Kliniken usw.;
- Kindertelefon: medizinisch fachliche Beratung zu allen Fragen rund um das Thema Kinderheilkunde. Telefonische Beratung zu Kinderkrankheiten einschließlich deren Behandlungsmöglichkeiten sowie Vorsorge und Präventionsmöglichkeiten;
- Schwangerschaft Medizinische Beratung zu Fragen rund um das Thema Schwangerschaft und Geburt;
- Beratung zu Reise- und Tropenmedizin: Länderinformationen, Ärzte im Ausland, Reise- und Vorsorgetipps, Impfungen, Reisen mit chronischen Krankheiten.

Erste-Hilfe-Versorgungspaket „First-Aid-Kit“

Wir übernehmen die Organisation eines ersten Hilfspakets für das Krankenhaus. Dieses Paket umfasst einen Schlafanzug und Toilettenartikel (wie Zahnputzzeug, Rasierzeug, Creme, Deodorant); die Kosten für die eingekauften Waren trägt die versicherte Person. Die Organisation und die Kosten für die Dienstleistung (Anfahrt und Einkauf) übernehmen wir. Alternativ organisieren wir den Versand durch Angehörige und übernehmen die Kosten für den Versand.

2.14.4 Kündigung

1. Versicherungsnehmer und Versicherer können unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten den Baustein Plus zum Ablauf eines jeden Versicherungsjahres in Schriftform kündigen.
2. Kündigt der Versicherer, so kann der Versicherungsnehmer den Hauptvertrag (siehe Ziffer 10.2 AUB 2012) innerhalb eines Monats nach Zugang der Erklärung des Versicherers zum gleichen Zeitpunkt kündigen.
3. Kündigt der Versicherer, so gebührt ihm der Teil der Prämie, der der Dauer der Gefahrtragung entspricht. Gleiches gilt, wenn der Versicherungsnehmer gemäß Abs. 2 kündigt.

- sofern vereinbart -

2.15 Baustein Aktiv + Fit (Senioren - Assistance)

Wir erbringen auf der Grundlage der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen AUB 2012 durch einen von uns beauftragten Dienstleister Hilfeleistungen, wenn unfallbedingt das versicherte Kind zu Hause bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens der Hilfe bedarf (siehe § 68 Abs. 5 Bundessozialhilfegesetz).

2.15.1 Voraussetzungen der Leistungen

Die versicherte Person hat einen Unfall im Sinne von Ziffer 1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012) erlitten und der konkrete Hilfebedarf ist durch einen Dienstleister vor Ort festgestellt worden. Der Hilfebedarf muss auf den Unfall zurückzuführen sein. Der Anspruch auf Hilfeleistung entsteht ab Unfalltag, spätestens jedoch nach Abschluss der ärztlichen Akut- bzw. Anschlussheilbehandlung.

2.15.2 Umfang, Dauer und Häufigkeit der Leistungen

Der Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Hilfeleistung richten sich nach der Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person und werden von der Helvetia bzw. ihrem beauftragten Dienstleister bestimmt.

Die Leistungen werden nur bei entsprechendem Nachweis fällig. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, so kann die vereinbarte Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.15.3 Art, Umfang und Höhe der Hilfeleistungen im Inland:

Die Hilfeleistungen werden für die Dauer der Hilfsbedürftigkeit ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht, längstens jedoch für 6 Monate. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können für die Zeit des Auslandsaufenthaltes die Leistungen nicht beansprucht werden. Die Kostenübernahme gilt nur für Dienstleister, die von der Helvetia beauftragt werden. Die Auswahl der Dienstleister erfolgt durch die Helvetia.

Die nachfolgend benannten Hilfeleistungen werden durch einen von der Helvetia beauftragten Dienstleister erbracht. Die entsprechenden Kosten werden vom Versicherer getragen:

Reinigung der Wohnung

Wir übernehmen die Organisation und Kosten einer Reinigungskraft für die Wohnung der versicherten Person zum Reinigen des allgemeinüblichen Lebensbereiches wie Wohnraum, Bad, Toilette und Küche mit Trennen und Entsorgen des Abfalls bis 50 Euro pro Woche.

Grundpflege

Wir übernehmen die Organisation und Kosten einer Grundpflege (z. B. Waschen, Duschen, Baden, Mund-, Zahn- und Lippenpflege, Rasieren, Hautpflege, Haarpflege, An- und Auskleiden sowie Hilfe bei der Nahrungsaufnahme) der versicherten Person für bis zu 3 Stunden pro Tag und bis zu 675 Euro die Woche.

Begleitung zu Arzt- und Behördengängen

Wir übernehmen die Organisation und Kosten einer Begleitperson zu Arzt- und Behördengängen für die versicherte Person bis zu 100 Euro pro Woche.

Fahrdienst zu Arzt- und Behördengängen

Wir übernehmen die Organisation und Kosten eines Fahrdienstes zu Arzt- und Behördengängen für die versicherte Person bis zu 100 Euro pro Woche.

Fahrdienst zur Krankengymnastik und Therapien

Wir übernehmen die Organisation und Kosten eines Fahrdienstes zur Krankengymnastik und Therapien für die versicherte Person bis zu 100 Euro pro Woche.

Menü-Service

Wir übernehmen die Organisation und Kosten einer Essenslieferung für die versicherte Person nach vorheriger Auswahl durch einen Sozialdienst bis zu 50 Euro pro Woche. Je nach Verfügbarkeit erfolgt eine tägliche oder wöchentliche Anlieferung.

Einkaufsdienst

Wir übernehmen die Organisation und Kosten einer Einkaufshilfe, die für die versicherte Person den Einkaufszettel zusammenstellt, Einkäufe des täglichen Bedarfs und Arzneimittel erledigt sowie die eingekauften Lebensmittel unterbringt und versorgt bis zu 125 Euro pro Woche.

Versorgung der Wäsche

Wir übernehmen die Organisation und Kosten einer Hilfe, die für die versicherte Person das Waschen und Trocknen, Bügeln, Ausbessern, Sortieren und Aufräumen der Wäsche sowie der Schuhpflege erledigt bis zu 40 Euro pro Woche.

Hausnotrufanlage

Wir übernehmen die Organisation, die einmaligen Kosten der Installation und Mietkosten einer Hausnotrufanlage in der Wohnung der versicherten Person bis zu 50 Euro pro Woche.

Pfleges Schulung für Angehörige

Wir übernehmen die einmalige Organisation und die Kosten einer Pflegeschulung für Angehörige der versicherten Person bis zu 100 Euro.

Unterbringung von Haustieren

Wir übernehmen die Organisation und Kosten bis zu 150 Euro pro Woche für die Unterbringung des Haustieres/der Haustiere der versicherten Person. Je nach regionaler Verfügbarkeit wird das Haustier/die Haustiere in einer Tierpension in Wohnortnähe untergebracht oder eine Person organisiert, die die Betreuung des Haustieres/der Haustiere in der Wohnung/Haus der versicherten Person übernimmt.

Pflegehilfsmittel

Wir übernehmen die Vermittlung von Pflegehilfsmitteln.

Tag- und Nachtwache

Wir übernehmen die einmalige Organisation und die Kosten einer Tag- und Nachtwache (z. B. nach der Entlassung aus einer stationären Behandlung) für die versicherte Person bis zu 48 Stunden, maximal bis zu 1.500 Euro.

Behindertengerechter Umbau der Wohnung/Haus oder Personenkraftwagen

Wir übernehmen die Vermittlung einer Beratung, die Organisation und die Kosten für den behindertengerechten Umbau der von der versicherten Person bewohnten Wohnung oder des Ein-/Zweifamilienhauses sowie für den behindertengerechten Umbau eines Personenkraftwagens, den die versicherte Person benutzt.

Unterstützung bei Umzügen

Wir übernehmen die Benennung von Umzugsunternehmen.

Pflanzenpflege

Einmal wöchentlich werden die Pflanzen, die sich in der Wohnung bzw. im Haus der versicherten Person befinden – sowie bei Bedarf die Pflanzen auf dem dazugehörigen Balkon bzw. im angrenzenden Garten – gegossen. Die Organisation und die Kosten für die Dienstleistung werden von uns übernommen.

Bringservice aus dem Haushalt

Bei einem Krankenhausaufenthalt der versicherten Person werden einmal wöchentlich die Post sowie benötigte kleinere Gegenstände aus der Wohnung zum Krankenhaus gebracht, bei größeren Entfernungen ab 50 Kilometern wird der Versand organisiert. Die Kosten hierfür übernehmen wir.

Gesundheitstelefon

In der Zeit von Montag bis Freitag von 08:00 Uhr bis 20:00 Uhr steht Ihnen unser medizinisches Fachpersonal telefonisch zur Information / Rücksprache von medizinischen Fragen zur Verfügung. Hierbei handelt es sich um allgemeine Hinweise und Informationen. Einen Arztbesuch

zur Diagnosestellung, Therapiefestlegung, Gesundheitsverlauf, usw. ersetzt dieses Gespräch keinesfalls.

Das medizinische Fachpersonal berät Sie bei folgenden Anliegen:

- Allgemeine und spezielle Fragen aus allen Fachgebieten zu unfallbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen;
- Informationen über unfallbedingte Krankheitsbilder und Möglichkeiten der Prävention;
- Erläuterung von Therapiealternativen;
- Informationen über Arzneimittel, laienverständliche Erläuterungen von Beipackzetteln sowie Beratung zu Neben- und Wechselwirkungen von Arzneimitteln;
- Ärztliche telefonische Zweitmeinung;
- Erstberatung in psychosozialen Krisensituationen;
- Unterstützung bei der Suche nach Ärzten, Fachärzten, Spezialisten, Physiotherapeuten usw. und medizinischen Einrichtungen wie Krankenhäusern, Fach-, Spezial- und Reha-Kliniken usw.;
- Kindertelefon: medizinisch fachliche Beratung zu allen Fragen rund um das Thema Kinderheilkunde. Telefonische Beratung zu Kinderkrankheiten einschließlich deren Behandlungsmöglichkeiten sowie Vorsorge und Präventionsmöglichkeiten;
- Schwangerschaft Medizinische Beratung zu Fragen rund um das Thema Schwangerschaft und Geburt;
- Beratung zu Reise- und Tropenmedizin: Länderinformationen, Ärzte im Ausland, Reise- und Vorsorgetipps, Impfungen, Reisen mit chronischen Krankheiten.

Erste-Hilfe-Versorgungspaket „First-Aid-Kit“

Wir übernehmen die Organisation eines ersten Hilfspaketes für das Krankenhaus. Dieses Paket umfasst einen Schlafanzug und Toilettenartikel (wie Zahnputzzeug, Rasierzeug, Creme, Deodorant); die Kosten für die eingekauften Waren trägt die versicherte Person. Die Organisation und die Kosten für die Dienstleistung (Anfahrt und Einkauf) übernehmen wir. Alternativ organisieren wir den Versand durch Angehörige und übernehmen die Kosten für den Versand.

2.15.4 Art, Umfang und Höhe der Hilfeleistungen im Ausland:

Die nachfolgend benannten Leistungen werden durch einen von der Helvetia beauftragten Dienstleister erbracht. Die entsprechenden Kosten werden vom Versicherer getragen.

Krankenrücktransport

Nach einem Unfall organisieren wir den ärztlich angeordneten Rücktransport der versicherten Person nach Deutschland. Wir übernehmen die Kosten hierfür auch über die gemäß Ziffer 2 vereinbarte Versicherungssumme für Serviceleistungen (BB Unfall Service 2012) hinaus.

Hilfe im Todesfall

Nach einem Todesfall bei einer Auslandsreise organisieren wir die Bestattung im Ausland oder die Überführung zum Bestattungsort in Deutschland und übernehmen die Kosten bis zu 10.000 Euro.

Kostenerstattung bei Reiseabbruch

Ist dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person die planmäßige Beendigung einer Auslandsreise infolge Todes oder Unfalles eines Mitreisenden oder des Ehe- bzw. Lebenspartners, der Eltern oder der Kinder nicht oder nur zu einem späteren als dem ursprünglich vorgesehenen Zeitpunkt zuzumuten, so werden die im Verhältnis zur ursprünglichen geplanten Rückreise entstehenden höheren Fahrtkosten bis zu 2.600 Euro übernommen. Dies gilt auch, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person selbst verunfallen.

Hilfeleistung in besonderen Notfällen

Bei einer besonderen Notlage auf einer Reise im Ausland erfolgt die Kostenübernahme für die Veranlassung der er-

forderlichen Maßnahmen je Versicherungsfall bis zu 300 Euro.

2.15.5 Pflegeheimplatzgarantie

2.15.5.1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang für Beratungs-, Organisations- und Vermittlungsleistungen für Pflegeheimplatzgarantie (vollstationär).

Versicherungsfall ist ein Unfall im Sinne der AUB 2012 oder eine Krankheit der versicherten Person und eine daraus resultierende Pflegebedürftigkeit.

Pflegebedürftig sind Personen, die nach dem Versicherungsfall wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Dies entspricht einer Einstufung der Pflegestufen II und III (schwer- und schwerstpflegebedürftig) gemäß SGB XI § 15.

Der Umfang der Pflegebedürftigkeit muss derart sein, dass eine Unterbringung in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung erforderlich ist. Der Leistungsanspruch auf einen vollstationären Pflegeplatz entsteht nur dann, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland.

2.15.5.2 Umfang der Leistungspflicht

Pflegemanager

Die versicherte Person hat Anspruch auf eine Beratung durch einen Pflegemanager. Die Beratung erfolgt zu nachstehenden Themen, die mit der Vermittlung des Pflegeplatzes in Zusammenhang stehen.

- Beratung innerhalb des Entlassungsmanagements (Kurzfristige Sicherung von Versorgungssituationen nach dem Krankenhausaufenthalt bei vorliegender Pflegeeinstufung);
- Beratung zu Pflegeleistungen, haushaltsunterstützenden Dienstleistungen und Pflegehilfsmitteln;
- Allgemeine Beratung zu Leistungen der Pflegeversicherung gem. SGB XI;
- Beratung und Begleitung von Pflegeeinstufungen, inkl. Widerspruchsverfahren;
- Beratung zur Finanzierung von Pflegeleistungen und Heimplätzen;
- Beratung zu Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen.

Garantieleistungen für die vollstationäre Pflege

Die Helvetia vermittelt und organisiert durch einen von uns beauftragten Dienstleister einen Platz in einer vollstationären Pflegeeinrichtung.

Die Helvetia garantiert die Unterbringung eines Betroffenen in einer vollstationären Pflegeeinrichtung innerhalb von 48 Stunden. Der Pflegeplatz wird möglichst im nahen Umkreis des bisherigen Wohnsitzes zur Verfügung gestellt. Sofern dieser zur Verfügung gestellte Pflegeheimplatz mittelfristig nicht den Anforderungen entspricht, unterstützt der von uns beauftragte Dienstleister bei der Suche und organisiert einen langfristig gewünschten oder geeigneten stationären Pflegeplatz.

2.15.6 Kündigung

1. Versicherungsnehmer und Versicherer können unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten den Baustein Aktiv + Fit zum Ablauf eines jeden Versicherungsjahres in Schriftform kündigen.

2. Kündigt der Versicherer, so kann der Versicherungsnehmer den Hauptvertrag (siehe Ziffer 10.2 AUB 2012) innerhalb eines Monats nach Zugang der Erklärung des Versicherers zum gleichen Zeitpunkt kündigen.

3. Kündigt der Versicherer, so gebührt ihm der Teil der Prämie, der der Dauer der Gefahrtragung entspricht. Gleiches gilt, wenn der Versicherungsnehmer gemäß Abs. 2 kündigt.

- sofern vereinbart -

2.16 Baustein ARAG JuraTel

Die Helvetia stellt über Ihren Kooperationspartner – den Versicherer und Risikoträger ARAG SE, ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf – dem Versicherungsnehmer eine Rufnummer für den schnellen und einfachen Zugang zu einer telefonischen Erstberatung durch einen in Deutschland zugelassenen Rechtsanwalt in allen Rechtsangelegenheiten zur Verfügung, auf die deutsches Recht anwendbar ist.

2.16.1.1 Voraussetzungen der Leistung

Ein Anspruch auf Rechtsschutz besteht bei Vorliegen eines Beratungsbedürfnisses in allen eigenen Rechtsangelegenheiten des Versicherungsnehmers sowie in privaten Rechtsangelegenheiten seines ehelichen, eingetragenen oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft zusammenlebenden sonstigen Lebenspartners, soweit dieser am Wohnsitz des Versicherungsnehmers amtlich gemeldet ist, und deren minderjährige und unverheiratete, nicht in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebenden volljährigen Kinder, letztere jedoch längstens bis zu dem Zeitpunkt, in dem sie erstmals eine auf Dauer angelegte berufliche Tätigkeit ausüben und hierfür ein leistungsbezogenes Entgelt erhalten. Andere Personen sind nicht anspruchsberechtigt. Dies gilt auch dann, wenn sie über andere Versicherungen ausdrücklich mitversichert sind.

2.16.1.2 Umfang und Höhe der Leistungen

Übernommen werden je telefonischer Erstberatung Rechtsanwaltskosten bis zu 250 Euro, für alle in einem Kalenderjahr angefallenen telefonischen Erstberatungen jedoch nicht mehr als 500 Euro pro versicherte Person.

2.16.2 ARAG Online-Rechts-Service

Eingeschlossen ist die Nutzung der im ARAG Online-Rechts-Service hinterlegten Musterschreiben und Dokumente (z. B. Kaufvertrag für Gebrauchtwagen, Checkliste für Reisemängel, Mängelprotokoll, Patienten- und Pflegeverfügung, Testament).

2.16.3 Kündigung

1. Versicherungsnehmer und Versicherer können unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten den Baustein ARAG JuraTel zum Ablauf eines jeden Versicherungsjahres in Schriftform kündigen.

2. Kündigt der Versicherer, so kann der Versicherungsnehmer den Hauptvertrag (siehe Ziffer 10.2 AUB 2012) innerhalb eines Monats nach Zugang der Erklärung des Versicherers zum gleichen Zeitpunkt kündigen.

3. Kündigt der Versicherer, so gebührt ihm der Teil der Prämie, der der Dauer der Gefahrtragung entspricht. Gleiches gilt, wenn der Versicherungsnehmer gemäß Abs. 2 kündigt.

3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich

- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,

- im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung

entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens. Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 Prozent, unterbleibt jedoch die Minderung.

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Nicht versicherbar und trotz Prämienzahlung nicht versichert sind dauernd pflegebedürftige Personen der Pflegestufen II und III. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.

Ebenso nicht versicherbar sind geistig oder psychisch Erkrankte, deren Gesundheitsstörung zur Folge hat, dass sie ohne Aufsicht nicht mehr am allgemeinen Leben teilnehmen können.

4.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte im Sinne von Ziffer 4.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung; die entrichtete Prämie zahlen wir ab Eintritt der Versicherungsunfähigkeit zurück.

5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

5.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.

5.1.2 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

5.1.3 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland/GUS Staaten oder USA.

5.1.4 Unfälle der versicherten Person

- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
- bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

5.1.5 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

5.1.6 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

5.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:

5.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist.

5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

5.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

5.2.4 Infektionen.

5.2.4.1 Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie

- durch Insektenstiche oder -bisse oder
- durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen

verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.

5.2.4.2 Versicherungsschutz besteht jedoch für

- Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für
- Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziffer 5.2.4.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten.

5.2.4.3 Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziffer 5.2.3 Satz 2 entsprechend.

5.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.

5.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

5.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

6 Was müssen Sie bei vereinbartem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs

6.1.1 Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres im Sinne von Ziffer 10.5, in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:

- Sie zahlen die bisherige Prämie, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen eine entsprechend höhere Prämie.

6.1.2 Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres im Sinne von Ziffer 10.5 mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.

6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

6.2.1 Die Höhe der Versicherungssummen bzw. der Prämie hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Prämien ist unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis. (Ein kurzer Auszug daraus ist in Ihren Antragsunterlagen enthalten. Das aktuelle Berufsgruppenverzeichnis der Helvetia finden Sie unter www.helvetia.de.)

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich mitteilen. Freiwilliger Wehrdienst, Bundesfreiwilligendienst, soziales oder ökologisches Jahr oder militärische Reservierungen fallen nicht darunter.

6.2.2 Errechnen sich bei gleich bleibender Prämie nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf von zwei Monaten ab der Änderung. Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Erklärung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Die neu errechneten Versicherungssummen gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.

6.2.3 Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhter oder gesenkter Prämie weiter, sobald uns Ihre Erklärung zugeht.

6.2.4 Eine Verminderung der Versicherungssummen nach Ziffer 6.2.2 entfällt, wenn die Anzeige über die Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung versehentlich unterbleibt. Die Prämienberichtigung bzw. -verrechnung erfolgt nachträglich vom Zeitpunkt der Veränderung an.

Der Leistungsfall

7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.

7.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

7.2 Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

7.3 Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufalles tragen wir.

7.4 Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

7.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 21 Tagen zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 7 vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

9 Wann sind die Leistungen fällig?

9.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
- beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir

- bei Invalidität bis zu 1 Prozent der versicherten Summe,
- bei Übergangsleistung bis zu 1 Prozent der versicherten Summe,
- bei Tagegeld bis zu einem Tagegeldsatz,
- bei Krankenhaustagegeld bis zu einem Krankenhaustagegeldsatz.

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

9.2 Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.

9.3 Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir - auf Ihren Wunsch - angemessene Vorschüsse.

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.

9.4 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre. Dieses Recht muss

- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 9.1,
- von Ihnen vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 5 Prozent jährlich zu verzinsen.

9.5 Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

Die Versicherungsdauer

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie die erste Prämie unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 11.2 zahlen.

10.2 Dauer und Ende des Vertrages

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf der jeweiligen Versicherungsdauer eine Kündigung zugegangen ist.

Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie Ihren Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen; die Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Jahres zugegangen sein.

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Vertrag von Ihnen schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres gekündigt werden; die Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Jahres zugegangen sein.

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder - im Falle eines Rechtsstreits - nach Klagrücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein.

Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu jedem späteren Zeitpunkt, spätestens zum Ablauf des Versicherungsjahres, wirksam wird.

Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

10.4 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

10.5 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr erstreckt sich über einen Zeitraum von zwölf Monaten. Besteht die vereinbarte Versicherungsdauer jedoch nicht aus ganzen Jahren, wird das erste Versicherungsjahr entsprechend verkürzt. Die folgenden Versicherungsjahre bis zum vereinbarten Vertragsablauf sind jeweils ganze Jahre.

Die Versicherungsprämie

11 Was müssen Sie bei der Prämienzahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?

11.1 Prämie und Versicherungssteuer

11.1.1 Prämienzahlung

Die Prämien können je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresprämien entrichtet werden. Die Versicherungsperiode umfasst bei Monatsprämien einen Monat, bei Vierteljahresprämien ein Vierteljahr, bei Halbjahresprämien ein Halbjahr und bei Jahresprämien ein Jahr.

11.1.2 Versicherungssteuer

Die in Rechnung gestellte Prämie enthält die Versicherungssteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben.

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erste Prämie

11.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die erste Prämie wird unverzüglich nach Abschluss des Vertrages fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Zahlen Sie die erste Prämie nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurden. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

11.2.3 Rücktritt

Zahlen Sie die erste Prämie nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange die Prämie nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgeprämie

11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgeprämien werden zum jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

11.3.2 Verzug

Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.

Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge der Prämie sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 11.3.3 und 11.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.

Wir sind berechtigt, je Mahnschreiben eine Kostenpauschale (Mahngebühr) in Höhe von 5,- Euro zu berechnen.

11.3.3 Kein Versicherungsschutz

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.

11.3.4 Kündigung

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen haben.

Haben wir gekündigt, und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats die angemahnte Prämie, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

11.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung

Ist die Einziehung der Prämie von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.

Könnte die fällige Prämie ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.

Kann die fällige Prämie nicht eingezogen werden, weil Sie die Einzugsermächtigung widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass die Prämie wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung der Prämie erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.

11.5 Prämie bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil der Prämie, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

11.6 Prämienbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- Sie bei Versicherungsbeginn das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
- die Versicherung nicht gekündigt war und
- Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,

gilt folgendes:

11.6.1 Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres prämienfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

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

Weitere Bestimmungen

12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

12.1 Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern Ihnen zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

12.2 Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.

12.3 Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

13.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satz 1 in Textform stellen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben Ihnen für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich.

Wird der Vertrag von Ihrem Vertreter geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

13.2 Rücktritt

13.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen.

Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

13.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.

Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

13.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Uns steht der Teil der Prämie zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

13.3 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

13.3.1

Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben-

Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Das Kündigungsrecht ist auch ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

13.3.2

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen.

Wir können uns auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Schriftform kündigen.

13.4 Anfechtung

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil der Prämie zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

14 Gestrichen

15

Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

15.1

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.

15.2

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

- 16 Welches Gericht ist zuständig?**
- 16.1** Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- 16.2** Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.
- 17 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?**
- 17.1** Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständige bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.
- 17.2** Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.
- 18 Welches Recht findet Anwendung?**
Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Besondere Bedingungen

- Generell vereinbart -

Folgende Besondere Bedingungen gelten für alle Versicherungsverträge vereinbart. Gegebenenfalls sind diese auf bestimmte Berufsgruppen beschränkt.

Besondere Bedingungen für Serviceleistungen in der Unfallversicherung (BB Unfall Service 2012)

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012) erbringen wir folgende Leistungen:

1 Art der Leistungen:

- Wir ersetzen nach einem Unfall die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten ersetzen wir auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
- Wir informieren Sie über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellen auf Wunsch eine Verbindung zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her.
- Wir ersetzen die Kosten für den medizinisch notwendigen sowie ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik.
- Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen und medizinisch notwendig oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.
- Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.
- Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
- Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

2 Höhe der Leistungen:

Die Höhe der Leistungen ist insgesamt auf 20.000 Euro begrenzt. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen den Ver-

sicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, so kann die vereinbarte Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Die Leistungen werden nur bei entsprechendem Nachweis fällig.

Besondere Bedingungen für den Einschluss von Gesundheitsschädigungen durch Röntgen- und Laserstrahlen in die Unfallversicherung

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, die den Versicherungsschutz in folgendem Umfang auf Strahlenschäden erweitert:

- 1** Abweichend von Ziffer 5.2.2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012) sind Gesundheitsschäden durch Röntgen- und Laserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen mitversichert.
- 2** Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Gesundheitsschäden, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eintreten.

Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung (BB Infektionen)

Für Unfallversicherungen (Heilberufe)

- von Ärzten/innen, Zahnärzten/innen, Zahntechnikern/innen, Heilpraktikern/innen, Hebammen und Entbindungspflegern
- der Studenten/innen der Medizin und der Zahnheilkunde
- des Krankenpflegepersonals (Krankenschwester, Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger, Krankenpflegehelfer/in)
- von Tierärzten/innen und Studenten/innen der Tierheilkunde

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, die den Versicherungsschutz ergänzend zu Ziffer 5.2.4 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012) auf Gesundheitsschäden durch Infektionen erweitert.

1 Voraussetzungen für die Leistung:

- 1.1** Die versicherte Person hat sich in Ausübung ihrer im Vertrag genannten beruflichen Tätigkeit infiziert.
- 1.2** Aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung geht hervor, dass die Krankheitserreger

auf eine der in Ziffer 1.3 bestimmten Art in den Körper gelangt sind.

- 1.3** Die Krankheitserreger sind entweder durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äussere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht.
Für versicherte Personen, die in Heilberufen tätig sind:
Versicherungsschutz besteht jedoch für Diphtherie und Tuberkulose.

2 Erweiterter Schutz im Invaliditätsfall

Abweichend von Ziffer 2.1.1.1 AUB 2012 besteht auch dann noch Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität nach diesen Besonderen Bedingungen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten und innerhalb dieses Zeitraums von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen innerhalb von weiteren drei Monaten bei uns geltend gemacht worden ist.

Für Unfallversicherungen von Chemikern und Desinfektoren

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, die den Versicherungsschutz ergänzend zu 5 Ziffer 5.2.4 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012) auf Gesundheitsschädigungen durch Infektionen erweitert.

1 Voraussetzungen für die Leistung:

- 1.1** Die versicherte Person hat sich in Ausübung ihrer im Vertrag genannten beruflichen Tätigkeit infiziert.
- 1.2** Aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung geht hervor, dass die Krankheitserreger auf eine der in Ziffer 1.3 bestimmten Art in den Körper gelangt sind.
- 1.3** Die Krankheitserreger sind entweder durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äussere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch plötzliches Eindringen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt.
- 1.4** Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Schädigungen, die als Folge der berufsmässigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zustande kommen und Berufskrankheiten sind.

2 Erweiterter Schutz im Invaliditätsfall

Abweichend von Ziffer 2.1.1.1 AUB 2012 besteht auch dann noch Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität nach diesen Besonderen Bedingungen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten und innerhalb dieses Zeitraums von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen innerhalb von weiteren drei Monaten bei uns geltend gemacht worden ist.

Besondere Bedingungen für Luftfahrtunfälle

a) Gilt für alle Unfallversicherungen mit Ausnahme von speziellen Luftfahrt-Unfallversicherungen.

Wir bieten Versicherungsschutz für die im Rahmen der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012) versicherten Luftgefahren je versicherte Person nach den vereinbarten Versicherungssummen, höchstens jedoch nach folgenden Versicherungssummen:

Höchstversicherungssummen je versicherte Person:

1.000.000 Euro	für den Todesfall
2.000.000 Euro	für den Invaliditätsfall (Höchstersatzleistung bei 100 Prozent Invalidität)
250 Euro	für Tagegeld
250 Euro	für Krankenhaustagegeld/ Genesungsgeld
10.000 Euro	für Heilkosten
50.000 Euro	für Übergangsleistung
10.000 Euro	für Kosten für kosmetische Operationen
10.000 Euro	für Serviceleistungen

b) Gilt grundsätzlich für alle Gruppenunfallversicherungen mit Ausnahme von speziellen Luftfahrt-Unfallversicherungen.

Benutzen mehrere durch diesen Gruppenunfallversicherungsvertrag versicherte Personen dasselbe Flugzeug und überschreiten die Versicherungssummen aus dem Vertrag

für diese Personen insgesamt die Versicherungssummen von

10.000.000 Euro	für den Todesfall
20.000.000 Euro	für den Invaliditätsfall (Höchstersatzleistung bei 100 Prozent Invalidität)
2.500 Euro	für Tagegeld
2.500 Euro	für Krankenhaustagegeld/ Genesungsgeld
100.000 Euro	für Heilkosten
500.000 Euro	für Übergangsleistung
100.000 Euro	für Kosten für kosmetische Operationen
100.000 Euro	für Serviceleistungen

so ist der Versicherer mindestens 3 Tage vor Antritt der Flugreise zu verständigen. Hat der Versicherer keine Deckungszusage für Versicherungssummen erteilt, die die vorgenannten Beträge überschreiten, so gelten diese Beträge als gemeinsame Höchstversicherungssummen für alle Versicherten, die sich in demselben Flugzeug befinden. Die für die Einzelperson vereinbarten Versicherungssummen ermässigen sich im entsprechenden Verhältnis.

Besondere Bedingungen für den Einschluss eines Reha-Managers

1 Voraussetzungen für die Leistung:

- 1.1** Die versicherte Person hat einen Unfall mit einer Gesundheitsschädigung erlitten, die voraussichtlich zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 20 Prozent oder zu einer vollstationären Heilbehandlung (Krankenhausaufenthalt) von 10 Tagen führt (Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1, Ziffer 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 und Ziffer 3 AUB 2012 gegeben). Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln, besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Hilfeleistung durch den Reha-Manager unberücksichtigt.

- 1.2** Ein Anspruch auf die Leistungen besteht, wenn sie nach dem Unfall von Ihnen innerhalb von 36 Monaten geltend gemacht worden ist.

2 Umfang, Dauer und Häufigkeit der Leistung:

Der Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Hilfeleistung richten sich nach der Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person. Die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden durch einen von uns beauftragten fachlich qualifizierten Vertragspartner erbracht.

Die vereinbarten Hilfeleistungen werden längstens für eine Dauer von 3 Jahren erbracht.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, so kann die vereinbarte Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Ausschluss der Dynamik:

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Prämie nicht teil.

3 Höhe der Leistungen:

Sie haben Anspruch auf Beratungsleistungen von 25 Stunden oder 3.500 Euro.

Die Kosten für Heil- und Reha-Maßnahmen nach Ziffer 4 werden bis zu einer Höhe von 100.000 Euro von uns übernommen. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger (Dritte, Krankenkasse oder anderen Leistungsträger) eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

4 Art der Leistungen:

Persönliche Betreuung

Nach dem Unfall wird unser Berater mit der versicherten Person zeitnah nach der Unfallmeldung bei uns einen Termin für einen Besuch vereinbaren. Bei diesem Erstbesuch wird unser Berater entsprechend der individuellen Bedürfnisse ein individuelles Konzept zur Verbesserung der Situation der versicherten Person bzw. deren Wiedereingliederung erstellen. Im Rahmen des persönlichen Besuches, der zu Hause, im Krankenhaus oder in der Reha-Einrichtung durchgeführt wird, 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. Unsere Berater bieten ferner eine Unterstützung bei den Anträgen an die Sozialversicherungsträger an. Sollte als Unfallfolge eine Pflegebedürftigkeit bestehen, unterstützen wir die versicherte Person bei der Antragstellung für die gesetzliche oder private Pflegeversicherung.

Medizinische Reha-Beratung

Nach dem Unfall nimmt unser Berater 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 besteht. Dabei kommt der Maßstab von § 34 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch zur Anwendung.

Im Rahmen der Höchstentschädigungsgrenze übernehmen wir die Kosten einer notwendigen besonderen Heilbehandlung, soweit kein Anspruch gegen einen anderen öffentlichen oder privaten Leistungsträger besteht.

Hilfsmittelversorgung

Unser Berater klärt den Bedarf an Hilfsmitteln und entwickelt 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 öffentlichen oder privaten Leistungsträger besteht.

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.

Berufliche Reha-Beratung

Unser Berater unterstützt die versicherte Person bei der Wiedereingliederung in das Berufsleben unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten und hilft der versicherten Person bei der Erhaltung, Umgestaltung oder Umorganisation des bisherigen Arbeitsplatzes.

Im Rahmen der Betreuung bieten wir der versicherten Person unsere aktive Unterstützung bei der Suche nach Stellenangeboten bzw. einem neuen Arbeitsplatz an, einschließlich individuellem Bewerbungstraining. Bei Eignung wird eine selbstständige Tätigkeit der versicherten Person, insbesondere durch eine kontinuierliche Begleitung während der Einarbeitungs- und Umschulungsphase, gefördert.

Im Rahmen der Höchstentschädigung übernehmen wir die Kosten für Maßnahmen der beruflichen Qualifizierung, soweit kein Anspruch gegen einen anderen öffentlichen oder privaten Leistungsträger besteht.

Wohnungsberatung

Ist infolge des Unfalls eine dauernde Nutzung der bisherigen Wohnung bzw. des Eigentums nicht möglich oder sind Nutzungseinschränkungen zu erwarten, so berät unser Berater bei der Umgestaltung der Wohnung bzw. des Eigentums oder unterstützt bei der Suche eines behindertengerechten Objektes. In diesen Fällen übernehmen wir auch die Kosten zur behinderungsgerechten Gestaltung des Wohnumfelds, soweit kein Anspruch gegen einen anderen öffentlichen oder privaten Leistungsträger besteht.

Mobilitätssicherung

Bei Bedarf berät unser Berater über Maßnahmen zur Wiederherstellung oder zum Erhalt der Mobilität und 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 die Kosten für die behinderungsgerechte Gestaltung des eigenen Autos, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Leistungsträger besteht. Diese vorgenannten Kosten erstatten wir Ihnen auch, wenn Sie sich alternativ ein vergleichbares behinderungsgerechtes 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 öffentlichen oder privaten Leistungsträger besteht.

Besserstellung gegenüber den GDV-Musterbedingungen

Die Helvetia Versicherungen garantieren, dass der Deckungsumfang dieser Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen ausschließlich zum Vorteil der Versicherungsnehmer von den durch den Gesamtverband der Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Bedingungen – Stand Oktober 2010 – abweicht.

Besondere Bedingungen - Speziell zu vereinbaren -

Folgende Besondere Bedingungen gelten nur vereinbart, wenn im Versicherungsschein darauf Bezug genommen ist.

Besondere Bedingungen für die Gruppenunfallversicherung (BB Gruppen UV 2012)

Die Gruppenunfallversicherung kann mit oder ohne Angabe der Namen der versicherten Personen abgeschlossen werden. Die vereinbarte Form ergibt sich aus dem Vertrag.

1 Versicherungen ohne Namensnennung

1.1 Versicherungsschutz besteht für die Personen, die der im Vertrag bezeichneten Gruppe angehören.

1.2 Die zu versichernden Personen sind von Ihnen so zu bezeichnen und zu erfassen, dass Zweifel über die Zugehörigkeit des Verletzten zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen können.

1.3 Wir werden Sie regelmäßig auffordern, uns einmal jährlich die aktuelle Anzahl der versicherten Personen anzugeben. Sind mehrere Personengruppen versichert, benötigen wir diese Angaben für jede Gruppe getrennt.

1.4 Aufgrund Ihrer Angaben errechnen wir die zu zahlende Prämie für den zurückliegenden Zeitabschnitt (Alternative: für das laufende Versicherungsjahr), und Sie erhalten von uns eine Abrechnung.

1.5 Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt, wenn sie aus dem mit Ihnen bestehenden Dienstverhältnis oder aus der Vereinigung ausscheidet.

2 Versicherungen mit Namensnennung

2.1 Versicherungsschutz besteht für die namentlich genannten Personen.

2.2 Nicht versicherte Personen können Sie jederzeit zur Versicherung anmelden, wenn Beruf oder Beschäftigung und die Versicherungssummen die gleichen sind wie die der bereits versicherten.

Für die hinzukommenden Personen besteht Versicherungsschutz im vereinbarten Umfang ab Eingang Ihrer Anmeldung bei uns.

2.3 Personen in anderen Berufen oder mit anderer Beschäftigung oder mit höheren Versicherungssummen sind erst versichert, nachdem Sie sich mit uns über Versicherungssummen und Prämie geeinigt haben.

2.3 Wir haben das Recht, die Versicherung des Einzelnen nach Risikoprüfung abzulehnen. Lehnen wir ab, erlischt der Versicherungsschutz einen Monat nach Abgabe unserer Erklärung.

2.4 Für versicherte Personen, die aus dem Vertrag ausscheiden sollen, erlischt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, in dem uns Ihre Anzeige zugeht.

3 Vertragsdauer (Zusatz zu Ziffer 10 AUB 2012)

3.1 Wir oder Sie können den Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person durch schriftliche Mitteilung Ihnen gegenüber beenden, wenn wir nach einem Unfall eine Leistung für sie erbracht haben oder gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben worden ist.

Die Mitteilung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagrücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein.

Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt mit Zugang Ihrer Mitteilung bei uns. Sie können jedoch bestimmen, dass die Mitteilung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende des laufenden Versicherungsjahres, wirksam wird.

Die Mitteilung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

3.2 Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb eingestellt oder die Vereinigung aufgelöst wird. Ein Betriebsübergang ist keine Einstellung des Betriebs.

4 Gemeinsame Höchstversicherungssumme

Werden mehrere durch einen Gruppenunfallversicherungsvertrag versicherte Personen durch ein in unmittelbarem zeitlichen und räumlichen Zusammenhang stehendes Ereignis verletzt oder getötet, so gelten 10 Mio. Euro als gemeinsame Höchstversicherungssumme für alle betroffenen versicherten Personen zusammen. Die für die Einzelperson vereinbarten Versicherungssummen ermäßigen sich im entsprechenden Verhältnis.

Besondere Bedingungen für die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle (BB Außerberufliche Unfälle 2012)

Auf der Grundlage der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2012) bieten wir Versicherungsschutz für außerberufliche Unfälle. Ziffer 6.2 AUB 2012 gilt nicht.

1 Voraussetzungen für die Leistungen

1.1 Die versicherte Person steht in einem Arbeits- oder Dienstverhältnis und ist gesetzlich oder freiwillig durch eine gesetzliche Unfallversicherung gegen Arbeitsunfälle oder nach den Versorgungsvorschriften für Beamte und Soldaten gegen Dienstunfälle versichert.

1.2 Es handelt sich um einen außerberuflichen Unfall im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung.

1.3 Im Zweifel ist die Entscheidung des Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der zuständigen Dienststelle maßgebend.

2 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle beim Sport, den die versicherte Person gegen Entgelt betreibt.

3 Änderung der Voraussetzung für die Leistungen

3.1 Fällt die Voraussetzung nach Ziffer 1.1 dieser Bedingungen für länger als zwei Monate fort, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen. Ab Fortfall der Voraussetzung hat die versicherte Person zur bisherigen Prämie für zwei Monate Versicherungsschutz für berufliche und außerberufliche Unfälle.

Nach Ablauf dieser zwei Monate bleibt der erweiterte Versicherungsschutz bestehen. Es vermindern sich jedoch die Versicherungssummen im Verhältnis der erforderlichen Prämie zur bisherigen Prämie nach dem dann gültigen Tarif.

- 3.2** Liegt die Voraussetzung nach Ziffer 1.1 dieser Bedingungen wieder vor, führen wir auf Ihren Wunsch den Vertrag als Unfallversicherung gegen außerberufliche Unfälle mit der bisherigen Prämie bei entsprechend erhöhten Versicherungssummen weiter.

Besondere Bedingungen für die Gruppenunfallversicherung nach Lohn- und Gehaltssumme

Die Versicherungssummen für Tod und Invalidität der einzelnen versicherten Personen ergeben sich aus dem vereinbarten Mehrfachen (bzw. den entsprechenden Prozent- oder Promillesätzen) der individuellen Jahreslohn- und Gehaltssumme der versicherten Personen gemäß nachstehenden Bedingungen.

Als Jahreslohn- und Gehaltssumme gilt die Summe der letzten 12 regelmäßigen Bruttomonatseinkommen, die die versicherte Person vor dem Eintritt des Versicherungsfalles erhalten hat. Hierzu zählen die gesamten geldlichen Bezüge einschließlich aller Zulagen wie Teuerungs-, Verheiraten-, Kinder-, Verantwortungs- und sonstige Zulagen (inklusive Weihnachts- und Urlaubsgeld), nicht jedoch Gewinnbeteiligungen.

Für die am Unfalltag noch nicht 12 Monate beim Versicherungsnehmer beschäftigten Betriebsangehörigen gilt als Jahreslohn- bzw. Gehaltssumme der geleisteten Arbeit entsprechende Verdienst, auf ein Jahr übertragen. Sollte ein Betriebsangehöriger im Laufe der letzten 12 Monate vor dem Unfalltag krank gewesen und dadurch in seinem Verdienstniveau abgesunken sein, so wird die Jahreslohn- und Gehaltssumme aus dem Durchschnittsverdienst ermittelt, den dieser Betriebsangehörige erzielt hätte, wenn er nicht krank gewesen wäre.

Die Jahreslohn- und Gehaltssumme der versicherten Personen ist außerdem Bemessungsgrundlage für die Prämienermittlung. Der Versicherungsnehmer gibt dem Versicherer zu Beginn des Versicherungsjahres die gesamte Bruttolohn- und Gehaltssumme für alle Versicherten des Vorjahres bekannt. Die hieraus zu errechnende Jahresprämie wird als Vorausprämie für das kommende Versicherungsjahr erhoben. Für das vergangene Versicherungsjahr erfolgt die endgültige Prämienabrechnung in der Weise, dass aus dem Unterschiedsbetrag zwischen der bereits gezahlten und der sich nach der Meldung ergebenden Jahresprämie der Differenzbetrag erhoben bzw. erstattet wird.

Besondere Bedingungen für die Bauhelfer-Unfallversicherung

Versicherungsschutz besteht für die Personen, die im Vertrag namentlich bezeichnet sind.

Die Versicherung umfasst im Rahmen der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2012) nur die Unfälle, die die versicherte Person bei der Bautätigkeit auf dem Baugrundstück des Versicherungsnehmers erleidet. Die Wege zum und vom Baugrundstück sind nicht mitversichert. Mitversichert sind jedoch eindeutige Versorgungsfahrten/-gänge.

Besondere Bedingungen für die Figuranten-Unfallversicherung

Versicherungsschutz besteht für die Personen, die im Vertrag namentlich bezeichnet sind.

Die Versicherung umfasst im Rahmen der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2012) nur die Unfälle, die die jeweiligen Figurant, Hetzer oder Scheinverbrecher während der Ausübung seiner Tätigkeit für den Verein an dessen Ausbildungsort erleidet.

Versicherungsschutz besteht jedoch nur, wenn die versicherte Person während ihrer Tätigkeit die übliche Schutzkleidung trägt. Diese Schutzkleidung besteht aus Schutzhose, Schutzjacke, Schutzarm und Lederhandschuhen.

Unfälle, die die versicherte Person bei der Ausübung der Tätigkeit als Figurant, Hetzer oder Scheinverbrecher durch Hundebiss erleidet, gelten als unfreiwillig im Sinne von den Unfall-Versicherungs-Bedingungen erlitten, sofern die versicherte Person die bezeichnete Schutzkleidung trägt. Ein solcher Unfall gilt also nicht als Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen gilt die Tätigkeit während der Ausbildung von Kampfhunden.

Besondere Bedingungen für die Kindergarten-Unfallversicherung

Versicherungsschutz besteht für die Personen, die der im Vertrag bezeichneten Gruppe angehören.

- 1 Die zu versichernden Personen sind von Ihnen so zu bezeichnen und zu erfassen, dass Zweifel über die Zugehörigkeit des Verletzten zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen können.

- 2 Wir werden Sie regelmäßig auffordern, uns innerhalb eines Monats die Anzahl der im zurückliegenden Zeitabschnitt versicherten Personen anzugeben. Diese Angabe muss nach Monaten und nach dem höchsten Stand jeden Monats erfolgen. Eine Durchschnittsberechnung ist nicht zulässig.

Sind mehrere Personengruppen versichert benötigen wir diese Angaben für jede Gruppe getrennt.

- 3 Aufgrund Ihrer Angaben errechnen wir die zu zahlende Prämie für den zurückliegenden Zeitabschnitt (Alternative: für das laufende Versicherungsjahr), und Sie erhalten von uns eine Abrechnung.

- 4 Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Personen erlischt, wenn sie aus dem versicherten Personenkreis ausscheiden.

- 5 Die Versicherung umfasst im Rahmen der Allgemeinen Unfall-Versicherungs-Bedingungen (AUB 2012) nur die Unfälle, von denen die Kinder während Ihres Aufenthaltes im Kindergarten bei von diesem veranstalteten oder angeordneten und beaufsichtigten Veranstaltungen betroffen werden.

Unfälle auf den direkten Wegen nach und zur Kindergartenstätte und während der gemeinsamen Fahrten zu auswärtigen Veranstaltungen (z. B. Ausflüge), die im Auftrag des Kindergartens unternommen werden, sind eingeschlossen. Ausgenommen sind Unfälle bei Fahrten mit Luftfahrzeugen. Der Versicherungsschutz entfällt, wenn die normale Dauer des Weges verlängert oder der Weg selbst durch rein private und eigenwirtschaftliche Maßnahmen zu Privatzwecken unterbrochen wird.

Besondere Bedingungen für die Dienstreise-Unfallversicherung

Versicherungsschutz besteht für die Personen, die der im Vertrag bezeichneten Gruppe angehören.

- 1 Die zu versichernden Personen sind von Ihnen so zu bezeichnen und zu erfassen, dass Zweifel über die Zugehörigkeit des Verletzten zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen können.

- 2 Wir werden Sie regelmäßig auffordern, uns innerhalb eines Monats die Anzahl der im zurückliegenden Zeitabschnitt versicherten Personen anzugeben. Diese Angabe muss nach Monaten und nach dem höchsten Stand jeden Monats erfolgen. Eine Durchschnittsberechnung ist nicht zulässig.

Sind mehrere Personengruppen versichert, benötigen wir diese Angaben für jede Gruppe getrennt.

3 Aufgrund Ihrer Angaben errechnen wir die zu zahlende Prämie für den zurückliegenden Zeitabschnitt (Alternative: für das laufende Versicherungsjahr), und Sie erhalten von uns eine Abrechnung.

4 Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt, wenn sie aus dem mit Ihnen bestehenden Dienstverhältnis oder aus der Vereinigung ausscheidet.

5 Als Dienstreise gilt eine Reise, die der Arbeitgeber als solche anerkennt und vergütet. Der Versicherungsschutz beginnt jeweils bei Antritt einer Dienstreise, einer Dienstfahrt oder eines Dienstganges mit dem Verlassen des Geschäftsgebäudes, in welchem der Versicherte seinen ständigen Arbeitsplatz hat oder regelmäßig seine Arbeit verrichtet; er erlischt nach Beendigung der Dienstreise, der Dienstfahrt oder des Dienstganges mit dem Wiederbetreten dieses Geschäftsgebäudes. Wird die Dienstreise, die Dienstfahrt oder der Dienstgang von der Wohnung aus angetreten und auch dort beendet, beginnt der Versicherungsschutz mit dem Verlassen der Wohnung und erlischt mit deren Wiederbetreten. Während der Dauer der dienstlichen Abwesenheit erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Unfälle inner- und außerhalb des Berufes.

Die täglichen Wege zwischen Wohnung und Arbeitsstätte sind keine Dienstreisen; sie fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

Besondere Bedingungen für die Sportboot-Insassen-Unfallversicherung

1 Wir leisten im Rahmen der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012) für alle Unfälle, die die berechtigten Insassen erleiden. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Betreten des Bootes und endet mit dessen Verlassen.

2 Versichert sind alle berechtigten Bootsinsassen unter Ausschluss von Personen, die beruflich mit der Wartung und Pflege des Bootes (Angestellte und entlohnte Bootsdienner) zu tun haben.

3 Im Versicherungsfall wird die Versicherungssumme durch die Anzahl der z. Z. des Unfalles im Boot befindlichen Personen geteilt. Jede Person ist mit dem entsprechenden Teilbetrag der Versicherungssumme versichert.

4 Bei Mitversicherung von Tagegeld wird der für diese Personen anfallende Tagegeldbetrag auf die anderen Bootsinsassen aufgeteilt.

5 Gemäß Ziffer 5.1.5 AUB 2012 besteht kein Versicherungsschutz bei Unfällen, die dem versicherten dadurch zustoßen, dass er sich als Fahrer, Beifahrer, oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeit ankommt.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (BB Progression 2012 - 225 Prozent)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012) ermittelt.

Ziffer 2.1 AUB 2012 wird wie folgt ergänzt:

Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 1 Prozent aus der Versicherungssumme.

Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich weitere 1 Prozent aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Von	auf	von	auf	von	auf	von	auf
%	%	%	%	%	%	%	%
26	27	45	65	64	117	83	174
27	29	46	67	65	120	84	177
28	31	47	69	66	123	85	180
29	33	48	71	67	126	86	183
30	35	49	73	68	129	87	186
31	37	50	75	69	132	88	189
32	39	51	78	70	135	89	192
33	41	52	81	71	138	90	195
34	43	53	84	72	141	91	198
35	45	54	87	73	144	92	201
36	47	55	90	74	147	93	204
37	49	56	93	75	150	94	207
38	51	57	96	76	153	95	210
39	53	58	99	77	156	96	213
40	55	59	102	78	159	97	216
41	57	60	105	79	162	98	219
42	59	61	108	80	165	99	222
43	61	62	111	81	168	100	225
44	63	63	114	82	171		

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (BB Progression 2012 - 350 Prozent)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012) ermittelt.

Ziffer 2.1 AUB 2012 wird wie folgt ergänzt:

Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 Prozent aus der Versicherungssumme.

Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich weitere 2 Prozent aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Von	auf	von	auf	von	auf	von	auf
%	%	%	%	%	%	%	%
26	28	45	85	64	170	83	265
27	31	46	88	65	175	84	270
28	34	47	91	66	180	85	275
29	37	48	94	67	185	86	280
30	40	49	97	68	190	87	285
31	43	50	100	69	195	88	290
32	46	51	105	70	200	89	295
33	49	52	110	71	205	90	300
34	52	53	115	72	210	91	305
35	55	54	120	73	215	92	310
36	58	55	125	74	220	93	315
37	61	56	130	75	225	94	320
38	64	57	135	76	230	95	325
39	67	58	140	77	235	96	330
40	70	59	145	78	240	97	335
41	73	60	150	79	245	98	340
42	76	61	155	80	250	99	345
43	79	62	160	81	255	100	350
44	82	63	165	82	260		

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (BB Progression 2012 - 500 Prozent)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012) ermittelt.

Ziffer 2.1 AUB 2012 wird wie folgt ergänzt:

Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 Prozent aus der Versicherungssumme.

Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich weitere 5 Prozent aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Von	auf	von	auf	von	auf	von	auf
%	%	%	%	%	%	%	%
26	28	45	85	64	212	83	364
27	31	46	88	65	220	84	372
28	34	47	91	66	228	85	380
29	37	48	94	67	236	86	388
30	40	49	97	68	244	87	396
31	43	50	100	69	252	88	404
32	46	51	108	70	260	89	412
33	49	52	116	71	268	90	420
34	52	53	124	72	276	91	428
35	55	54	132	73	284	92	436
36	58	55	140	74	292	93	444
37	61	56	148	75	300	94	452
38	64	57	156	76	308	95	460
39	67	58	164	77	316	96	468
40	70	59	172	78	324	97	476
41	73	60	180	79	332	98	484
42	76	61	188	80	340	99	492
43	79	62	196	81	348	100	500
44	82	63	204	82	356		

Besondere Bedingungen für die Sonderleistungen Vital

Sie haben mit uns die Sonderleistungen Vital vereinbart. Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben. Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Vertrag.

1 Unfallereignis (Ziffer 1.3 AUB 2012)

Unfreiwillig erlittene Gesundheitsschädigungen durch Gase und Dämpfe, Dünste, Staubwolken, Säuren oder ähnliches sind auch bei allmählicher Einwirkung mitversichert. Ausgeschlossen bleiben jedoch Berufs- und Gewerkrankheiten.

Gesundheitsschäden durch Erfrierungen, Sonnenbrände und Sonnenstiche sowie Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug, die als Folgen eines Unfalles auftreten, sind ebenfalls mitversichert.

2 Unfreiwilligkeit (Ziffer 1.3 AUB 2012)

Unfälle bei der rechtmäßigen Verteidigung zur Rettung von Menschen und Sachen gelten als unfreiwillig erlitten und sind in die Unfallversicherung eingeschlossen.

3 Maniküre, Pediküre, Entfernen von Hühneraugen und Hornhaut (Ziffer 1.3 AUB 2012)

Versichert sind auch Gesundheitsschäden durch Maniküre und Pediküre sowie das Entfernen von Hühneraugen oder Hornhaut. Dadurch entstandene Gesundheitsschäden

werden abweichend von Ziffer 5.2.3 AUB 2012 nicht als Eingriff oder Heilmaßnahme gewertet.

4 Unfall-Blindenrente

Wir leisten eine lebenslange monatliche Blinden-Rente entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der Unfall hat zu einer vollständigen Erblindung geführt.

4.2 Höhe der Leistung

Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die Blinden-Rente in Höhe von 300 Euro.

4.3 Beginn und Dauer der Leistung

4.3.1 Die Blinden-Rente zahlen wir ab Beginn des Monats, in dem uns die ärztliche Bescheinigung über die vollständige Erblindung zugegangen ist. Die Blinden-Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

4.3.2 Die Blinden-Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem die versicherte Person verstorben ist.

4.3.3 Wir sind berechtigt, jährlich Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die geforderte Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Zahlung der Blinden-Rente.

5 Pflege-Rente

Wir leisten eine monatliche Pflege-Rente entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist nach einem Unfall im Sinne der Ziffer 1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012) und nach Abschluss aller medizinisch notwendigen Heilbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen dauernd nach Pflegestufe II oder III des Pflegeversicherungsgesetzes (Pflege VG-SGB XI) pflegebedürftig.

5.2 Höhe der Leistung

Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die Pflege-Rente in Höhe von 300 Euro.

5.3 Beginn und Dauer der Leistung

Für jeden Monat, in welchem eine häusliche Pflege erforderlich ist, wird die Pflege-Rente in Höhe der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme gezahlt, längstens jedoch bis zu 24 Monaten nach Eintritt des Unfallereignisses.

Die Pflege-Rente endet, wenn durch Bescheid der Pflegeversicherung eine Rückeinstufung in die Pflegestufe I vorgenommen wird, die Pflegebedürftigkeit aberkannt wird oder die versicherte Person verstirbt.

Wir sind berechtigt, jährlich Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die geforderte Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Zahlung der Pflege-Rente.

6 Kurbeihilfe

Wir bieten entsprechend der nachfolgenden Regelung Versicherungsschutz bei Kuraufenthalt.

6.1 Voraussetzungen für die Leistung

6.1.1 Die versicherte Person hat nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 AUB 2012 wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen eine medizinisch notwendige Kur durchgeführt.

Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch ein ärztli-

ches Attest nachgewiesen.
6.1.2 Als Kur gilt nicht eine stationäre Behandlung, bei der die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht.

6.2 Höhe der Leistung

Die Kurbeihilfe wird in Höhe von 3.000 Euro je Unfall gezahlt. Dabei wird Ziffer 3 AUB 2012 berücksichtigt.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, so kann die vereinbarte Kurbeihilfe nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

7 Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung

Wir leisten Ersatz für Kosten unfallbedingter kosmetischer Operationen.

7.1 Voraussetzungen für die Leistungen:

Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen. Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.

7.1.1 Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall.

7.1.2 Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

7.2 Art und Höhe der Leistungen:

Wir leisten insgesamt bis zur Höhe von 10.000 Euro Ersatz für nachgewiesene Arzthonorare und sonstige Operationskosten, notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus, sowie Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von Schneide- und/oder Eckzähnen entstanden sind.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, so können die vereinbarten Kosten für kosmetische Operationen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

8 Umbaukosten

Hat der Unfall zu einer Querschnittslähmung, der Amputation mindestens eines Beines unterhalb des Knies oder zur Pflegebedürftigkeit der Stufe II geführt, erbringen wir innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall die unter Ziffer 4.2 aufgeführten behindertengerechten Umbaukosten bis in Höhe der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme für alle notwendigen behindertengerechten Umbauten insgesamt.

Die Leistungen werden nur bei entsprechendem Nachweis fällig. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten gelten gemacht werden.

8.1 Voraussetzungen für die Leistungen:

Die versicherte Person erleidet einen Unfall gemäß Ziffer 1 der AUB 2012, welcher zu einer der folgenden Verletzungsfolgen führt:

- Querschnittslähmung
- Amputation eines Beines, mindestens unterhalb des

Knies

- Pflegebedürftigkeit der Stufe II oder III
- Schwerstverletzungen, zu denen ein fachärztliches Gutachten Leistungen gemäß Ziffer 4.2 a) oder 4.2 b) für erforderlich hält.

8.2 Art und Höhe der Leistung:

a) Wir übernehmen innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall Kosten für den behindertengerechten Umbau einer von der versicherten Person in Deutschland ständig bewohnten Wohnung bzw. Ein- oder Zweifamilienhauses.

b) Wir übernehmen innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall Kosten für den behindertengerechten Umbau eines auf die versicherte Person in Deutschland zugelassenen und von ihr benutzten Personenkraftwagens.

c) Wir übernehmen Kosten für die sachverständige Beratung und Planung im Vorfeld der Leistungen zu a) oder b).

d) Für die Leistungen zu a), b) und c) leisten wir bis zu einer Höhe von insgesamt 30.000 Euro.

e) Die Leistungen werden nur bei entsprechendem Nachweis fällig. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

f) Soweit die Leistungen nicht vor Auftragsvergabe mit der Helvetia abgestimmt werden, behalten wir uns vor, nur Kosten für solche Leistungen zu übernehmen, die durch ein fachärztliches Gutachten als behindertengerecht bewertet werden.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, so können die vereinbarten Kosten für behindertengerechte Umbauten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

9 Medizinische Hilfsmittel

Ist die versicherte Person nach einem Unfall im Sinne der Ziffer 1 der AUB 2012 und nach Abschluss aller stationären notwendigen Heilbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen weiterhin laut ärztlichem Attest mindestens nach Pflegestufe I gemäß dem Pflegeversicherungsgesetz (PflegeVG-SGB XI) pflegebedürftig, gilt folgendes:

Werden Arm und/oder Beinprothesen, Geh- und Stützapparate Rollstuhl oder Krankenfahrstuhl als medizinisches Hilfsmittel ärztlich verordnet, erfolgt hierzu eine Kostenbeteiligung bis zu einer Höhe von 3.000 Euro für alle medizinischen Hilfsmittel insgesamt, welche innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfallereignis beantragt wurden.

Die Leistungen werden nur bei entsprechendem Nachweis fällig. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, kann die vereinbarte Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

10 Schmerzensgeld bei einem Oberschenkelhalsbruch

10.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet einen Oberschenkelhalsbruch, unabhängig davon ob gemäß Ziffer 1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012) ein Unfallereignis eingetreten ist.

10.2 Höhe der Leistung

Das Schmerzensgeld bei einem Oberschenkelhalsbruch wird einmalig in Höhe von 1.500 Euro gezahlt.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, wird das Schmerzensgeld insgesamt für alle Unfallversicherungen nur einmal gezahlt.

11 Rooming-in - Leistung

Befindet sich eine im Rahmen des Vertrages versicherte Person nach einem Unfall im Sinne des Ziffer 1 AUB 2012 in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet der ebenfalls versicherte Ehe- oder Lebenspartner mit im Krankenhaus (Rooming-in), so wird pro Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss in folgender Höhe gezahlt:

von der 1. bis 10. Übernachtung	25 Euro
ab der 11. Übernachtung	12 Euro

längstens jedoch bis zu 200 Übernachtungen.

Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für Heilberufe (BB Heilberufe 2012)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit verbesserten Leistungen im Invaliditätsfall vereinbart.

- 1 Abweichend von Ziffer 2.1.2.2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012) gelten bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm oder Hand	100 %
Daumen oder Zeigefinger	60 %
anderer Finger	20 %

Bein oder Fuß	70 %
große Zehe	8 %
andere Zehe	3 %

Auge	80 %
Gehör auf beiden Ohren	70 %

- 2 Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung der genannten Körperteile und Sinnesorgane gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Prämie (BB Zuwachsleistung 2012, Modell 1)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, deren Summen und Prämie angepasst werden.

- 1 Wir erhöhen die Versicherungssummen jeweils um den Prozentsatz, um den der Höchstbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten angehoben wird. Die Erhöhung erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, das dem Stichtag der Anhebung des Höchstbeitrages folgt oder mit ihm übereinstimmt.
- 2 Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:
- für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle Tausend Euro,
 - für die Übergangsleistung sowie die Versicherung der Kosten für kosmetische Operationen und Heilkosten auf volle Hundert Euro,
 - für Tagegeld, Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld auf volle Euro.
- 3 Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.
- 4 Die Prämie erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
- 5 Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung. Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von sechs Wochen nach unserer Mitteilung schriftlich widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen.

- 6 Sie und wir können diese Zuwachsvereinbarung auch für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Prämie (BB Zuwachsleistung 2012, Modell 3)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, deren Summen und Prämie jährlich angepasst werden.

- 1 Wir erhöhen die Versicherungssummen jährlich um 5 Prozent zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.
- 2 Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:
- für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle Tausend Euro,
 - für die Übergangsleistung sowie die Versicherung der Kosten für kosmetische Operationen und Heilkosten auf volle Hundert Euro,
 - für Tagegeld, Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld auf volle Euro.
- 3 Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.
- 4 Die Prämie erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
- 5 Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung. Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von sechs Wochen nach unserer Mitteilung schriftlich widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen.
- 6 Sie und wir können die Vereinbarung über die planmäßige Erhöhung von Leistung und Prämie auch für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

Besondere Bedingungen für die Konditionsdifferenzdeckung

- 1 Wenn Konditionsdifferenzdeckung vereinbart ist, gewährt der Versicherer Versicherungsschutz auf Grundlage dieses Unfallvertrages, wenn und soweit der Versicherungsschutz (Deckungserweiterungen und Entschädigungsgrenzen) dieses Unfallvertrages über einen bereits bei einem anderen Versicherer bestehenden Vertrag für dasselbe Risiko hinausgehen.
- 2 Bedingungsgemäße Schäden bis zu den im Versicherungsschein genannten Entschädigungsgrenzen werden erst dann gezahlt, wenn die vertraglich vereinbarten und sonstigen Leistungen des anderweitig bestehenden Versicherungsvertrages aufgebraucht worden sind. Maßgeblich für die vertraglich vereinbarten Leistungen aus der anderweitig bestehenden Unfall-Versicherung ist mindestens der Umfang des Versicherungsschutzes des anderen Vertrages, der zum Zeitpunkt der Antragstellung der Konditionsdifferenzdeckung bestanden hat.
- 3 Keine Leistungen aus der Konditionsdifferenzdeckung werden erbracht, wenn
- zum Zeitpunkt der Antragstellung der Konditionsdifferenzdeckung keine anderweitige Unfall-Versicherung bestanden hat;
 - die Leistung des anderen Versicherers infolge eines Vergleiches nicht zum vollen Ersatz des Schadens führt;

- aufgrund fehlender Nachweise über die Schadenhöhe durch den anderen Versicherer lediglich eine pauschale Entschädigung erbracht wird;
 - der andere Versicherer rechtswirksam vom Vertrag zurücktritt oder ihn anfight.
 - Ist der andere Versicherer infolge Nichtzahlung der Prämie, Obliegenheitsverletzung oder arglistiger Täuschung ganz oder teilweise leistungsfrei geworden, so wird dadurch keine Erweiterung des Leistungsumfangs der Konditionsdifferenzdeckung bewirkt. Leistungen aus der Konditionsdifferenzdeckung werden dann nur insoweit erbracht, wie sie entstanden wären, wenn keiner der vorgenannten Gründe für den Wegfall oder die Reduzierung der Leistung des anderen Versicherers vorgelegen hätte.
- 4** Der Anspruch des Versicherungsnehmers aus diesem Unfallvertrag auf Zahlung einer Entschädigung ermäßigt sich in der Weise, dass die Entschädigung aus allen Verträgen insgesamt nicht höher sein darf, als die zu zahlende Entschädigung bei alleiniger Deckung aus dem Unfallvertrag. Selbstbeteiligungen des anderen Vertrages werden nicht ersetzt.
- 5** Der vorliegende Unfallvertrag wird zu dem im Versicherungsschein genannten Termin durch den Wegfall der Konditionsdifferenzdeckung auf den vollen Versicherungsschutz und die hierfür vereinbarte Prämie umgestellt. Endet der anderweitig bestehende Unfallvertrag vor diesem Termin, ist dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

Inhaltsverzeichnis

1. Unfallereignis.....	1	34. Kosten für kosmetische Operationen.....	5
2. Unfreiwilligkeit.....	1	35. Mitwirkungsanteil.....	5
3. Maniküre, Pediküre, Entfernen von Hühneraugen und Hornhaut.....	1	36. Fortführungsoption bei dauernd pflegebedürftigen Personen.....	5
4. Tauchtypische Gesundheitsschäden.....	1	37. Bewusstseinsstörungen.....	5
5. Kosten für Dekompressionskammer.....	2	38. Herzinfarkt, Schlaganfall.....	5
6. Räuberischer Überfall, schwerer Unfall, Unfalltod.....	2	39. Bewusstseinsstörungen durch Medikamente.....	5
7. Kraftanstrengung.....	2	40. Unfalltod durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen.....	5
8. Eigenbewegung.....	2	41. Todesfalleistung bei Verschollenheit.....	6
9. Infektionen durch Tierbisse / Insektenstiche.....	2	42. Straftaten.....	6
10. Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 75 Prozent.....	2	43. Passives Kriegsrisiko für den Überraschungsfall.....	6
11. Sofortleistung bei Schwerverletzungen.....	2	44. Innere Unruhen.....	6
12. Gliedertaxe.....	3	45. Fahrtveranstaltungen.....	6
13. Verbesserte Übergangsleistung.....	3	46. Fahrten mit Leihkarts.....	6
14. Sofortleistung für Übergangsleistung bei Schwerverletzungen.....	3	47. Strahlenunfälle.....	6
15. Pflichtgefühl, Heilmaßnahmen.....	3	48. Infektionen.....	6
16. Tagegeld, Krankenhaustagegeld und Heilkosten.....	3	49. Nahrungsmittelvergiftungen.....	6
17. Krankenhaustagegeld bis zum 5. Unfalljahr.....	3	50. Psychische und nervöse Störungen.....	6
18. Leistung bei unfallbedingten ambulanten Operationen.....	3	51. Geringfügigkeit.....	6
19. Krankenhaustagegeld im Ausland.....	3	52. Verdienstausschlag.....	6
20. Fahrradunfall bei Kindern und Erwachsenen.....	3	53. Anzeigepflicht.....	6
21. Komageld.....	3	54. Ärztliche Gebühren.....	6
22. Gemischte Institute.....	4	55. Laufendes Heilverfahren.....	6
23. Verbessertes Genesungsgeld.....	4	56. Vorsorgeversicherung für Neugeborene, Adoptivkinder und Ehe-/Lebenspartner.....	6
24. Genesungsgeldanspruch.....	4	57. Prämienbefreiung bei Arbeitslosigkeit.....	7
25. Doppelte Todesfalleistung.....	4	58. Freiwilliger Wehrdienst / Bundesfreiwilligendienst.....	7
26. Krankentage-Pflegegeld.....	4	59. Einschluss von Infektionen mit und ohne Unfall (IMMUN-KLAUSEL).....	7
27. Kosten für eine Haushaltshilfe oder Kindermädchen.....	4	60. Umbaukosten.....	8
28. Unfälle durch Entführungen oder Geiselnahme.....	4	61. Serviceleistungen.....	8
29. Rooming-in - Leistung.....	4	62. Reha-Manager.....	8
30. Kurbeihilfe.....	4	63. Besserstellung gegenüber den Empfehlungen des Arbeitskreises Beratungsprozesse.....	8
31. Umschulungsmaßnahmen.....	5	64. Update-Garantie.....	8
32. Medizinische Hilfsmittel (Ziffer 2 AUB 2012).....	5		
33. Schulausfallgeld für Nachhilfeunterricht.....	5		

1. Unfallereignis (Ziffer 1.3 AUB 2012)

Unfreiwillig erlittene Gesundheitsschädigungen durch Gase und Dämpfe, Dünste, Staubwolken, Säuren oder ähnliches sind auch bei allmählicher Einwirkung mitversichert. Ausgeschlossen bleiben jedoch Berufs- und Gewerkrankheiten.

Gesundheitsschäden durch Erfrierungen, Sonnenbrände und Sonnenstiche sowie Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug, die als Folgen eines Unfalles auftreten, sind ebenfalls mitversichert.

2. Unfreiwilligkeit (Ziffer 1.3 AUB 2012)

Unfälle bei der rechtmäßigen Verteidigung zur Rettung von Menschen und Sachen gelten als unfreiwillig erlitten und sind in die Unfallversicherung eingeschlossen.

3. Maniküre, Pediküre, Entfernen von Hühneraugen und Hornhaut (Ziffer 1.3 AUB 2012)

Versichert sind auch Gesundheitsschäden durch Maniküre und Pediküre sowie das Entfernen von Hühneraugen oder Hornhaut. Dadurch entstandene Gesundheitsschäden werden abweichend von Ziffer 5.2.3 AUB 2012 nicht als Eingriff oder Heilmaßnahme gewertet.

4. Tauchtypische Gesundheitsschäden (Ziffer 1.3 AUB 2012)

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden, wie z. B. Caisson-Krankheit oder Trommelfellverletzung, ohne dass ein Unfallereignis, d. h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss. Als Unfall gilt auch der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser.

5. **Kosten für Dekompressionskammer (Ziffer 1.3 AUB 2012)**

Hat der Versicherte während eines Tauchvorganges eine tauchtypische Gesundheitsschädigung erlitten, werden bei einer unfallbedingten Dekompressionskrankheit (Caisson-Krankheit) Typ I und II einschließlich einer notwendigen Druckkammerbehandlung die hierfür notwendigen Therapiekosten bis 50.000 Euro erstattet, sofern nicht ein anderer Kostenträger für die Behandlungskosten eintritt. Leistet ein anderer Kostenträger nur für einen Teil der Kosten, so wird der Restbetrag anteilmäßig bis zur vereinbarten Höhe übernommen.

Ausgeschlossen von der Kostenerstattung sind solche Fälle, in denen die gültigen Richtlinien für das Auftauchen und Dekomprimieren vorsätzlich oder grobfahrlässig missachtet wurden.

Bestehen für den Versicherten bei der unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, gilt der vorgenannte Höchstbetrag insgesamt für alle Unfallversicherungen.

Ausschluss der Dynamik:

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Prämie nicht teil.

6. **Räuberischer Überfall, schwerer Unfall (Ziffer 1.3 AUB 2012)**

Wurde die versicherte Person Opfer eines Überfalls, eines schweren Unfalls gemäß Ziffer 11, so ersetzen wir bei einer notwendigen psychologischen Soforthilfe die Kosten für die ersten 10 Sitzungen. Diese Leistung erbringen wir auch, wenn eine andere in diesem Vertrag mitversicherte Person bei einem Unfalltod verstirbt.

7. **Kraftanstrengung (Ziffer 1.4 AUB 2012)**

Unter den Versicherungsschutz fallen auch durch erhöhte Kraftanstrengung des Versicherten hervorgerufene sonstige Verrenkungen, Zerrungen und Zerreißen an Gliedmaßen und Wirbelsäule sowie Leistenbruch. Bei Schädigungen an Bandscheiben bleibt es jedoch bei der Regelung nach Ziffer 5.2.1 AUB 2012.

8. **Eigenbewegung (Ziffer 1.4 AUB 2012)**

Unter den Versicherungsschutz fallen auch durch Eigenbewegung des Versicherten hervorgerufene sonstige Bauch-, Unterleibs- und Knochenbrüche, Schädigung an Gliedmaßen und Wirbelsäule sowie Zerrungen und Zerreißen von Sehnen, Kapseln, Muskeln, Menisken oder Bändern. Bei Schädigungen an Bandscheiben bleibt es jedoch bei der Regelung nach Ziffer 5.2.1 AUB.

9. **Infektionen durch Tierbisse / Insektenstiche (Ziffer 1 und Ziffer 5.2.4 AUB 2012)**

Unfälle durch Tierbisse einschließlich damit verursachter evtl. Infektionen sind mitversichert. Die Folgen von Insektenstichen- und -bissen (z. B. Allergien) sind ebenfalls als Unfallfolgen anzusehen. Wundinfektionen als Folge eines Unfallereignisses sind ebenfalls mitversichert.

10. **Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 75 Prozent (Ziffer 2.1 AUB 2012)**

Führt ein Unfall, der sich vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten ereignet, nach den Bemessungsgrundsätzen des Ziffer 2.1 und Ziffer 3 AUB 2012 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 75 Prozent, so erbringen wir die doppelte Invaliditätsleistung.

Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 150.000 Euro beschränkt. Laufen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

Die vorstehenden Bestimmungen finden keine Anwendung bei Versicherten, zu deren Invaliditätsversicherung die Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (alle Modelle) vereinbart gelten.

11. **Sofortleistung bei Schwerverletzungen (Ziffer 2.1.1.1 AUB 2012)**

Abhängig von der Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für Invalidität (siehe Ziffer 2.1.1.2 und Ziffer 2.1.2.3 AUB 2012) erbringt der Versicherer nach einem Unfall gemäß den nachstehenden Bestimmungen eine Sofortleistung bei folgenden schweren Verletzungen:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- Amputation mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand
- Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung
- Schwere Mehrfachverletzungen/Polytrauma:
 - Fraktur an zwei langen Röhrenknochen verschiedener Körperregionen (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel) oder
 - Gewebe zerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
 - Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens,
 - Fraktur des Beckens,
 - Fraktur der Wirbelsäule,
 - Gewebe zerstörender Schaden eines inneren Organs

- Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche
- Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen: bei Sehbehinderung Sehschärfe nicht mehr als 1/20.

1. Das Vorliegen einer schweren Verletzung (Voraussetzung der Leistungspflicht nach Ziffer 2.1.1 AUB 2012) ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Haben Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, findet Ziffer 3 AUB 2012 entsprechende Anwendung. Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalles. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltage an gerechnet.

2. Die Leistung beträgt jedoch höchstens 10.000 Euro für jede versicherte Person.

3. Bestehen für den Versicherten bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, gilt der vorgenannte Höchstbetrag insgesamt für alle Unfallversicherungen.

Ausschluss der Dynamik:

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Prämie nicht teil.

4. Der Versicherungsschutz aus dieser Leistungsart endet, ohne dass es einer besonderen Kündigung bedarf, mit Ende des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte das 65. Lebensjahr vollendet.

12. Gliedertaxe (Ziffer 2.1.2.2 AUB 2012)

Die in den AUB 2012 festgelegten Invaliditätsgrade werden wie folgt geändert:

Bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit

eines Armes	80 Prozent
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	75 Prozent
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks	75 Prozent
einer Hand	70 Prozent
eines Daumens	30 Prozent
eines Zeigefingers	20 Prozent
eines anderen Fingers	10 Prozent
für sämtliche Finger einer Hand, höchstens	70 Prozent
eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	80 Prozent
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	75 Prozent
eines Beines bis unterhalb des Knies	65 Prozent
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	60 Prozent
eines Fußes	50 Prozent
einer großen Zehe	10 Prozent
einer anderen Zehe	5 Prozent
eines Auges	60 Prozent
beider Augen	100 Prozent
eines Auges, sofern die Sehkraft des anderen Auges bei Eintritt des Unfalles bereits verloren war	80 Prozent
des Gehörs auf einem Ohr	40 Prozent
des Gehörs auf beiden Ohren	70 Prozent
des Gehörs auf einem Ohr, sofern das Gehör des anderen Ohres bei Eintritt des Unfalles bereits verloren war	60 Prozent
des Geruchs	15 Prozent
des Geschmacks	10 Prozent
der Stimme	100 Prozent*
einer Niere	25 Prozent
beider Nieren	100 Prozent
einer Niere, sofern die andere Niere bei Eintritt des Unfalles bereits vollständig funktionsunfähig war	50 Prozent
Milz	10 Prozent
Milz bei Kindern vor Vollendung des 14. Lebensjahres	20 Prozent

* Nicht eingeschlossen in die Leistungspflicht ist ein Verlust von Stimme oder Sprache, dessen Ursache eine unfallbedingte psychische Traumatisierung im Sinne einer psychogenen Reaktion darstellt.

Sofern auch die "Besonderen Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für Heilberufe" Bestandteil des Vertrages sind, gelten die dort genannten höheren Prozentsätze.

13. Verbesserte Übergangsleistung (Ziffer 2.3.1 AUB 2012)

Besteht nach Ablauf von drei Monaten seit Eintritt des Unfalles ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch eine unfallbedingte Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit im beruflichen oder außerberuflichen Bereich von 100 Prozent und hat diese Beeinträchtigung bis dahin ununterbrochen bestanden, so wird die Hälfte der versicherten Übergangsleistung gezahlt. Dieser Betrag wird auf einen Anspruch nach Ziffer 2.2 AUB 2012 angerechnet. Der Versicherungsnehmer hat einen Anspruch auf Zahlung der verbesserten Übergangsleistung spätestens vier Monate nach Eintritt des Unfalles geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Attestes zu begründen.

14. Sofortleistung für Übergangsleistung bei Schwerverletzungen (Ziffer 2.3.1 AUB 2012)

Die im Vertrag vereinbarte Versicherungssumme für die Übergangsleistung wird bei den unter Ziffer 11 Abs. 1 aufgeführten unfallbedingten schweren Verletzungen/ Verletzungsfolgen sofort fällig, sofern nicht der Tod innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall eintritt. Die versicherte Übergangsleistung wird insgesamt nur einmal fällig, auch wenn mehrere der unter Ziffer 11 genannten Verletzungen/Verletzungsfolgen bestehen. (Es gelten weiterhin aus Ziffer 11 die Abs. 2, 3 und 4.)

15. Pflichtgefühl, Heilmaßnahmen (Ziffer 2.4.1 AUB 2012)

Es wird nicht zu Ungunsten des Versicherten ausgelegt, wenn dieser aus Pflichtgefühl seinem Beruf oder seiner Beschäftigung soweit als möglich nachgeht. Für die Bemessung der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit ist nur der objektive ärztliche Befund maßgebend. Liegt eine Beeinträchtigung der Berufstätigkeit nicht vor, so werden für die Dauer der fortlaufenden ärztlichen Behandlung die notwendigen Kosten der Heilmaßnahmen bis zur Hälfte des für diese Zeit versicherten Tagegeldes ersetzt, vorausgesetzt, dass die Behandlung mindestens monatlich stattgefunden hat.

16. Tagegeld, Krankenhaustagegeld und Heilkosten (Ziffern 2.4, 2.5 und 2.10 AUB 2012)

Tagegeld, Krankenhaustagegeld und Heilkosten werden im versicherten Umfang auch nach Ablauf der genannten Fristen, vom Unfalltag an gerechnet, geleistet, wenn eine Nachbehandlung nicht früher möglich war, längstens jedoch für die in den AUB 2012 festgelegte Höchstdauer insgesamt.

17. Krankenhaustagegeld (Ziffer 2.5.1 und 2.5.2 AUB 2012)

Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird bis zu 5 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

18. Leistung bei unfallbedingten ambulanten Operationen (Ziffern 2.5.1 und 2.5.2 AUB 2012)

Ein versichertes Krankenhaustagegeld wird auch für eine unfallbedingte ambulante Operation gezahlt, soweit eine solche üblicherweise stationär durchgeführt wird. Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird in diesen Fällen für 4 Tage gezahlt.

19. Krankenhaustagegeld im Ausland (Ziffern 2.5.1 und 2.5.2 AUB 2012)

Ereignet sich der Unfall im Ausland, so verdoppelt sich das Krankenhaustagegeld für die Dauer des Krankenhausaufenthalts in dem betreffenden Land, höchstens jedoch für 3 Wochen. Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in dem der Versicherte keinen Wohnsitz hat.

20. Fahrradunfall bei Kindern und Erwachsenen (Ziffer 2.1 AUB 2012)

Erleidet eine der versicherten Personen einen Fahrradunfall, bei dem sie nachweislich einen handelsüblichen Schutzhelm getragen hat, erhöht sich bei Kopfverletzungen die versicherte Grundsumme für die Invaliditätsleistung um 10 Prozent.

21. Komageld (Ziffer 2 AUB 2012)

Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalles in ein Koma (auch künstliches), so werden für die Zeit dieses Zustandes ab dem 8. Tag wöchentlich 250 Euro gezahlt, längstens bis zu 12 Wochen.

Bestehen für den Versicherten bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, gilt der vorgenannte Höchstbetrag insgesamt für alle Unfallversicherungen.

Ausschluss der Dynamik:

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Prämie nicht teil.

22. Gemischte Institute (Ziffer 2.5.1 AUB 2012)

Erfolgt die Heilbehandlung in einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, so entfällt der Krankenhaustagegeldanspruch zumindest dann nicht, wenn es sich um eine Notfallweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten ist.

23. Verbessertes Genesungsgeld (Ziffern 2.6.1 und 2.6.2 AUB 2012)

Genesungsgeld wird in Höhe des versicherten Krankenhaustagegeldes für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die Krankenhaustagegeld geleistet wird, längstens jedoch für 500 Tage und zwar

für den	1. bis 200. Tag	100 Prozent
für den	201. bis 300. Tag	50 Prozent
für den	301. bis 500. Tag	25 Prozent

Voraussetzung ist, dass Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld versichert ist und nicht lediglich Krankenhaustagegeld (ohne Genesungsgeld).

24. Genesungsgeldanspruch (Ziffern 2.6.1 und 2.6.2 AUB 2012)

Der Anspruch des Genesungsgeldes bleibt auch dann bestehen, wenn der Versicherte während der Krankenhausbehandlung verstirbt.

25. Doppelte Todesfalleistung (Ziffer 2.7.1 AUB 2012)

Werden beide versicherten Elternteile durch ein Unfallereignis tödlich verletzt und haben die bezugsberechtigten Kinder das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, kommt die doppelt vereinbarte Todesfallsumme zur Auszahlung, höchstens jedoch eine Gesamtleistung von 100.000 Euro.

26. Krankentage-Pflegegeld (Ziffer 2 AUB 2012)

Ist die versicherte Person nach einem Unfall im Sinne des Ziffer 1 AUB 2012 und nach Abschluss aller medizinisch notwendigen Heilbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen dauernd nach Pflegestufe II oder III des Pflegeversicherungsgesetzes (Pflege VG-SGB XI) pflegebedürftig, so wird für jeden Kalendertag, an welchem eine weitere häusliche Pflege erforderlich ist, ein Krankentage-Pflegegeld in Höhe von 25 Euro gezahlt, längstens jedoch bis zu 24 Monaten nach Eintritt des Unfallereignisses.

Bestehen für den Versicherten bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, gilt der vorgenannte Höchstbetrag insgesamt für alle Unfallversicherungen.

Ausschluss der Dynamik:

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Prämie nicht teil.

27. Kosten für eine Haushaltshilfe oder Kindermädchen (Ziffer 2 AUB 2012)

Der Versicherer übernimmt die nachgewiesenen Kosten für eine Haushaltshilfe oder Kindermädchen, wenn sich die den Haushalt überwiegend versorgende Person wegen eines Unfalles, welcher unter diesen Vertrag fällt, in notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet. Gleiches gilt, wenn die mitversicherte Person einen unfallbedingten Tod erleidet.

1. Die Kostenübernahme erfolgt bis zu 50 Euro je Tag des vollstationären Aufenthaltes, höchstens insgesamt 5.000 Euro je Unfallereignis. Eine Übernahme der Kosten für eine Haushaltshilfe oder Kindermädchen setzt voraus, dass im Haushalt der verunfallten Person mindestens ein unterhaltsberechtigtes Kind unter 14 Jahren zu versorgen ist.
2. Die vollstationäre Heilbehandlung aufgrund des Unfallereignisses ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

3. Bestehen für den Versicherten bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können Kosten für eine Haushaltshilfe oder Kindermädchen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden; gleiches gilt bei versicherten Ehegatten.
4. Diese Leistungsart nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Zuwachs von Leistung und Prämie) nicht teil.

28. Unfälle durch Entführungen oder Geiselnahme (Ziffer 2 AUB 2012)

In Ergänzung der AUB 2012 erstreckt sich der Versicherungsschutz auf alle Unfälle in Folge eines verbrecherischen Anschlages, der sich gegen die versicherte Person richtet. Mitversichert sind Unfälle in Folge von Entführungen oder Geiselnahme.

Während der Zeit, in der sich die versicherte Person gegen oder ohne ihren Willen in der Gewalt Dritter befindet, erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Unfälle im Sinne der Ziffer 1 AUB 2012 und auf sonstige Gesundheitsschädigungen, die eintreten, weil die versicherte Person körperlichen Gewaltwirkungen ausgesetzt ist.

Als Gesundheitsschädigung im Sinne der AUB 2012 gelten auch die medizinisch nachgewiesenen Folgen von Nahrungsmittel- oder Medikamentenentzug bzw. von unsachgemäßer Verabreichung notwendiger Pharmaka oder Nahrungsmittel.

Der Versicherungsschutz endet für Entführungen oder Geiselnahmen 180 Tage nach Mitternacht des Tages, an dem sich die Entführung oder Geiselnahme ereignet hat. Eine Fortsetzung des Versicherungsschutzes ist nicht möglich.

Ausgeschlossen sind Unfälle im Zusammenhang mit terroristischen Handlungen unter Verwendung von Massenvernichtungswaffen.

Terroristische Handlungen sind Handlungen von politisch, religiös, ideologisch oder ähnlich motivierten Personen oder Personengruppen, deren Absicht es ist, Einfluss auf eine Regierung zu nehmen oder die Öffentlichkeit bzw. Teile der Öffentlichkeit in Furcht und Schrecken zu versetzen.

Unter der Verwendung von Massenvernichtungswaffen ist der Gebrauch von explosiven nuklearen Waffen und Geräten sowie biologischen oder chemischen Waffen oder Geräten zu verstehen, mit dem Zweck, die Absonderung, das Verströmen, das Verstreuen, die Freisetzung oder das Entweichen von spaltbarem Material, von pathogenen Mikroorganismen oder Toxinen sowie von festen, flüssigen oder gasförmigen Substanzen zu ermöglichen und eine Gesundheitsschädigung zu erzielen.

29. Rooming-in - Leistung (Ziffer 2 AUB 2012)

Befindet sich ein im Rahmen des Vertrages versichertes Kind, welches das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, nach einem Unfall im Sinne des Ziffer 1 AUB 2012 in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Erziehungsberechtigter mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so wird pro Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss in folgender Höhe gezahlt:

von der	1. bis 10. Übernachtung	25 Euro
ab der	11. Übernachtung	12 Euro

längstens jedoch bis zu 200 Übernachtungen.

30. Kurbeihilfe (Ziffer 2 AUB 2012)

Wir bieten entsprechend der nachfolgenden Regelung Versicherungsschutz bei Kuraufenthalten.

Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person hat nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 AUB 2012 wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen eine medizinisch notwen-

dige Kur durchgeführt.

Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

Als Kur gilt nicht eine stationäre Behandlung, bei der die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht.

Höhe der Leistung:

Die Beihilfe beträgt 10.000 Euro je versicherte Person. Bestehen für den Versicherten bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, gilt der vorgenannte Höchstbetrag insgesamt für alle Unfallversicherungen.

Ausschluss der Dynamik:

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Prämie nicht teil.

31. Umschulungsmaßnahmen (Ziffer 2 AUB 2012)

Führt die versicherte Person infolge einer unfallbedingten Berufsunfähigkeit eine vom gesetzlichen Versicherer geförderte oder gezahlte staatlich anerkannte Umschulung durch, werden die hierfür anfallenden und nachgewiesenen Kosten bis zu 6.000 Euro erstattet.

Die Leistungen werden nur bei entsprechendem Nachweis fällig. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen bedeutet, dass die versicherte Person auf nicht absehbare Zeit nicht imstande ist, ihren Beruf oder eine ähnliche Tätigkeit auszuüben, die ihrer Ausbildung entspricht und gleichwertige Fähigkeiten und Kenntnisse voraussetzt.

Bestehen für den Versicherten bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, gilt der vorgenannte Höchstbetrag insgesamt für alle Unfallversicherungen.

Ausschluss der Dynamik:

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Prämie nicht teil.

32. Medizinische Hilfsmittel (Ziffer 2 AUB 2012)

Ist die versicherte Person nach einem Unfall im Sinne des Ziffer 1 AUB 2012 und nach Abschluss aller stationären notwendigen Heilbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen weiterhin laut ärztlichem Attest mindestens nach Pflegestufe I gemäß dem Pflegeversicherungsgesetz (PflegeVG, SGB XI) pflegebedürftig, gilt folgendes:

Werden Arm und/oder Beinprothesen, Geh- und Stützapparate, Rollstuhl oder Krankenfahrstuhl als medizinisches Hilfsmittel ärztlich verordnet, erfolgt hierzu eine Kostenbeteiligung bis zu 10 Prozent der versicherten Grundsumme für Invalidität, höchstens jedoch 10.000 Euro für alle medizinischen Hilfsmittel insgesamt, welche innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfallereignis beantragt wurden.

Die Leistungen werden nur bei entsprechendem Nachweis fällig. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Bestehen für den Versicherten bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, gilt der vorgenannte Höchstbetrag insgesamt für alle Unfallversicherungen.

Ausschluss der Dynamik:

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Prämie nicht teil.

33. Schulausfallgeld für Nachhilfeunterricht (Ziffer 2 AUB 2012)

Kann das versicherte Kind durch einen unfallbedingten stationären Krankenhausaufenthalt nicht am Schulunterricht teilnehmen, so werden ab dem 14. ausgefallenen Schultag die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht erstattet.

Die Leistung ist auf 20 Euro pro Tag, höchstens jedoch 5.000 Euro begrenzt.

34. Kosten für kosmetische Operationen (Ziffer 2.9 AUB 2012)

In Erweiterung zu Ziffer 2.9 AUB 2012 leisten wir insgesamt bis zur Höhe von 25.000 Euro Ersatz für nachgewiesene Arzthonorare und sonstige Operationskosten, notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus sowie Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von Zähnen entstanden sind.

Bestehen für den Versicherten bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, gilt der vorgenannte Höchstbetrag insgesamt für alle Unfallversicherungen.

Ausschluss der Dynamik:

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Prämie nicht teil.

35. Mitwirkungsanteil (Ziffer 3 AUB 2012)

Die Leistung wird nur dann gekürzt, wenn der Anteil der Krankheit oder des Gebrechens mindestens 50 Prozent beträgt.

36. Fortführungsoption bei dauernd pflegebedürftigen Personen (Ziffer 4 AUB 2012)

Tritt eine dauernde Pflegebedürftigkeit durch ein vorausgegangenes Unfallereignis während der Vertragsdauer ein, so bleibt der Versicherungsschutz auf Antrag des Versicherungsnehmers bzw. dessen gesetzlichen Vertreters bestehen. Wird die Beibehaltung des Versicherungsschutzes nicht innerhalb eines Jahres nach Eintritt der dauernden Pflegebedürftigkeit beantragt, so bleibt es bei der nach Ziffer 4 AUB 2012 vorgesehenen Regelung. Der Versicherungsschutz endet, ohne dass es einer besonderen Kündigung bedarf, mit Ende des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte das 70. Lebensjahr vollendet.

37. Bewusstseinsstörungen (Ziffer 5.1.1 AUB 2012)

Mitversichert sind Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Übermüdung (Schlaftrunkenheit), Einschlafen oder Trunkenheit verursacht sind, beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkohol unter 1,5 Promille liegt.

38. Herzinfarkt, Schlaganfall (Ziffer 5.1.1 AUB 2012)

Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Schlaganfälle, Herzinfarkt und epileptische Anfälle verursacht wurden, gelten als mitversichert.

39. Bewusstseinsstörungen durch Medikamente (Ziffer 5.1.1 AUB 2012)

Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, die durch die Einnahme ärztlich verordneter Medikamente verursacht wurden, gelten als mitversichert.

40. Unfalltod durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen (Ziffer 5.1.1 AUB 2012)

Für die versicherte Todesfallsumme werden die Ausschlussbestimmungen des Ziffer 5.1.1 AUB 2012 bis zu einem Betrag von 5.000 Euro nicht angewendet. Diese Erweiterung gilt nicht für Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Trunkenheit ab einem Blutalkohol von 1,5 Promille beim Lenken von Kraftfahrzeugen verursacht wurden.

41. Todesfallleistung bei Verschollenheit

Ergänzend zu Ziffer 2.7 AUB 2012 gilt der unfallbedingte Tod als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes (VerschG) rechtswirksam für tot erklärt wurde.

Überlebt die versicherte Person die Verschollenheit, so sind die bereits erbrachten Leistungen zurückzuzahlen.

42. Straftaten (Ziffer 5.1.2 AUB 2012)

Unfälle bei Raufhändel und Schlägereien, in die der Versicherte nicht als Urheber oder in Ausübung seines Berufes bzw. sonstiger berufsmäßiger Tätigkeit gerät, sind mitversichert.

43. Passives Kriegsrisiko für den Überraschungsfall (Ziffer 5.1.3 AUB 2012)

Befindet sich der Versicherte vorübergehend im Ausland und wird er dort von einem Kriegsereignis überrascht, so besteht Versicherungsschutz für max. 14 Tage nach Mitternacht des Tages, an dem die Feindseligkeiten ausgebrochen sind.

Mitversichert sind auch Unfälle durch Terroranschläge in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, die außerhalb der Territorien der kriegführenden Parteien ausgeführt werden.

44. Innere Unruhen (Ziffer 5.1.3 AUB 2021)

Mitversichert sind Unfälle bei inneren Unruhen und sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen, wenn der Versicherte an den Gewalttätigkeiten nicht aktiv teilgenommen hat, oder wenn er zwar aktiv beteiligt war, jedoch nicht auf Seiten der Unruhestifter.

45. Fahrtveranstaltungen (Ziffer 5.1.5 AUB 2012)

Unfälle bei Fahrten, bei denen es auf Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt, (Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten, Ballonverfolgungsfahrten sowie bei Sicherheitstraining) sind mitversichert.

46. Fahrten mit Leihkarts (Ziffer 5.1.5 AUB 2012)

In Abänderung von Ziffer 5.1.5 AUB 2012 sind Unfälle infolge eines gelegentlichen Fahrens mit Leihkarts auf einer Indoor-, Outdoor-, oder Crosskart – Anlage, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, mitversichert, sofern hierfür keine Lizenz erforderlich ist. Der Versicherungsschutz gilt nur innerhalb Deutschlands.

47. Strahlenunfälle (Ziffer 5.2.2 AUB 2012)

Der Ausschluss gilt nicht für Gesundheitsschädigungen durch energiereiche Strahlen mit einer Härte bis zu 100 Elektronen-Volt sowie durch Laser- und Maserstrahlen.

48. Infektionen (Ziffer 5.2.4 bis 5.2.4.2 AUB 2012)

Als Unfälle gelten auch in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandene Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Anpfeifen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht; Anhusten nur dann, wenn durch einen Hustenstoß eines Diphtheriekranken infektiöse Massen in Auge, Mund oder Nase geschleudert werden.

49. Nahrungsmittelvergiftungen (Ziffer 5.2.5 AUB 2012)

Mitversichert sind die Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen. Vergiftungen, die infolge versehentlicher Einnahme von schädlichen Stoffen entstehen, die irrtümlich für Nahrungsmittel gehalten worden sind, gelten ebenfalls als mitversichert.

50. Psychische und nervöse Störungen (Ziffer 5.2.6 AUB 2012)

Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall neu eintreten, werden Leistungen erbracht, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

51. Geringfügigkeit (Ziffer 7.1 AUB 2012)

Es liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn der Versicherte bei zunächst geringfügig erscheinenden oder nicht erkennbaren Unfallfolgen einen Arzt erst dann hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird. Geht der Versicherte nach einem Unfall aus Pflichtgefühl seinem Beruf nach, wird dies nicht zu seinen Ungunsten ausgelegt.

Für die Bemessung der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ist nur der objektive ärztliche Befund für die Zahlung von Tagegeld maßgebend.

52. Verdienstaustausch (Ziffer 7.3 AUB 2012)

Wird bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbständigen usw. der Lohn- oder Verdienstaustausch nicht konkret nachgewiesen, so wird ein fester Betrag erstattet, der 1 Promille der versicherten Invaliditätssumme, maximal jedoch 500 Euro beträgt.

53. Anzeigepflicht (Ziffer 7.5 AUB 2012)

Der Versicherer wird sich bei unbeabsichtigter verspäteter Anmeldung nicht auf eine Obliegenheitsverletzung berufen.

54. Ärztliche Gebühren (Ziffer 9.1 AUB 2012)

Die ärztlichen Gebühren, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruches entstehen, werden in voller Höhe vom Versicherer übernommen.

55. Laufendes Heilverfahren (Ziffer 9.3 AUB 2021)

Soweit keine Todesfallsumme versichert ist, kann vor Abschluss des Heilverfahrens ein angemessener Vorschuss auf die zu erwartende Invaliditätsleistung bis höchstens 20.000 Euro verlangt werden, sofern keine akute Lebensgefahr mehr besteht.

56. Vorsorgeversicherung für Neugeborene, Adoptivkinder und Ehe-/Lebenspartner bei Heirat (Ziffer 10.1 AUB 2021)

1. Für neugeborene gemeinsame Kinder des Versicherungsnehmers und des Ehe-/Lebenspartners besteht ab Vollendung der Geburt ausschließlich im Rahmen der AUB 2012 prämienfreier Versicherungsschutz für den Invaliditätsfall, wenn für den Versicherungsnehmer und/oder Ehe-/Lebenspartner eine Invaliditätssumme versichert ist. Die Versicherungssumme beträgt 50 Prozent aus der höheren der für die Ehe-/Lebenspartner vereinbarten Grundsumme für Invalidität (ohne Progression und sonstige Mehrleistungsvereinbarungen), höchstens jedoch 100.000 Euro aus allen bei unserer Gesellschaft für den Versicherungsnehmer bestehenden Unfallversicherungen insgesamt. Der Versicherungsschutz erlischt rückwirkend, wenn das Kind nicht spätestens innerhalb von 12 Monaten nach dem Tag der Geburt zur Weiterversicherung bei der Helvetia angemeldet wird.

2. Für Adoptivkinder im Alter unter 14 Jahren des Versicherungsnehmers und des Ehe-/Lebenspartners besteht im Rahmen der AUB 2012 prämienfreier Versicherungsschutz für den Invaliditätsfall, wenn für den Versicherungsnehmer und/oder Ehe-/Lebenspartner eine Invaliditätssumme versichert ist. Die Versicherungssumme beträgt 50 Prozent aus der höheren der für die Ehe-/Lebenspartner vereinbarten Grundsumme für Invalidität (ohne Progression und sonstige Mehrleistungsvereinbarungen), höchstens jedoch 100.000 Euro aus allen bei unserer Gesellschaft für den Versicherungsnehmer bestehenden Unfallversicherungen insgesamt. Der Versi-

cherungsschutz erlischt rückwirkend, wenn das Kind nicht spätestens innerhalb von 12 Monaten nach Rechtswirksamkeit der Adoption zur Weiterversicherung bei der Helvetia angemeldet wird.

3. Für den Ehe- oder Lebenspartner besteht im Rahmen der AUB 2012 prämienfreier Versicherungsschutz für den Invaliditätsfall und Todesfall, wenn für den Versicherungsnehmer eine Invaliditätssumme und Todesfallsumme versichert sind. Die Versicherungssumme beträgt 50 Prozent aus der höheren der für die Ehe-/Lebenspartner vereinbarten Grundsomme für Invalidität (ohne Progression und sonstige Mehrleistungsvereinbarungen), höchstens jedoch 100.000 Euro und für die Todesfalleistungen höchstens jedoch 10.000 Euro aus allen bei unserer Gesellschaft für den Versicherungsnehmer bestehenden Unfallversicherungen insgesamt. Der Versicherungsschutz erlischt rückwirkend, wenn der Ehe- oder Lebenspartner nach Heirats- oder Lebenspartnerschaftsvertrag nicht spätestens innerhalb von 6 Monaten einen wirksamen Vertrag zur Weiterversicherung bei der Helvetia anmeldet.

57. Prämienbefreiung bei Arbeitslosigkeit

Dieser Vertrag wird für die Dauer der Arbeitslosigkeit, jedoch nicht länger als 12 Monate, prämienfrei gestellt, wenn die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Voraussetzungen für die Prämienbefreiung:
 - 1.1 Zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns hat der Versicherungsnehmer das 50. Lebensjahr noch nicht erreicht.
 - 1.2 Bei Eintritt der Arbeitslosigkeit hat der Versicherungsnehmer das 60. Lebensjahr noch nicht erreicht.
 - 1.3 Bis zum Eintritt der Arbeitslosigkeit befand sich der Versicherungsnehmer in einem Arbeitsverhältnis, das
 - unbefristet und ungekündigt war,
 - dem deutschen Arbeitsrecht und der Beitragspflicht zur Bundesanstalt für Arbeit unterlag,
 - seit mindestens 24 Monaten ohne Unterbrechung beim gleichen Arbeitgeber bestand,
 - während der letzten 24 Monate eine wöchentliche Arbeitszeit von mindestens 30 Stunden hatte.
 - 1.4 Ein Anspruch auf Prämienbefreiung besteht nur, wenn
 - das Arbeitsverhältnis weder durch fristlose Kündigung des Arbeitgebers noch durch eine Kündigung des Versicherungsnehmers beendet worden ist,
 - der Versicherungsnehmer sich bei der zuständigen Stelle der Bundesanstalt für Arbeit als arbeitslos gemeldet hat,
 - die letzte, vor Eintritt der Arbeitslosigkeit, fällige Prämie zu diesem Vertrag bezahlt wurde und auch sonst keine Prämienrückstände vorhanden sind.
- 1.5 Die Voraussetzungen für die Prämienbefreiung sowie der Grund und die Dauer der Arbeitslosigkeit sind durch Bescheinigungen der Bundesanstalt für Arbeit nachzuweisen.
2. Wartezeit

Ein Anspruch auf Prämienbefreiung besteht frühestens nach Ablauf einer Wartezeit von drei Monaten ab Versicherungsbeginn. Wenn der Versicherungsnehmer vor Ablauf der Wartezeit arbeitslos wird, hat er keinen Anspruch auf Prämienbefreiung.
3. Prämienbefreiung

Sind alle Voraussetzungen erfüllt, wird die Versicherung auf Antrag des Versicherungsnehmers ab Eintritt der Arbeitslosigkeit prämienfrei gestellt.

Die Prämienbefreiung endet mit dem Tag der Aufnahme eines neuen Arbeitsverhältnisses.

Eine Erweiterung des Versicherungsschutzes ist während der prämienfreien Zeit nicht möglich.

Nach Beendigung der Prämienbefreiung wird der Vertrag unverändert, jedoch prämienpflichtig weitergeführt. Das Ende der Arbeitslosigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Wird der Versicherungsnehmer nach Aufnahme eines neuen Arbeitsverhältnisses erneut arbeitslos, müssen für eine Prämienbefreiung die Voraussetzungen gemäß Ziffer 1.2 bis 1.5 erneut erfüllt sein.

Während des Bestehens des Versicherungsvertrages bei der Helvetia ist eine Prämienbefreiung insgesamt für höchstens 24 Monate möglich.

58. Freiwilliger Wehrdienst/Bundesfreiwilligendienst (Ziffer 10.4 AUB 2012)

Der Versicherungsschutz erfährt während der Ableistung von Freiwilligem Wehrdienst, Bundesfreiwilligendienst, sozialem oder ökologischem Jahr oder der Teilnahme an militärischen Reserveübungen keine Beeinträchtigung.

59. Einschluss von Infektionen mit und ohne Unfall (IMMUN-KLAUSEL)

- 1 Erweiterter Versicherungsfall:
 - a) Es gilt auch die erstmalige Infizierung mit einem Erreger der Infektionen Borreliose, Brutzellose, Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis), Fleckfieber, Frühsommermeningitis (FSME)/ Zeckenzephalitis, Gelbfieber, Genickstarre, Keuchhusten, Lepra, Malaria, Masern, Pest, Pocken, Scharlach, Schlaf-/Tsetse-Krankheit, Tularämie (Hasenpest), Typhus und Paratyphus oder Windpocken als ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis).
 - b) Mitversichert ist auch die erstmalige Infektion durch einen der vorgenannten Erreger trotz vorheriger Schutzimpfung.
 - c) Schutzimpfungen gelten als erstmalige Infektion, soweit gegen die in Ziffer 1. a) dieser Bedingungen genannten Infektionen geimpft wird und die Schutzimpfung gesetzlich vorgeschrieben oder angeordnet oder von einer zuständigen Behörde empfohlen und in ihrem Bereich vorgenommen oder sonst ärztlich empfohlen und durchgeführt wird und dabei ein Impfschaden eintritt. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung.
2. Leistungsumfang:
 - a) Wir erbringen eine Leistung nach diesen Bestimmungen für alle versicherten Leistungen gemäß Ziffer 2 AUB 2012, soweit Versicherungssummen für diese Leistungsarten vereinbart wurden.

Die Leistung ist für jede versicherte Person auf die vereinbarte Versicherungssumme, höchstens jedoch 500.000 Euro für den Todesfall und 500.000 Euro für den Invaliditätsfall (Höchstersatzleistung bei 100 Prozent Invalidität) beschränkt.

Bestehen bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, gilt der vorgenannte Höchstbetrag insgesamt für alle Unfallversicherungen. Auf andere vereinbarte Leistungsarten finden diese Bedingungen keine Anwendung.
 - b) Ergänzend zu Ziffer 2.1 und Ziffer 3 AUB 2012 und zu Ziffer 2 a) dieser Bedingungen gilt:

Die Invaliditätsleistung erfolgt nach dem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des

Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 50 Prozent beträgt.

3. Beginn des Versicherungsschutzes:

a) Der Versicherungsschutz beginnt nach Ziffer (1) und (2) dieser Bedingungen nach Ablauf einer Wartezeit von einem Monat. Die Wartezeit beginnt, sobald die erste Prämie gezahlt ist, jedoch frühestens zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eintreten, besteht keine Leistungspflicht.

b) Für während der Vertragsdauer geborene Kinder entfällt die Wartezeit; der Versicherungsschutz beginnt ab Vollendung der Geburt.

Der Zusammenhang zwischen der erstmaligen Infektion durch die unter Ziffer 1. a) dieser Bedingungen genannten Erreger und einer Invalidität ist durch einen ärztlichen Bericht, der sich objektiv am Stand medizinischer Erkenntnisse orientiert und entsprechende Laborbefunde enthält, nachzuweisen.

Der Versicherer ist abweichend von Ziffer 7.1 AUB 2012 unverzüglich zu unterrichten, nachdem die erstmalige Infektion durch einen Arzt festgestellt wurde.

60. Umbaukosten

Hat der Unfall zu einer Querschnittslähmung, der Amputation eines Beines, mindestens unterhalb des Knies oder zur Pflegebedürftigkeit der Stufe II geführt, erbringen wir innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall die unter Ziffer 1 aufgeführten behindertengerechten Umbaukosten bis in Höhe der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme für alle notwendigen behindertengerechten Umbauten insgesamt.

Die Leistungen werden nur bei entsprechendem Nachweis fällig. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten gelten gemacht werden.

1 Voraussetzungen für die Leistungen:

Die versicherte Person erleidet einen Unfall gemäß Ziffer 1 AUB 2012, welcher zu einer der folgenden Verletzungsfolgen führt:

- Querschnittslähmung
- Amputation eines Beines, mindestens unterhalb des Knies
- Pflegebedürftigkeit der Stufe II oder III
- Schwerverletzungen, zu denen ein fachärztliches Gutachten Leistungen gemäß Ziffer 2 a) oder 2 b) AUB 2012 für erforderlich hält.

2 Art und Höhe der Leistung:

- a) Wir übernehmen innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall Kosten für den behindertengerechten Umbau einer von der versicherten Person in Deutschland ständig bewohnten Wohnung bzw. Ein- oder Zweifamilienhauses.
- b) Wir übernehmen innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall Kosten für den behindertengerechten Umbau eines auf die versicherte Person in Deutschland zugelassenen und von ihr benutzten Personenkraftwagens.
- c) Wir übernehmen Kosten für die sachverständige Beratung und Planung im Vorfeld der Leistungen zu a) oder b).

d) Für die Leistungen zu a), b) und c) leisten wir bis zu einer Höhe von insgesamt 50.000 Euro.

e) Die Leistungen werden nur bei entsprechendem Nachweis fällig. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

f) Soweit die Leistungen nicht vor Auftragsvergabe mit der Helvetia abgestimmt werden, behalten wir uns vor, nur Kosten für solche Leistungen zu übernehmen, die durch ein fachärztliches Gutachten als behindertengerecht bewertet werden.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, so können die vereinbarten Kosten für behindertengerechte Umbauten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

61. Serviceleistungen (BB Unfall Service 2012)

In Abänderung zu den Besonderen Bedingungen für Serviceleistungen (BB Unfall Service 2012) gilt eine Versicherungssumme von 50.000 Euro.

Bestehen für den Versicherten bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, gilt der vorgenannte Höchstbetrag insgesamt für alle Unfallversicherungen.

Ausschluss der Dynamik:

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Prämie nicht teil.

62. Reha-Manager

In Abänderung zu den Besonderen Bedingungen für den Reha-Manager haben Sie Anspruch auf Beratungsleistungen von 50 Stunden oder 7.000 Euro.

Bestehen für den Versicherten bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, gilt der vorgenannte Höchstbetrag insgesamt für alle Unfallversicherungen.

Ausschluss der Dynamik:

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Prämie nicht teil.

63. Besserstellung gegenüber den Empfehlungen des Arbeitskreises Beratungsprozesse

Die Helvetia Versicherungen garantieren, dass die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden AUB 2012 und Besonderen Bedingungen Komfortschutz (BB-Komfort) zur Unfallversicherung ausschließlich zum Vorteil der Versicherungsnehmer von den Empfehlungen des Arbeitskreises Beratungsprozesse – Stand Februar 2010 – abweichen.

64. Update-Garantie

Werden die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden AUB 2012 und Besonderen Bedingungen Komfortschutz (BB-Komfort 2012) zur Unfallversicherung ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers und ohne Mehrprämie geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die im Versicherungsantrag enthaltenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG, Berliner Str.56-58, 60311 Frankfurt am Main, schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht Stand: 01.01.2008	P19SHUK-0801
---	---------------------

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles

- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichten fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflichten, des Rücktritts, der Kündigung, der rückwirkenden Vertragsänderung, der Anfechtung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte sowohl die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.