

Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2008)

Stand: 01.04.2009

AUB 2008-03

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 September 2007 - abweicht.

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?.....	13
§ 1 Was ist versichert?.....	2	§ 17 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?.....	13
§ 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?.....	2	§ 18 Welches Recht findet Anwendung?.....	14
2.1 Invaliditätsleistung.....	2		
2.2 Rente.....	2	Besondere Bedingungen - sofern vereinbart	14
2.3 Partner- und Waisen-Rente.....	3	1. Besondere Bedingungen für Serviceleistungen in der Unfallversicherung (BB Unfall Service 2008).....	14
2.4 Übergangsleistung.....	3	2. Besondere Bedingungen für den Einschluss von Gesundheitsschädigungen durch Röntgen- und Laserstrahlen in die Unfallversicherung.....	14
2.5 Tagegeld.....	3	3. Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung (BB Infektionen).....	14
2.6 Krankenhaus-Tagegeld.....	3	4. Besondere Bedingungen für Luftfahrtunfälle.....	15
2.7 Genesungsgeld.....	3	5. Besondere Bedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung (BB Gruppen UV 2008).....	15
2.8 Todesfalleistung.....	3	6. Besondere Bedingungen für die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle (BB Außerberufliche Unfälle 2008).....	16
2.9 Kurbeihilfe.....	4	7. Besondere Bedingungen für die Gruppenunfallversicherung nach Lohn- und Gehaltssumme.....	16
2.10 Kosten für kosmetische Operationen.....	4	8. Besondere Bedingungen für die Bauhelfer-Unfallversicherung.....	16
2.11 Heilkosten.....	4	9. Besondere Bedingungen für die Figuranten-Unfallversicherung.....	17
2.12 Familien- Assistance „FamilyPlus“.....	4	10. Besondere Bedingungen für die Kindergarten-Unfallversicherung.....	17
2.13 Kinder Assistance „JuniorPlus“.....	7	11. Besondere Bedingungen für die Dienstreise-Unfallversicherung.....	17
§ 3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?.....	9	12. Besondere Bedingungen für die Sportboot-Insassen-Unfallversicherung.....	17
§ 4 Welche Personen sind nicht versicherbar?.....	9	13. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (BB Progression 2008 - 225 Prozent).....	18
§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?.....	9	14. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (BB Progression 2008 - 350 Prozent).....	18
§ 6 Was müssen Sie bei vereinbartem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?.....	10	15. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (BB Progression 2008 - 500 Prozent).....	18
		16. Besondere Bedingungen für die Invaliditätsversicherung Relax Plus KLASSIK.....	18
Der Leistungsfall	10	17. Besondere Bedingungen für die Invaliditätsversicherung Relax Plus PREMIUM.....	19
§ 7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?.....	10	18. Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für Heilberufe (BB Heilberufe 2008).....	19
§ 8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?.....	10	19. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Prämie (BB Zuwachsleistung 2008, Modell 1).....	19
§ 9 Wann sind die Leistungen fällig?.....	10	20. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Prämie (BB Zuwachsleistung 2008, Modell 3).....	19
Die Versicherungsdauer	11		
§ 10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?.....	11		
Die Versicherungsprämie	11		
§ 11 Was müssen Sie bei der Prämienzahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?.....	11		
Weitere Bestimmungen	12		
§ 12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?.....	12		
§ 13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?.....	12		
§ 14 Gestrichen.....	13		
§ 15 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?.....	13		

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.
- 1.4** Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
- ein Gelenk verrenkt wird oder
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.
- 1.5** Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (§ 3), nicht versicherbare Personen (§ 4) sowie die Ausschlüsse (§ 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 fünfzehn 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 zahlen wir als Kapitalbetrag.
- 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 abschliesslich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
Hand	55 %

Daumen	20 %
Zeigefinger	10 %
anderer Finger	5 %

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

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

Geschmackssinn	5 %
----------------	-----

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 zusammengenommen. Mehr als 100 % 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, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

- sofern vereinbart -

2.2 Rente

Wir leisten eine Unfall-Rente entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.4 und § 3 AUB 2008 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent geführt. Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln, besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Rentenleistung unberücksichtigt.

2.2.2 Höhe der Leistung:

Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die Unfall-Rente in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Die vereinbarte Rente wird für Männer jährlich prämienfrei um 1,5% erhöht. Diese Erhöhung erfolgt jeweils zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung:

2.2.3.1 Die Unfallrente zahlen wir rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, monatlich im Voraus.

Sie können auch vor Feststellung des endgültigen Invaliditätsgrades bereits dann einen Rentenanspruch geltend machen, wenn über vorläufige Gutachten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht, dass die Leistungsvoraussetzungen gegeben sind.

2.2.3.2 Die Unfall-Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem die versicherte Person stirbt oder wir Ihnen mitteilen, dass eine nach § 9 Ziffer 9.4 AUB 2008 vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist. Sollte die endgültige Festsetzung dann einen Invaliditätsgrad von weniger als 50% ergeben, besteht für uns kein Rückforderungsrecht auf die bisher erbrachten Rentenzahlungen.

- sofern vereinbart –

2.3 Partner- und Waisen-Rente

Wir leisten eine Unfall-Rente entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Verstirbt die rentenberechtigte versicherte Person gleichgültig aus welcher Ursache - so wird die Unfall-Rente ab dem folgenden Monat in eine Partner- und Waisen-Rente gemäß den nachfolgenden Bestimmungen umgewandelt.

2.3.2 Höhe, Beginn und Dauer der Leistung:

Die Partner-Rente beträgt 60 Prozent der Unfall-Rente. Die Rente wird monatlich im Voraus bis zum Ablauf des Monats gezahlt, in dem die begünstigte Person verstirbt. Begünstigte Person ist der erbberechtigte Ehegatte/Partner des Versicherten, sofern vor dem Unfall kein namentliches Bezugsrecht verfügt wurde. Nicht als bezugsberechtigt eingesetzt werden können Kinder, mehrere Personen gleichzeitig sowie juristische Personen.

Die Waisen-Rente beträgt 20 Prozent der Unfall-Rente für jedes erbberechtigte Kind des Versicherten, insgesamt jedoch höchstens 40 Prozent der Unfall-Rente. Die Waisen-Rente wird monatlich im Voraus bis zum Ablauf des Monats gezahlt, in dem das jeweilige Kind das 18. Lebensjahr vollendet. Verstirbt der Bezieher der Partner-Rente bevor die Kinder das 18. Lebensjahr vollendet haben, so erhöht sich die Waisen-Rente ab dem folgenden Monat von 20 Prozent auf 40 Prozent, insgesamt höchstens 100 Prozent der Unfall-Rente.

- sofern vereinbart –

2.4 Übergangsleistung

2.4.1 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 % 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.

2.4.2 Art und Höhe der Leistung:

Die Übergangsleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

- sofern vereinbart –

2.5 Tagegeld

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

2.5.2 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 –

2.6 Krankenhaus-Tagegeld

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.

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

2.6.2 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.

- sofern vereinbart –

2.7 Genesungsgeld

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld nach Ziffer 2.6.

2.7.2 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 –

2.8 Todesfalleistung

2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres gestorben. Auf die besonderen Pflichten nach

§ 7 Ziffer 7.5 weisen wir hin.

2.8.2 Höhe der Leistung:

Die Todesfalleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

- sofern vereinbart –

2.9 Kurbeihilfe

Wir bieten entsprechend der nachfolgenden Regelung Versicherungsschutz bei Kuraufenthalten.

2.9.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.9.1.1 Die versicherte Person hat nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von § 1 AUB 2008 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.

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

2.9.2 Höhe der Leistung:

Die Kurbeihilfe wird in Höhe der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme einmal je Unfall gezahlt. Dabei wird § 3 AUB 2008 berücksichtigt.

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

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 Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung

Wir leisten Ersatz für Kosten unfallbedingter kosmetischer Operationen.

2.10.1.1 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.

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

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

2.10.2 Art und Höhe der Leistungen:

2.10.2.1 Wir leisten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme Ersatz für nachgewiesene Arzthonorare und sonstige Operationskosten, notwendige Kosten für Un-

terbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus, sowie Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von Schneide- und Eckzähnen entstanden sind.

2.10.3 Ausschluss der Dynamik

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

- sofern vereinbart –

2.11 Heilkosten

Wir leisten Heilkosten entsprechend nachfolgenden Bedingungen:

2.11.1 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, Verbandszeug, notwendige Krankentransporte, stationäre Behandlung und Verpflegung sowie für Röntgenaufnahmen.

2.11.2 Nicht übernommen werden die Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen wird.

2.11.2.1 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 zurückerstatte. Bei Wegfall einer Einzel- Krankheitskostenversicherung haben Sie vom nächsten Monatsersten an die volle Unfallheilkostenprämie zu zahlen und erwerben damit Anspruch auf die vollen Leistungen.

2.11.2.2 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.

2.12 Familien- Assistance „FamilyPlus“

Wir erbringen auf der Grundlage der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen AUB 2008 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 Assistancelösungen für Erwachsene umgewandelt und stehen automatisch der zweiten versicherten Erwachsenenperson zur Verfügung. Gleichzeitig verlängert sich der Anspruch auf Kostenübernahme der einzelnen Erwachsenen- Hilfeleistungen von 12 auf 26 Wochen je Schadenfall und Erwachsenen- Person.

2.12.1 Voraussetzungen der Leistungen:

Die versicherte Person oder das versicherte Kind hat einen Unfall im Sinne von § 1 der AUB 2008 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.

2.12.2 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.

2.12.3 Art der Leistungen:

2.12.3.1 Erwachsenen- Assistance „FamilyPlus“ - 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 2.12.3.2) im jeweils vereinbarten und beschriebenen Umfang.

Die nachfolgend benannten Hilfeleistungen werden durch einen von der Helvetia beauftragten Dienstleister erbracht. Die entsprechenden Kosten werden vom Versicherer 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,- EUR.

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,- EUR 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,- EUR 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,- EUR pro Woche. Je nach Verfügbarkeit erfolgt eine tägliche oder wöchentliche Anlieferung.

Unterbringung von Haustieren

Wir übernehmen die Organisation und Kosten bis zu 150,- EUR 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.

2.12.3.2 Kinder- Assistance „FamilyPlus“ - bei Unfall der versicherten Aufsichtsperson

Die versicherte Person (Aufsichtsperson) hat einen Unfall im Sinne von § 1 der AUB 2008 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 Versicherer 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,- EUR pro Woche.

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,-EUR 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,- EUR 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,- EUR 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,- EUR je 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)

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,- EUR pro Woche.

2.12.3.3 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,-EUR.

Begleitung und Fahrdienst zu Ärzten sowie zu Krankengymnastik und Therapien

Wir übernehmen die Organisation und Kosten eines Begleitservices und eines Fahrdienstes zu Ärzten, zur Kran-

kengymnastik und zu Therapien für das versicherte Kind bis zu 100,- EUR 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,- EUR 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)

oder

Pflegefamilien

Wir übernehmen - sofern notwendig - die Vermittlung, Organisation und Kosten, wenn das versicherte Kind in einer Pflegefamilie untergebracht werden muss bis 153,- EUR 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 EUR 56,- 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,- EUR 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

2.12.3.4 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 2008 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 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.

2.13 Kinder- Assistance „JuniorPlus“

Wir erbringen auf der Grundlage der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen AUB 2008 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 „JuniorPlus“ und werden automatisch in Assistenceleistungen 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 Schadenfall und Person.

2.13.1 Voraussetzungen der Leistungen:

Das versicherte Kind hat einen Unfall im Sinne von § 1 der AUB 2008 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 „JuniorPlus“ ab dem Unfalltag, spätestens jedoch nach Abschluss der ärztlichen Akut- bzw. Anschlussheilbehandlung.

2.13.2 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.

2.13.3 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,-EUR.

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,- EUR 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,- EUR pro Woche.

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

oder

Pflegefamilien

Wir übernehmen - sofern notwendig - die Vermittlung, Organisation und Kosten, wenn das versicherte Kind in einer Pflegefamilie untergebracht werden muss bis 153,- EUR 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 EUR 56,- 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,- EUR 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

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 2008 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 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.

§ 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 %, 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 § 1 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 10. 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, 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 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. Pflichtwehrdienst, Zivildienst oder militärische Reserveübungen 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.

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 not-

wendigen 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 48 Stunden 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 § 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 Versicherungsfalles 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 % der versicherten Summe,
- bei Übergangsleistung bis zu 1 % der versicherten Summe,
- bei Tagegeld bis zu einem Tagesgeldsatz,
- 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 % 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 oder einmalige Prämie unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von § 11 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 des jeweiligen Versicherungsjahres 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 kann der Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres gekündigt werden; die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres 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 einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode,

de, 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.

Die Versicherungsprämie

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

11.1 Prämie und Versicherungsteuer

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

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erste oder einmalige Prämie

11.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die erste oder einmalige Prämie wird unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.

Ist die Zahlung der Jahresprämie in Raten vereinbart, gilt als erste Prämie nur die erste Rate der ersten Jahresprämie.

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Zahlen Sie die erste oder einmalige 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 oder einmalige 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 (Mahnggebühr) in Höhe von 5,- EUR 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.

Konnte 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 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung

Ist die Zahlung der Jahresprämie in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate in Verzug sind.

Ferner können wir für die Zukunft jährliche Prämienzahlung verlangen.

11.6 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.

11.7 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:

11.7.1 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.

11.7.2 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 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 Mit-

teilung 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% 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 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 zuständig 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 - sofern vereinbart

1. Besondere Bedingungen für Serviceleistungen in der Unfallversicherung (BB Unfall Service 2008)

Ergänzend zu § 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008) erbringen wir folgende Leistungen:

1. Art der Leistungen:

1.1 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.

1.2 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.

1.3 Wir ersetzen die Kosten für den medizinisch notwendigen sowie ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik.

1.4 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.

1.5 Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.

1.6 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:

2.1 Die Höhe der Leistungen ist insgesamt auf den im Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt.

2.2 Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Prämie nicht teil.

2.3 Bestehen für den Versicherten bei der Helvetia mehrere Unfallversicherungen, gilt der im Versicherungsschein benannte Höchstbetrag insgesamt für alle Unfallversicherungen.

2. 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 Strah-

lenschäden erweitert:

1. Abweichend von § 5 Ziffer 5.2.2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008) 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.

3. 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 Entbindungspflegerinnen
- 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 § 5 Ziffer 5.2.4 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008) 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 § 2 Ziffer 2.1.1.1 AUB 2008 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 2008) 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 § 2 Ziffer 2.1.1.1 AUB 2008 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.

4. 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 2008) versicherten Luftgefahren je versicherte Person nach den vereinbarten Versicherungssummen, höchstens jedoch nach folgenden Versicherungssummen:

Höchstversicherungssummen je versicherte Person:

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

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

Benutzen mehrere durch diesen Gruppen-Unfallversicherungsvertrag versicherte Personen dasselbe Flugzeug und überschreiten die Versicherungssummen aus dem Vertrag für diese Personen insgesamt die Versicherungssummen von

EUR 10.000.000,-	für den Todesfall
EUR 20.000.000,-	für den Invaliditätsfall (Höchstersatzleistung bei 100% Invalidität)
EUR 2.500,-	für Tagegeld

EUR 2.500,-	für Krankenhaustagegeld/ Genesungsgeld
EUR 100.000,-	für Heilkosten
EUR 500.000,-	für Übergangsleistung
EUR 100.000,-	für Kosten für kosmetische Operationen
EUR 100.000,-	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.

5. Besondere Bedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung (BB Gruppen UV 2008)

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

1 Versicherungen ohne Namensangabe

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 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.

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 Namensangabe

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.

2.4 Wir haben das Recht, die Versicherung des Einzelnen nach Risikoprüfung abzulehnen. Lehnen wir ab, erlischt der Versicherungsschutz einen Monat nach Abgabe unse-

rer Erklärung.

- 2.5** 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 § 10 AUB 2008)

- 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 der laufenden Versicherungsperiode, 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 Gruppen- Unfallversicherungsvertrag versicherte Personen durch ein in unmittelbarem zeitlichen und räumlichen Zusammenhang stehendes Ereignis verletzt oder getötet, so gelten € 10.000.000 als gemeinsame Höchstversicherungssumme für alle betroffenen versicherten Personen zusammen. Die für die Einzelperson vereinbarten Versicherungssummen ermäßigen sich im entsprechenden Verhältnis.

6. Besondere Bedingungen für die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle (BB Außerberufliche Unfälle 2008)

Auf der Grundlage der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2008) bieten wir Versicherungsschutz für außerberufliche Unfälle. § 6 Ziffer 6.2 AUB 2008 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 Dienstatfälle 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 Bedingun-

gen 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.

7. 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-, Verheirateten-, 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 Brutto- 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.

8. 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 2008) 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.

9. 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 2008) nur die Unfälle, die die jeweiligen Figuranten, 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 Schutzbekleidung trägt. Diese Schutzbekleidung 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 Schutzbekleidung trägt. Ein solcher Unfall gilt also nicht als Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen gilt die Tätigkeit während der Ausbildung von Kampfhunden.

10. 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 Person erlischt, wenn sie aus dem versicherten Personenkreis ausscheiden.

5. Die Versicherung umfasst im Rahmen der Allgemeinen Unfall-Versicherungs-Bedingungen (AUB 2008) 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.

11. 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.

12. Besondere Bedingungen für die Sportboot-Insassen- Unfallversicherung

1. Wir leisten im Rahmen der Allgemeinen Unfall-Versicherungs-Bedingungen (AUB 2008) 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 Schadenfall 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 § 5 Ziffer 5.1.5 AUB 2008 besteht kein Versiche-

rungsschutz 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.

13. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (BB Progression 2008 - 225 Prozent)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach § 2 Ziffer 2.1 und § 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008) ermittelt.

§ 2 Ziffer 2.1 AUB 2008 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	

14. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (BB Progression 2008 - 350 Prozent)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach § 2 Ziffer 2.1 und § 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008) ermittelt.

§ 2 Ziffer 2.1 AUB 2008 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	

15. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (BB Progression 2008 - 500 Prozent)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach § 2 Ziffer 2.1 und § 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008) ermittelt.

§ 2 Ziffer 2.1 AUB 2008 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	

16. Besondere Bedingungen für die Invaliditätsversicherung Relax Plus KLASSIK

Sie haben mit uns die Invaliditätsversicherung Relax Plus KLASSIK vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach § 2 Ziffer 2.1 und § 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008) ermittelt.

§ 2 Ziffer 2.1 AUB 2008 wird wie folgt ergänzt:

Voraussetzung für eine Leistung ist ein Invaliditätsgrad von mindestens 50%. Wir zahlen dann aus der im Versiche-

rungsschein oder in Nachträgen festgelegten Invaliditätssumme die sich nach dem Grad der Invalidität ergebende Entschädigungsleistung.

17. Besondere Bedingungen für die Invaliditätsversicherung Relax Plus PREMIUM

Sie haben mit uns die Invaliditätsversicherung Relax Plus PREMIUM vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach § 2 Ziffer 2.1 und § 3 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2008) ermittelt.

§ 2 Ziffer 2.1 AUB 2008 wird wie folgt ergänzt:

Voraussetzung für eine Leistung ist ein Invaliditätsgrad von mindestens 50%. Wir zahlen dann die im Versicherungsschein oder in Nachträgen festgelegte Invaliditätssumme in voller Höhe.

18. Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für Heilberufe (BB Heilberufe 2008)

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

1. Abweichend von § 2 Ziffer 2.1.2.2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2008) 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.

19. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Prämie (BB Zuwachsleistung 2008, 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.

20. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Prämie (BB Zuwachsleistung 2008, 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.

Inhaltsverzeichnis

1. Unfallereignis.....	1	31. Kurbeihilfe.....	5
2. Unfreiwilligkeit.....	1	32. Umschulungsmaßnahmen.....	5
3. Maniküre, Pediküre, Entfernen von Hühneraugen und Hornhaut.....	1	33. Medizinische Hilfsmittel (§ 2 AUB 2008).....	5
4. Tauchtypische Gesundheitsschäden.....	1	34. Schulausfallgeld für Nachhilfeunterricht.....	5
5. Kosten für Dekompressionskammer.....	1	35. Kosten für kosmetische Operationen.....	5
6. Räuberischer Überfall.....	2	36. Mitwirkungsanteil.....	6
7. Kraftanstrengungen.....	2	37. Fortführungsoption bei dauernd pflegebedürftigen Personen.....	6
8. Infektionen durch Tierbisse / Insektenstiche.....	2	38. Bewusstseinsstörungen.....	6
9. Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 75 Prozent.....	2	39. Herzinfarkt, Schlaganfall.....	6
10. Sofortleistung bei Schwerverletzungen.....	2	40. Bewusstseinsstörungen durch Medikamente.....	6
11. Invaliditäts-Anmeldefrist.....	2	41. Unfalltod durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen.....	6
12. Gliedertaxe.....	3	42. Straftaten.....	6
13. Verbesserte Übergangsleistung.....	3	43. Passives Kriegsrisiko für den Überraschungsfall.....	6
14. Sofortleistung für Übergangsleistung bei Schwerverletzungen.....	3	44. Innere Unruhen.....	6
15. Pflichtgefühl, Heilmaßnahmen.....	3	45. Fahrtveranstaltungen.....	6
16. Tagegeld, Krankenhaustagegeld und Heilkosten.....	3	46. Strahlenunfälle.....	6
17. Krankenhaustagegeld bis zum 5. Unfalljahr.....	3	47. Infektionen.....	6
18. Leistung bei unfallbedingten ambulanten Operationen.....	3	48. Nahrungsmittelvergiftungen.....	6
19. Krankenhaustagegeld im Ausland.....	3	49. Psychische und nervöse Störungen.....	7
20. Fahrradunfall bei Kindern und Erwachsenen.....	3	50. Prämienerrhöhung.....	7
21. Komageld.....	3	51. Geringfügigkeit.....	7
22. Gemischte Institute.....	4	52. Verdienstausschlag.....	7
23. Verbessertes Genesungsgeld.....	4	53. Anzeigefrist für den Todesfall.....	7
24. Genesungsgeldanspruch.....	4	54. Anzeigepflicht.....	7
25. Doppelte Todesfallleistung.....	4	55. Ärztliche Gebühren.....	7
26. Krankentage-Pflegegeld.....	4	56. Laufendes Heilverfahren.....	7
27. Kosten für eine Haushaltshilfe oder Kindermädchen.....	4	57. Vorsorgeversicherung für Neugeborene.....	7
28. Reha- Beihilfe.....	4	58. Prämienbefreiung bei Arbeitslosigkeit.....	7
29. Unfälle durch Entführungen oder Geiselnahme.....	4	59. Wehrdienst / Zivildienst.....	8
30. Rooming-in-Leistung.....	5	60. Einschluss von Infektionen mit und ohne Unfall (IMMUN-KLAUSEL).....	8

1. Unfallereignis (§ 1 Ziff. 1.3 AUB 2008)

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 (§ 1 Ziff. 1.3 AUB 2008)

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

3. Maniküre, Pediküre, Entfernen von Hühneraugen und Hornhaut (§1 Ziff. 1.3 AUB 2008)

Versichert sind auch Gesundheitsschäden durch Maniküre

und Pediküre sowie das Entfernen von Hühneraugen oder Hornhaut. Dadurch entstandene Gesundheitsschäden werden abweichend von § 5 Ziffer 5.2.3 AUB 2008 nicht als Eingriff oder Heilmaßnahme gewertet.

4. Tauchtypische Gesundheitsschäden (§ 1 Ziff. 1.3 AUB 2008)

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit 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 (§ 1 Ziff. 1.3 AUB 2008)

Hat der Versicherte während eines Tauchvorganges eine tauchtypische Gesundheitsschädigung erlitten, werden bei einer unfallbedingten Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) Typ I und II einschließlic 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 Helvetia 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 (§ 1 Ziff. 1.3 AUB 2008)

Wurde die versicherte Person Opfer eines Überfalls, so ersetzen wir bei einer notwendigen psychologischen Soforthilfe die Kosten für die ersten 10 Sitzungen.

7. Kraftanstrengungen (§ 1 Ziff. 1.4 AUB 2008)

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 nach § 5 Ziffer 5.2.1 AUB 2008 vorgesehenen Regelung.

8. Infektionen durch Tierbisse / Insektenstiche (§ 1 und § 5 Ziff. 5.2.4 AUB 2008)

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.

9. Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 75 Prozent (§ 2 Ziff. 2.1 AUB 2008)

Führt ein Unfall, der sich vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten ereignet, nach den Bemessungsgrundsätzen des § 2 Ziffer 2.1 und § 3 AUB 2008 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,- EUR beschränkt. Laufen für die versicherte Person bei der Helvetia 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.

10. Sofortleistung bei Schwerverletzungen (§ 2 Ziff. 2.1.1.1 AUB 2008)

1. Abhängig von der Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für Invalidität (siehe § 2 Ziffer 2.1.1.2 und § 2 Ziffer 2.1.2.3) 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
 - gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
 - Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
Fraktur eines langen Röhrenknochens,
Fraktur des Beckens,
Fraktur der Wirbelsäule,
gewebezerstörender 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.

2. Das Vorliegen einer schweren Verletzung (Voraussetzung der Leistungspflicht nach § 2 Ziffer 2.1.1) ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Haben Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, findet § 3 AUB 2008 entsprechende Anwendung. Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalles. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltage an gerechnet.

3. Die Leistung beträgt 10 Prozent der vereinbarten Grundsomme für Invalidität, höchstens jedoch EUR 10.000,- für jede versicherte Person.

4. Bestehen für den Versicherten bei der Helvetia 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.

5. 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.

11. Invaliditäts-Anmeldefrist (§ 2 Ziff. 2.1.1.1 AUB 2008)

Die Frist zur Anmeldung der Invalidität wird auf 36 Monate,

vom Unfalltag an gerechnet, erweitert.

12. Gliedertaxe (§ 2 Ziff. 2.1.2.2 AUB 2008)

Die in den AUB 2008 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*

* 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 (§ 2 Ziff. 2.4.1 AUB 2008)

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 § 2 Ziffer 2.2 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 (§ 2 Ziff. 2.4.1 AUB 2008)

Die im Vertrag vereinbarte Versicherungssumme für die Übergangsleistung wird bei den unter Ziffer 10 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 10 genannten Verletzungen/Verletzungsfolgen bestehen. (Es gelten weiterhin aus Ziffer 10 die Abs. 2, 4 und 5.)

15. Pflichtgefühl, Heilmaßnahmen (§ 2 Ziff. 2.5.1 AUB 2008)

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 (§ 2 Ziff. 2.5, 2.6 und 2.11 AUB 2008)

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 2008 festgelegte Höchstdauer insgesamt.

17. Krankenhaustagegeld bis zum 5. Unfalljahr (§ 2 Ziff. 2.6.1 und 2.6.2 AUB 2008)

Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird innerhalb von 5 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt, längstens jedoch für 1000 Tage insgesamt.

18. Leistung bei unfallbedingten ambulanten Operationen (§ 2 Ziff. 2.6.1 und 2.6.2 AUB 2008)

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 3 Tage gezahlt.

19. Krankenhaustagegeld im Ausland (§ 2 Ziff. 2.6.1 und 2.6.2 AUB 2008)

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

20. Fahrradunfall bei Kindern und Erwachsenen (§ 2 Ziff. 2.1 AUB 2008)

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 (§ 2 AUB 2008)

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 der Helvetia 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 (§ 2 Ziff. 2.6.1 AUB 2008)

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 (§ 2 Ziff. 2.7.1 und 2.7.2 AUB 2008)

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 (§ 2 Ziff. 2.7.1 und 2.7.2 AUB 2008)

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

25. Doppelte Todesfalleistung (§ 2 Ziff. 2.8.1 AUB 2008)

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 EUR 75.000,-.

26. Krankentage-Pflegegeld (§ 2 AUB 2008)

Ist die versicherte Person nach einem Unfall im Sinne des § 1 AUB 2008 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 EUR 25,- gezahlt, längstens jedoch bis zu 24 Monaten nach Eintritt des Unfallereignisses.

Bestehen für den Versicherten bei der Helvetia 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 (§ 2 AUB 2008)

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.

1. Die Kostenübernahme erfolgt bis zu EUR 50,- je Tag des vollstationären Aufenthaltes, höchstens insgesamt EUR 2.500,- 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 der Helvetia 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. Reha- Beihilfe (§ 2 AUB 2008)

Der Versicherte erhält nach einem Unfall für eine stationär durchgeführte, mindestens dreiwöchige Reha -Maßnahme eine Beihilfe in Höhe von 1.000,- Euro.

Bestehen für den Versicherten bei der Helvetia 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.

29. Unfälle durch Entführungen oder Geiselnahme (§ 2 AUB 2008)

In Ergänzung der AUB 2008 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 2008 und auf sonstige Gesundheitsschädigungen, die eintreten, weil die versicherte Person körperlichen Gewaltwirkungen ausgesetzt ist.

Als Gesundheitsschädigung im Sinne der AUB 2008 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.

30. Rooming-in-Leistung (§ 2 AUB 2008)

Befindet sich ein im Rahmen des Vertrages versichertes Kind, welches das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, nach einem Unfall im Sinne des § 1 AUB 2008 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 EUR 25,-
ab der 11. Übernachtung EUR 12,-

längstens jedoch bis zu 200 Übernachtungen.

31. Kurbeihilfe (§ 2 AUB 2008)

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 2008 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.

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

Höhe der Leistung:

Die Beihilfe beträgt EUR 6.000,- je versicherte Person. Bestehen für den Versicherten bei der Helvetia 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. Umschulungsmaßnahmen (§ 2 AUB 2008)

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 der Helvetia 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. Medizinische Hilfsmittel (§ 2 AUB 2008)

Ist die versicherte Person nach einem Unfall im Sinne des § 1 AUB 2008 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 EUR 6.000,- 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 der Helvetia 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.

34. Schulausfallgeld für Nachhilfeunterricht (§ 2 AUB 2008)

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 das 100 fache des vereinbarten Krankenhaustagegeldsatzes begrenzt.

35. Kosten für kosmetische Operationen (§ 2 AUB 2008)

Der Versicherungsschutz erstreckt sich pro versicherte Person auf EUR 15.000,- für kosmetische Operationen.

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.

Art und Höhe der Leistungen:

Wir leisten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme 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 Eckzähnen entstanden sind.

Bestehen für den Versicherten bei der Helvetia 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.

36. Mitwirkungsanteil (§ 3 AUB 2008)

Die Leistung wird nur dann gekürzt, wenn der Anteil der Krankheit oder des Gebrechens mindestens 40 Prozent beträgt.

37. Fortführungsoption bei dauernd pflegebedürftigen Personen (§ 4 AUB 2008)

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 § 4 AUB 2008 vorgesehenen Regelung. Der Versicherungsschutz endet, ohne dass es einer besonderen Kündigung bedarf, mit Ende des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte das 70. Lebensjahr vollendet.

38. Bewusstseinsstörungen (§ 5 Ziff. 5.1.1 AUB 2008)

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

39. Herzinfarkt, Schlaganfall (§ 5 Ziff. 5.1.1 AUB 2008)

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

40. Bewusstseinsstörungen durch Medikamente (§ 5 Ziff. 5.1.1 AUB 2008)

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

41. Unfalltod durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen (§ 5 Ziff. 5.1.1 AUB 2008)

Für die versicherte Todesfallsumme werden die Ausschlussbestimmungen des § 5 Ziffer 5.1.1 AUB 2008 bis zu einem Betrag von EUR 5.000,- 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.

42. Straftaten (§ 5 Ziff. 5.1.2 AUB 2008)

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

43. Passives Kriegsrisiko für den Überraschungsfall (§ 5 Ziff. 5.1.3 AUB 2008)

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 (§ 5 Ziff. 5.1.3 AUB 2008)

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 (§ 5 Ziff. 5.1.5 AUB 2008)

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

46. Strahlenunfälle (§ 5 Ziff. 5.2.2 AUB 2008)

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

47. Infektionen (§ 5 Ziff. 5.2.4 bis 5.2.4.2 AUB 2008)

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, Anniesen 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.

48. Nahrungsmittelvergiftungen (§ 5 Ziff. 5.2.5 AUB 2008)

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.

49. Psychische und nervöse Störungen (§ 5 Ziff. 5.2.6 AUB 2008)

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.

50. Prämienhöhung (§ 6 Ziff. 6.2.2 AUB 2008)

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

51. Geringfügigkeit (§ 7 Ziff. 7.1 AUB 2008)

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. Verdienstausfall (§ 7 Ziff. 7.3 AUB 2008)

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

53. Anzeigefrist für den Todesfall (§ 7 Ziff. 7.5 AUB 2008)

Die Anzeigefrist für den Todesfall wird auf eine Woche verlängert. Der Versicherer wird sich auch beim Überschreiten dieser Frist nicht auf eine Obliegenheitsverletzung berufen, wenn er noch - wie bei einer fristgerechten Anzeige - rechtzeitig Entscheidungen im Sinne der Obliegenheit treffen kann.

54. Anzeigepflicht (§ 7 Ziff. 7.5 AUB 2008)

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

55. Ärztliche Gebühren (§ 9 Ziff. 9.1 AUB 2008)

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

56. Laufendes Heilverfahren (§ 9 Ziff. 9.3 AUB 2008)

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

57. Vorsorgeversicherung für Neugeborene (§ 10 Ziff. 10.1 AUB 2008)

Für neugeborene gemeinsame Kinder des Versicherungsnehmers und des Ehe-/Lebenspartners besteht ab Vollendung der Geburt ausschließlich im Rahmen der AUB 2008 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 EUR 75.000,- aus allen bei der Helvetia 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.

58. 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.

59. Wehrdienst/ Zivildienst (§ 10 Ziff. 10.4 AUB 2008)

Der Versicherungsschutz erfährt während der Ableistung von Pflichtwehrdienst oder Zivildienst sowie der Teilnahme an militärischen Reserveübungen keine Beeinträchtigung.

60. 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/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 § 2 AUB 2008, soweit Versicherungssummen für diese Leistungsarten vereinbart wurden.

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

Bestehen bei der Helvetia mehrere Unfallversicherungen, gilt der vorgenannte Höchstbetrag insgesamt für alle Unfallversicherungen. Auf andere vereinbarte Leistungsarten finden diese Bedingungen keine Anwendung.

- b) Ergänzend zu § 2 Ziffer 2.1 und § 3 AUB 2008 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 40% 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 § 7 Ziffer 7.1 AUB 2008 unverzüglich zu unterrichten, nachdem die erstmalige Infektion durch einen Arzt festgestellt wurde.