

Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2017) Komfortschutz Stand: 01.01.2022

PL-AUBk-1710

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Unfälle passieren im Haushalt, im Beruf und in der Freizeit. Dann hilft Ihre Unfallversicherung. Egal, wo und wann sich der Unfall ereignet.

Grundlage für den Vertrag sind diese Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2017) Komfortschutz und – wenn mit Ihnen vereinbart – weitere Bedingungen. Zusammen mit dem Antrag und dem Versicherungsschein legen diese den Inhalt Ihrer Unfallversicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente.

Bitte lesen Sie die vereinbarten Bedingungen daher vollständig und gründlich durch und bewahren Sie diese sorgfältig auf. So können Sie auch später, besonders nach einem Unfall, alles Wichtige noch einmal nachlesen.

Wenn ein Unfall passiert ist, benachrichtigen Sie uns bitte möglichst schnell. Wir klären dann mit Ihnen das weitere Vorgehen.

Auch wir als Versicherer kommen nicht ohne Fachbegriffe aus. Diese sind nicht immer leicht verständlich. Wir möchten aber, dass Sie Ihre Versicherung gut verstehen. Deshalb erklären wir bestimmte Fachbegriffe oder erläutern Sie durch Beispiele. Wenn wir Beispiele verwenden, sind diese nicht abschließend.

Wer ist Wer?

- Sie sind unser Versicherungsnehmer und damit unser Vertragspartner.
- Versicherte Person ist jeder, für den Sie Versicherungsschutz mit uns vereinbart haben. Das können Sie selbst und andere Personen sein.

Inhaltsverzeichnis

Der Versicherungsumfang			
1 Was ist versichert?	3	2.14 Zusatzleistungen	11
1.1 Grundsatz	3	2.15 Einschluss von Infektion mit und ohne Unfall (IMMUN-KLAUSEL)	13
1.2 Geltungsbereich	3	2.16 Umbaukosten	14
1.3 Unfallbegriff	3	2.17 Unfälle durch Entführungen oder Geiselnahme	14
1.4 Erweiterter Unfallbegriff	3	3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder gebrechen zusammentreffen?	15
1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht	3	3.1 Krankheiten und Gebrechen	15
2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden bzw. sind generell vereinbart? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?	4	3.2 Mitwirkung	15
2.1 Invaliditätsleistung	4	4 Gestrichen	15
2.2 Unfallrente	6	5 Was ist nicht versichert?	15
2.3 Partner- und Waisenrente	6	5.1 Ausgeschlossene Unfälle	15
2.4 Helvetia TopCare	6	5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden	16
2.5 Übergangsleistung, verbesserte Übergangsleistung, Sofortleistungen für Übergangsleistungen bei Schwerverletzungen	6	6 Was müssen Sie bei einem Kindertarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?	17
2.6 Tagegeld	7	6.1 Umstellung des Kindertarifs	17
2.7 Krankenhaustagegeld	7	6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung	17
2.8 Genesungsgeld	8	Der Leistungsfall	
2.9 Todesfallleistung	8	7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	17
2.10 Kurbeihilfe	8	8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	18
2.11 Kosten für kosmetische Operationen	9	9 Wann sind die Leistungen fällig?	18
2.12 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze	9	9.1 Erklärung über die Leistungspflicht	18
2.13 Reha-Manager	9	9.2 Fälligkeit der Leistung	18
		9.3 Vorschüsse	18

9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads	19	Besondere Bedingungen – generell vereinbart –	
Die Versicherungsdauer		Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung für Heilberufe, Chemiker und Desinfektoren (BB Infektionen)	24
10 Wann beginnt und endet der Vertrag?	19	Besondere Bedingungen für Luftfahrtunfälle	25
10.1 Beginn des Versicherungsschutzes	19	Besserstellung gegenüber den GDV-Musterbedingungen	25
10.2 Dauer und Ende des Vertrages	19	Besserstellung gegenüber den Empfehlungen des Arbeitskreises Beratungsprozesse	25
10.3 Kündigung nach Versicherungsfall	19	Update-Garantie	25
10.4 Versicherungsjahr	19		
10.5 Vorsorgeversicherung für Neugeborene, Adoptivkinder und Ehe-/Lebenspartner bei Heirat	19	Besondere Bedingungen – sofern vereinbart –	
10.6 Prämienbefreiung bei Arbeitslosigkeit	20	Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (BB Progression 2017 - 225 Prozent)	26
Die Versicherungsprämie		Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (BB Progression 2017 - 350 Prozent)	26
11 Was müssen Sie bei der Prämienzahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?	20	Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (BB Progression 2017 - 500 Prozent)	26
11.1 Prämie und Versicherungssteuer	20	Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für Heilberufe (BB Heilberufe 2017)	27
11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/ Erste Prämie	21	Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Prämie (BB Zuwachsleistung 2017, Modell 1)	27
11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/ Folgeprämie	21	Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Prämie (BB Zuwachsleistung 2017, Modell 3)	27
11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat	21	Besondere Bedingungen für den Baustein Family-Schutz	27
11.5 Prämie bei vorzeitiger Vertragsbeendigung	21	Besondere Bedingungen für den Baustein ARAG JuraTel	29
11.6 Prämienbefreiung bei der Versicherung von Kindern	21	Besondere Bedingungen für die Konditionsdifferenzdeckung	30
Weitere Bestimmungen		Besondere Bedingungen für die Gruppenunfallversicherung (BB Gruppen UV 2017)	30
12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	21	Besondere Bedingungen für die Gruppenunfallversicherung nach Lohn- und Gehaltssumme	31
12.1 Fremdversicherung	21	Besondere Bedingungen für die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle (BB Außerberufliche Unfälle 2017)	31
12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller	22	Besondere Bedingungen für die Bauhelfer-Unfallversicherung	32
12.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen	22	Besondere Bedingungen für die Figuranten-Unfallversicherung	32
13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	22	Besondere Bedingungen für die Kindergarten-Unfallversicherung	32
13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht	22	Besondere Bedingungen für die Dienstreise-Unfallversicherung	33
13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung	22	Besondere Bedingungen für die Wassersportinsassen-Unfallversicherung	33
13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte	23		
13.4 Anfechtung	23		
13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes	23		
14 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?	23		
15 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?	23		
15.1 Gesetzliche Verjährung	23		
15.2 Aussetzung der Verjährung	24		
16 Welches Gericht ist zuständig?	24		
17 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?	244		
18 Welches Recht findet Anwendung?	24		

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

1.2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr.

1.3 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

- ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis)
- unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

1.3.1 In Erweiterung zu Ziffer 1.3 sind unfreiwillig erlittene Gesundheitsschädigungen durch die allmähliche Einwirkung von Gasen, Dämpfen, Dünsten, Staubwolken, Säuren oder ähnliches mitversichert. Ausgeschlossen bleiben jedoch Berufs- und Gewerkrankheiten.

1.3.2 Unfälle aus dem Bemühen und der rechtmäßigen Verteidigung zur Rettung von Menschen, Sachen und Tieren gelten als unfreiwillig erlitten und sind in der Unfallversicherung gemäß Ziffer 1.3 eingeschlossen.

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

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

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

Hat der Versicherte während eines Tauchvorganges eine tauchtypische Gesundheitsschädigung erlitten, werden bei einer unfallbedingten Dekompressionskrankheit (Caisson-Krankheit) Typ I und II einschließlich einer notwendigen Druckkammerbehandlung die hierfür notwendigen Therapiekosten bis 75.000 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 grob fahrlässig missachtet wurden.

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

Ausschluss der Dynamik

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

1.3.6 Wurde die versicherte Person Opfer eines Überfalls oder eines schweren Unfalls gemäß Ziffer 2.14.1, so ersetzen wir bei einer notwendigen psychologischen Soforthilfe die Kosten für die ersten 15 Sitzungen. Diese Leistung erbringen wir auch, wenn eine andere in diesem Vertrag mitversicherte Person bei einem Unfalltod verstirbt.

1.4 Erweiterter Unfallbegriff

1.4.1 Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.

Beispiel: Die versicherte Person stützt einen schweren Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.

- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.
Beispiel: Die versicherte Person zerrt sich bei einem Klimmzug die Muskulatur am Unterarm.
- sonstige Verrenkungen, Zerrungen und Zerreißen an Gliedmaßen und Wirbelsäule sowie Leistenbruch zuzieht.

Menisken und Bandscheiben sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder noch Kapseln. Deshalb werden sie von dieser Regelung nicht erfasst.

Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung, deren Muskeleinsatz über die normalen Handlungen des täglichen Lebens hinausgeht. Maßgeblich für die Beurteilung des Muskeleinsatzes sind die individuellen körperlichen Verhältnisse der versicherten Person.

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

1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflichten

Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen können wir keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen.

Bitte beachten Sie hierzu die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 3) und zu den Ausschlüssen (Ziffer 5).

2 Welche Leistungsarten sind versichert bzw. können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

Im Folgenden beschreiben wir verschiedene Arten von Leistungen und deren Voraussetzungen.

Es gelten immer nur die Leistungsarten und Versicherungssummen, die Sie mit uns vereinbart haben, und die in Ihrem Versicherungsschein und dessen Nachträgen genannt sind.

– sofern vereinbart –

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten. Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
 - dauerhaft
- beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

- sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und
- eine Änderung dieses Zustands nicht zu erwarten ist.

Beispiel: Eine Beeinträchtigung ist nicht dauerhaft, wenn die versicherte Person einen Knochenbruch erleidet, der innerhalb eines Jahres folgenlos ausheilt.

2.1.1.2 20plus

Die versicherte Person hat eine Invalidität von mindestens 20 Prozent erlitten. Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
 - dauerhaft
- zu mindestens 20 Prozent beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

- sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und
- eine Änderung dieses Zustands nicht zu erwarten ist.

Beispiel: Eine Beeinträchtigung ist nicht dauerhaft, wenn die versicherte Person einen Knochenbruch erleidet, der innerhalb eines Jahres folgenlos ausheilt.

2.1.1.3 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall

- eingetreten und
- eine Änderung dieses Zustands ist nicht zu erwarten.

Die Invalidität ist innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall

- von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

Ist eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

2.1.1.4 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen. Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

Beispiel: Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

2.1.1.5 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

In diesem Fall zahlen wir eine Todesfalleistung (Ziffer 2.9), sofern diese vereinbart ist.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

Beispiel: Bei einer Versicherungssumme von 100.000 Euro und einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 20 Prozent zahlen wir 20.000 Euro.

2.1.2.1.2 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. Die Regelungen 2.1.1.1 und 2.1.1.2 finden entsprechende Anwendung.

2.1.2.1.3 Erleidet eine der versicherten Personen einen Reitunfall, bei dem sie nachweislich einen handelsüblichen Reit- bzw. Schutzhelm getragen hat, erhöht sich bei Kopfverletzungen die versicherte Grundsumme für die Invaliditätsleistung um 10 Prozent. Die Regelungen 2.1.1.1 und 2.1.1.2 finden entsprechende Anwendung.

2.1.2.1.4 Führt ein Unfall, der sich vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten ereignet, zu einem nach Ziffern 2.1.1 und 2.1.2.2 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 75 Prozent, so erbringen wir die doppelte Invaliditätsleistung.

Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 150.000 Euro beschränkt.

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

Die vorstehenden Bestimmungen gemäß Ziffern 2.1.2.1.2 bis 2.1.2.1.4 finden keine Anwendung bei

Versicherten, zu deren Invaliditätsversicherung die Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (alle Modelle) vereinbart gelten.

2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

- nach der Gliedertaxe (Ziffer 2.1.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (Ziffer 2.1.2.2.2).

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für die späteren Bemessungen der Invalidität (Ziffer 9.4).

2.1.2.2.1 Gliedertaxe

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder Sinnesorgane gelten ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade.

Arm	80 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	75 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	75 %
Hand	70 %
Daumen	30 %
Zeigefinger	20 %
andere Finger	15 %
sämtliche Finger einer Hand, höchstens	70 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	75 %
Bein bis unterhalb des Knies	65 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	60 %
Fuß	60 %
große Zehe	15 %
andere Zehe	8 %
Auge	60 %
beide Augen	100 %
ein Auge, sofern die Sehkraft des anderen Auges bei Eintritt des Unfalls bereits verloren war	80 %
Gehör auf einem Ohr	40 %
Gehör auf beiden Ohren	70 %
Gehör auf einem Ohr, sofern das Gehör des anderen Ohres bei Eintritt des Unfalls bereits verloren war	60 %
Geruchssinn	20 %
Geschmackssinn	10 %
Stimme	100 %*
Niere	25 %
beide Nieren	100 %
eine Niere, sofern die andere Niere bei Eintritt des Unfalls bereits vollständig Funktionsunfähig war	50 %
Milz	10 %
Milz bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres	20 %
Gallenblase	10 %

Magen	20 %
Lungenflügel	50 %

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

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil der genannten Invaliditätsgrade.

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 80 Prozent. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 8 Prozent (= ein Zehntel von 80 Prozent).

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

Für andere Körperteile oder Sinnesorgane richtet sich der Invaliditätsgrad danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt dauerhaft beeinträchtigt ist. Maßstab ist eine durchschnittliche Person gleichen Alters und Geschlechts.

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 bemessen.

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad 80 Prozent. War dieser Arm schon vor dem Unfall um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 8 Prozent (=ein Zehntel von 80 Prozent). Diese 8 Prozent Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 72 Prozent.

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

Durch einen Unfall können mehrere Körperteile oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein. Dann werden die Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengerechnet.

Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.

Beispiel: Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig (80 Prozent) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (40 Prozent). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 120 Prozent ergibt, ist die Invalidität auf 100 Prozent begrenzt.

2.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

Stirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, zahlen wir eine Invaliditätsleistung unter folgenden Voraussetzungen:

- Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall verstorben (Ziffer 2.1.1.5), und

- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1.1 sind erfüllt.

Wir leisten nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

– sofern vereinbart –

2.2 Unfallrente

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 Prozent.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1 und 2.1.2.2. Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Ziffer 2.1.2.3.

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 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.2.3.1 Wir zahlen die Unfallrente

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, und danach
- monatlich im Voraus.

2.2.3.2 Wir zahlen die Unfallrente bis zum Ende des Monats, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziffer 9.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

Wir sind berechtigt, zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn Sie uns die Bescheinigung nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

2.2.4 Ausschluss der Dynamik

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

– sofern vereinbart –

2.3 Partner- und Waisenrente

Wir leisten eine Partner- und Waisenrente entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

2.3.2 Höhe, Beginn und Dauer der Leistung

Die Partnerrente beträgt 60 Prozent der Unfallrente. 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 Waisenrente beträgt 20 Prozent der Unfallrente für jedes erbberechtigte Kind des Versicherten, insgesamt jedoch höchstens 40 Prozent der Unfallrente. Die Waisenrente wird monatlich im Voraus bis zum Ablauf des Monats gezahlt, in dem das jeweilige Kind das 18. Lebensjahr vollendet. Verstirbt der Bezieher der Partnerrente bevor die Kinder das 18. Lebensjahr vollendet haben, so erhöht sich die Waisenrente ab dem folgenden Monat von 20 Prozent auf 40 Prozent, insgesamt höchstens 100 Prozent der Unfallrente.

2.3.3 Ausschluss der Dynamik

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

– sofern vereinbart –

2.4 Helvetia TopCare

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 Prozent.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1 und 2.1.2.2. Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Ziffer 2.1.2.3.

Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln, besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Helvetia TopCare Leistung unberücksichtigt.

2.4.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Helvetia TopCare Leistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

– sofern vereinbart –

2.5 Übergangsleistung, verbesserte Übergangsleistung und Sofortleistung für Übergangsleistungen bei Schwerverletzungen

2.5.1 Übergangsleistung

2.5.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- zu mindestens 50 Prozent in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Beeinträchtigung dauert vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen mehr als 6 Monate an.

Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von 9 Monaten nach dem Unfall bei uns durch ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mehr als 6 Monaten ausgehen. Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben. *Beispiel: Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.*

2.5.1.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Übergangsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.5.2 Verbesserte Übergangsleistung

2.5.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- zu mindestens 100 Prozent in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Beeinträchtigung dauert vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen mehr als 3 Monate an.

Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von 4 Monaten nach dem Unfall bei uns durch ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mehr als 3 Monaten ausgehen. Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben. *Beispiel: Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.*

2.5.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die verbesserte Übergangsleistung zur Hälfte der vereinbarten Versicherungssumme nach Ziffer 2.5.1.2. Dieser Betrag wird auf einen Anspruch der Übergangsleistung nach Ziffer 2.5.1 angerechnet.

2.5.3 Sofortleistungen für Übergangsleistungen bei Schwerverletzungen

2.5.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Übergangsleistung wird bei den unter Ziffer 2.14.1 aufgeführten unfallbedingten schweren Verletzungen/ Verletzungsfolgen sofort fällig, sofern nicht der Tod innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall eintritt.

2.5.3.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Sofortleistungen für Übergangsleistungen bei Schwerverletzungen in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme nach Ziffer 2.5.1.2.

Die versicherte Übergangsleistung wird insgesamt nur einmal fällig, auch wenn mehrere der unter Ziffer 2.14.1 genannten Verletzungen/ Verletzungs-

folgen bestehen. (Es gelten weiterhin die Bestimmungen aus Ziffer 2.14.2 und 2.14.3).

– sofern vereinbart –

2.6 Tagegeld

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

2.6.2 Höhe und Dauer der Leistung

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit.

Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich

- nach der Fähigkeit der versicherten Person, ihrem bis zu dem Unfall ausgeübten Beruf weiter nachzugehen.
- nach der allgemeinen Fähigkeit der versicherten Person, Arbeit zu leisten, wenn sie zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig war.

Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft.

Beispiel: Bei einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 100 Prozent zahlen wir das vereinbarte Tagegeld in voller Höhe. Bei einem ärztlich festgestellten Grad der Beeinträchtigung von 50 Prozent zahlen wir die Hälfte des Tagegelds.

Wir zahlen das Tagegeld für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr ab dem Tag des Unfalls.

Tagegeld wird 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 2017 Komfortschutz festgelegte Höchstdauer insgesamt.

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.

– sofern vereinbart –

2.7 Krankenhaustagegeld

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder

- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation und ist deswegen für mindestens 3 Tage ununterbrochen und vollständig in der Ausübung ihres Berufs beeinträchtigt. War die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig, kommt es auf die allgemeine Fähigkeit an, Arbeit zu leisten.

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

Ausnahme:

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 Notfall-einweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten ist.

2.7.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für 2000 Tage ab dem Tag des Unfalls.
- für 4 Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen.

Krankenhaustagegeld wird 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 2017 Komfortschutz festgelegte Höchstdauer insgesamt.

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

– sofern vereinbart –

2.8 Genesungsgeld

2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.7.

2.8.2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 500 Tage und zwar

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

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

– sofern vereinbart –

2.9 Todesfalleistung

2.9.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall. Bitte beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.5.

Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes (VerschG) rechtswirksam für tot erklärt wurde.

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

2.9.2 Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.9.3 Doppelte Todesfalleistung

Werden beide versicherten Elternteile durch ein Unfallereignis tödlich verletzt und hat mindestens eines der bezugsberechtigten Kinder das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, kommt die doppelt vereinbarte Todesfallsumme zur Auszahlung, höchstens jedoch eine Gesamtleistung von 250.000 Euro.

– generell vereinbart –

2.10 Kurbeihilfe

2.10.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 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.

2.10.2 Höhe der Leistung

Die Kurbeihilfe wird in Höhe von 10.000 Euro einmal je Unfall gezahlt.

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

2.10.3 Ausschluss der Dynamik

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

– generell vereinbart –

2.11 Kosten für kosmetische Operationen

2.11.1 Voraussetzungen für die Leistungen

Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbilds zu beheben.

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

2.11.2 Art und Höhe der Leistungen

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten
- Zahnarzt- und Zahnlaborkosten insgesamt bis zu 30.000 Euro.

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

2.11.3 Ausschluss der Dynamik

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

– generell vereinbart –

2.12 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze

2.12.1 Voraussetzungen für die Leistungen

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten

- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder
- für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik entstanden.
- Wir informieren Sie über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellen auf Wunsch eine Verbindung zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her.
- Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen und medizinisch notwendig oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.

- Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.
- Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
- Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

Einem Unfall steht gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

2.12.2 Art und Höhe der Leistungen

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zu einer Höhe von 75.000 Euro.

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

2.12.3 Ausschluss der Dynamik

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

– generell vereinbart –

2.13 Reha-Manager

2.13.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat einen Unfall mit einer Gesundheitsschädigung erlitten, die voraussichtlich zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 20 Prozent oder zu einer vollstationären Heilbehandlung (Krankenhausaufenthalt) von 10 Tagen führt (Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1, Ziffer 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 und Ziffer 3 AUB 2017 Komfortschutz gegeben).

Vereinbarte progressive Invaliditätsstufen, besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Hilfeleistung durch den Reha-Manager unberücksichtigt.

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

2.13.2 Umfang, Dauer und Häufigkeit der Leistung

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

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

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

2.13.3 Höhe der Leistungen

Sie haben Anspruch auf Beratungsleistungen von 50 Stunden oder 7.000 Euro.

Die Kosten für Heil- und Reha-Maßnahmen nach Ziffer 2.13.4 werden bis zu einer Höhe von 100.000 Euro von uns übernommen. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger (Dritte, Krankenkasse oder anderen Leistungsträger) eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

2.13.4 Art der Leistungen

Persönliche Betreuung

Nach dem Unfall wird unser Berater mit der versicherten Person zeitnah nach der Unfallmeldung bei uns einen Termin für einen Besuch vereinbaren. Bei diesem Erstbesuch wird unser Berater entsprechend der individuellen Bedürfnisse ein individuelles Konzept zur Verbesserung der Situation der versicherten Person bzw. deren Wiedereingliederung erstellen. Im Rahmen des persönlichen Besuches, der zu Hause, im Krankenhaus oder in der Reha-Einrichtung durchgeführt wird, wird mit der verletzten versicherten Person – unter Einbeziehung der Angehörigen und der behandelnden Ärzte bzw. Therapeuten – die medizinische Rehabilitation abgestimmt. Es werden Möglichkeiten zur Optimierung angeboten und unter Einbindung der Ärzte die Verlegung in eine geeignete Fachklinik zur Weiterbehandlung oder die anschließende Aufnahme in eine geeignete Rehabilitationsklinik vermittelt.

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

Unsere Berater bieten ferner eine Unterstützung bei den Anträgen an die Sozialversicherungsträger an.

Sollte als Unfallfolge eine Pflegebedürftigkeit bestehen, unterstützen wir die versicherte Person bei der Antragstellung für die gesetzliche oder private Pflegeversicherung.

Medizinische Reha-Beratung

Nach dem Unfall nimmt unser Berater Kontakt zu den behandelnden Ärzten und weiteren in die Heilbehandlung eingebundenen Personen auf, um die medizinische Situation der versicherten Person klären zu können. Zur Beurteilung der medizinischen Lage wird eine Stellungnahme erarbeitet, die mit Empfehlungen für das weitere Vorgehen verbunden ist. Hier wird besonders geprüft, ob die Notwendigkeit einer besonderen Heilbehandlung besteht. Da-

bei kommt der Maßstab von § 34 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB) zur Anwendung.

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

Hilfsmittelversorgung

Unser Berater klärt den Bedarf an Hilfsmitteln und entwickelt mit der versicherten Person, den Ärzten und Therapeuten ein Versorgungskonzept, das mit den zuständigen Kostenträgern abgestimmt wird. Mit diesen wird auch die Kostenübernahme abgestimmt.

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

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

Pflegeberatung

Bereits im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahmen werden wir mit der verletzten versicherten Person, deren Ärzten, Therapeuten und Angehörigen die optimale Pflege zu Hause oder in geeigneten Einrichtungen abstimmen.

Auch in der häuslichen Umgebung unterstützen wir die versicherte Person bei entsprechenden Fragestellungen. Wir unterstützen die versicherte Person bei der Auswahl des Pflegedienstes oder der Pflegepersonen.

Berufliche Reha-Beratung

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

Im Rahmen der Betreuung bieten wir der versicherten Person unsere aktive Unterstützung bei der Suche nach Stellenangeboten bzw. einem neuen Arbeitsplatz an, einschließlich individuellen Bewerbungstrainings.

Bei Eignung wird eine selbstständige Tätigkeit der versicherten Person, insbesondere durch eine kontinuierliche Begleitung während der Einarbeitungs- und Umschulungsphase, gefördert.

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

Wohnungsberatung

Ist infolge des Unfalls eine dauernde Nutzung der bisherigen Wohnung bzw. des Eigentums nicht mög-

lich oder sind Nutzungseinschränkungen zu erwarten, so berät unser Berater bei der Umgestaltung der Wohnung bzw. des Eigentums oder unterstützt bei der Suche eines behindertengerechten Objektes.

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

Mobilitätssicherung

Bei Bedarf berät unser Berater über Maßnahmen zur Wiederherstellung oder zum Erhalt der Mobilität und über Umbaumaßnahmen des Autos der versicherten Person.

Ist die versicherte Person infolge der Art und Schwere des unfallbedingten Gesundheitsschadens dauerhaft auf die Benutzung eines behindertengerechten Autos angewiesen, übernehmen wir entsprechend der Empfehlung unseres Beraters die Kosten für die behindertengerechte Gestaltung des eigenen Autos, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Leistungsträger besteht.

Diese vorgenannten Kosten erstatten wir Ihnen auch, wenn Sie sich alternativ ein vergleichbares behindertengerechtes Ersatzfahrzeug anschaffen.

Ist die versicherte Person infolge der Art und Schwere des unfallbedingten Gesundheitsschadens zwar nicht dauerhaft auf die Benutzung eines behindertengerechten Autos angewiesen, ist sie aber infolge der Art und Schwere des unfallbedingten Gesundheitsschadens vorübergehend auf ein behindertengerechtes Auto angewiesen oder zumindest nicht in der Lage, das eigene Auto zu nutzen, stellen wir entsprechend der Empfehlung unseres Beraters eine geeignete Alternative zur Verfügung, soweit kein Anspruch gegen einen anderen öffentlichen oder privaten Leistungsträger besteht.

2.13.5 Ausschluss der Dynamik

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

– generell vereinbart –

2.14 Zusatzleistungen

2.14.1 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

2.14.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der Versicherer erbringt nach einem Unfall im Sinne von Ziffer 1 gemäß den nachstehenden Bestimmungen eine Sofortleistung bei folgenden schweren Verletzungen:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- Amputation des ganzen Fußes oder der ganzen Hand
- Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche
- Schädel-Hirn-Verletzung mit nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung

- Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen: bei Sehbehinderung Sehschärfe nicht mehr als 1/20.
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen (auch von zwei Organen oder zwei Knochen - nicht jedoch von Elle und Speiche desselben Armes oder von Schien- und Wadenbein desselben Beines):
 - Bruch eines Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- oder Unterschenkelknochens,
 - Wirbelkörperbruch,
 - Beckenbruch,
 - Gewebezestörender Schaden an Herz, Lunge, Leber, Milz oder Niere.

Das Vorliegen einer schweren Verletzung (Voraussetzung der Leistungspflicht nach Ziffer 2.1.1 ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen.

Haben Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, findet Ziffer 3 entsprechende Anwendung. Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalles. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet.

2.14.1.2 Art, Höhe und Dauer der Leistung

Die Leistung beträgt 10.000 Euro für jede versicherte Person.

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

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.

2.14.1.3 Ausschluss der Dynamik

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

2.14.2 Komageld

2.14.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person fällt infolge eines Unfalls in ein Koma (auch künstliches).

2.14.2.2 Art, Höhe und Dauer der Leistung

Für die Zeit dieses Zustands werden ab dem 8. Tag wöchentlich 250 Euro gezahlt, längstens bis zu 12 Wochen.

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

2.14.2.3 Ausschluss der Dynamik

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

2.14.3 Krankentage-Pflegegeld

2.14.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist nach einem Unfall im Sinne der Ziffer 1 und nach Abschluss aller medizinisch notwendigen Heilbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen dauernd nach Pflegegrad 3 bis 5 des Pflegeversicherungsgesetzes (Pflege VG-SGB XI) pflegebedürftig.

2.14.3.2 Art, Dauer und Höhe der Leistung

Es wird für jeden Kalendertag, an welchem eine weitere häusliche Pflege erforderlich ist, ein Krankentage-Pflegegeld in Höhe von 25 Euro gezahlt, längstens jedoch bis zu 24 Monaten nach Eintritt des Unfallereignisses.

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

2.14.3.3 Ausschluss der Dynamik

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

2.14.4 Kosten für eine Haushaltshilfe oder Kindermädchen

2.14.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

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.

Die vollstationäre Heilbehandlung aufgrund des Unfallereignisses ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

2.14.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Die Kostenübernahme erfolgt bis zu 75 Euro je Tag des vollstationären Aufenthaltes, höchstens insgesamt 7.500 Euro je Unfallereignis.

Bestehen für den Versicherten bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können Kosten für eine Haushaltshilfe oder Kindermädchen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden; gleiches gilt bei versicherten Ehegatten.

2.14.4.4 Ausschluss der Dynamik

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

2.14.5 Rooming-in - Leistung

2.14.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

2.14.5.2 Höhe und Dauer der Leistung

Die Höhe der Leistung beträgt:

von der 1. bis 10. Übernachtung	30 Euro
ab der 11. Übernachtung	12 Euro

längstens jedoch bis zu 200 Übernachtungen.

2.14.6 Umschulungsmaßnahmen

2.14.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

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 erstattet.

Die Leistungen werden nur bei entsprechendem Nachweis fällig.

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.

2.14.6.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten die Kosten bis zu 10.000 Euro.

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

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

2.14.6.3 Ausschluss der Dynamik

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

2.14.7 Medizinische Hilfsmittel

2.14.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist nach einem Unfall im Sinne der Ziffer 1 und nach Abschluss aller stationären notwendigen Heilbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen weiterhin laut ärztlichem Attest mindestens nach Pflegegrad 2 oder 3 gemäß dem Pflegeversicherungsgesetz (PflegeVG, SGB XI) pflegebedürftig, gilt Folgendes:

Werden Arm- und/ oder Beinprothesen, Geh- und Stützapparate, Rollstühle oder Krankenfahrstühle als medizinisches Hilfsmittel ärztlich verordnet, erfolgt hierzu eine Kostenbeteiligung für alle medizinischen Hilfsmittel insgesamt, welche innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfallereignis beantragt wurden.

Die Leistungen werden nur bei entsprechendem Nachweis fällig.

2.14.7.2 Art und Höhe der Leistung

Wir übernehmen Kosten bis zu 10 Prozent der versicherten Grundsumme für Invalidität, höchstens jedoch 15.000 Euro.

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

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

2.14.7.3 Ausschluss der Dynamik

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

2.14.8 Schulausfallgeld für Nachhilfeunterricht

2.14.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

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.

2.14.8.2 Höhe und Dauer der Leistung

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

2.14.9 Vergiftungen

Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre).

Beispiel: Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen oder Vergiftungen, die infolge versehentlicher Einnahme von schädlichen Stoffen entstehen, die irrtümlich für Nahrungsmittel gehalten worden sind.

2.14.10 Leistung für nicht versicherte Lebensretter

2.14.10.1 Voraussetzungen für die Leistung

Für nicht versicherte Personen besteht Versicherungsschutz, sofern bei der Rettung einer versicherten Person ersteren ein Unfall im Sinne von Ziffer 1.3.2 AUB 2017 Komfortschutz zustoßt.

2.14.10.2 Art und Höhe der Leistung

Die Versicherungssumme beträgt für den Lebensretter im

Todesfall	5.000 Euro
Invalidität (ohne Progression)	25.000 Euro

und steht separat zur Verfügung.

Vertragsgrundlage bilden die AUB 2017 Komfortschutz sowie dem Vertrag der versicherten Person zugrundeliegenden Besonderen Bedingungen.

2.14.10.3 Ausschluss der Dynamik

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

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

2.15.1 Voraussetzungen für die Leistung

a) Es gilt auch die erstmalige Infizierung mit einem Erreger der Infektionen Borreliose, Brucellose, Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, Echinokokkose, epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis), Fleckfieber, Frühsommermeningitis (FSME)/ Zeckenzephalitis, Gelbfieber, Gürtelrose, Keuchhusten, Lepra, Malaria, Masern, Mumps, Pest, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken, Röteln, Scharlach, Schlaf-/Tsetse-Krankheit, Tuberkulose, 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 2.15.1. a) 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.

2.15.2 Art, Höhe und Dauer der Leistung

a) Wir erbringen eine Leistung nach diesen Bestimmungen für alle versicherten Leistungen gemäß Ziffer 2, soweit Versicherungssummen für diese Leistungsarten vereinbart wurden.

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

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

b) Ergänzend zu den Ziffern 2.15.1, 2.15.2 a) und 2.15.3 gilt:

Die Invaliditätsleistung erfolgt nach dem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschä-

digung oder deren Folgen mitgewirkt, wird der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 50 Prozent beträgt.

2.15.3 Beginn des Versicherungsschutzes

a) Der Versicherungsschutz beginnt nach Ziffern 2.15.1 und 2.15.2 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 2.15.1 a) genannten Erreger und einer Invalidität ist durch einen ärztlichen Bericht, der sich objektiv am Stand medizinischer Erkenntnisse orientiert und entsprechende Laborbefunde enthält, nachzuweisen.

2.16 Umbaukosten

2.16.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

- Querschnittslähmung
- Amputation eines Beines, mindestens unterhalb des Knies
- Pflegebedürftigkeit der Stufe II oder III
- Schwerstverletzungen, zu denen ein fachärztliches Gutachten Leistungen gemäß Ziffern 2.16.2 a) oder 2.16.2 b) für erforderlich hält.

2.16.2 Art und Höhe der Leistung

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

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

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

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

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

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 können die vereinbarten Kosten für behindertengerechte Umbauten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.17 Unfälle durch Entführungen oder Geiselnahmen

In Ergänzung zu Ziffer 1 erstreckt sich der Versicherungsschutz auf alle Unfälle infolge eines verbrecherischen Anschlags, der sich gegen die versicherte Person richtet. Mitversichert sind Unfälle infolge von Entführungen oder Geiselnahmen.

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 und auf sonstige Gesundheitsschädigungen, die eintreten, weil die versicherte Person körperlichen Gewalteinwirkungen ausgesetzt ist.

Als Gesundheitsschädigung im Sinne der AUB 2017 Komfortschutz 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.

3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

3.1 Krankheiten und Gebrechen

Wir leisten ausschließlich für Unfallfolgen. Dies sind Gesundheitsschädigungen und ihre Folgen, die durch das Unfallereignis verursacht wurden.

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

Beispiel: Krankheiten sind z. B. Diabetes oder Gelenkerkrankungen; Gebrechen sind z. B. Fehlstellungen der Wirbelsäule, angeborene Sehnenverkürzung

3.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

3.2.1 Entsprechend dem Umfang, in dem Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil), mindert sich

- bei den Leistungsarten Invaliditätsleistung, Helvetia TopCare und Unfallrente der Prozentsatz des Invaliditätsgrads.
- bei der Todesfalleistung und, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, bei den anderen Leistungsarten die Leistung selbst.

Beispiel: Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10 Prozent. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 50 Prozent mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 5 Prozent.

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

-sofern vereinbart-

3.2.3 Verzicht auf Kürzung wegen Mitwirkung nach Ziffer von Krankheiten und Gebrechen

Abweichend von Ziffer 3.2.1 der AUB Komfortschutz wird keine Leistungskürzung bei der Mitwirkung von unfallunabhängigen Krankheiten oder Gebrechen vorgenommen.

4 Gestrichen

5 Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen sowie durch Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist.

Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:

- eine gesundheitliche Beeinträchtigung,

- die Einnahme von Medikamenten,
- Alkoholkonsum,
- Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen.

Beispiele:

Die versicherte Person

- stürzt infolge einer Kreislaufstörung die Treppe hinunter.
- kommt unter Alkoholeinfluss mit dem Fahrzeug von der Straße ab (mehr als 1,3 Promille Blutalkohol).
- balanciert aufgrund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab.

Ausnahmen:

- Mitversichert sind Unfälle der versicherten Person aufgrund Bewusstseinsstörungen durch
 - Übermüdung (Schlaftrunkenheit),
 - Einschlafen oder Trunkenheit (beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkohol unter 1,3 Promille liegt),
 - Herzinfarkt,
 - Schlaganfälle,
 - epileptische Anfälle,
 - Einnahme ärztlich verordneter Medikamente.

- Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall wurde durch ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 verursacht. Beispiel: Die versicherte Person hatte während der Vertragslaufzeit einen Unfall mit einer Hirnschädigung. Ein neuer Unfall ereignet sich durch einen Krampfanfall, der auf die alte Hirnschädigung zurückzuführen ist. Wir zahlen für die Folgen des neuen Unfalls.

- Für die versicherte Todesfallsumme werden die Ausschlussbestimmungen der Ziffer 5.1.1 bis zu einem Betrag von 5.000 Euro nicht angewendet. Diese Erweiterung gilt nicht für Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Trunkenheit ab einem Blutalkohol von 1,3 Promille beim Lenken von Kraftfahrzeugen verursacht wurden.

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

Ausnahme

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

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

Ausnahme:

Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen.

Befindet sich der Versicherte vorübergehend im Ausland und wird er dort von einem Kriegsereignis überrascht, so besteht Versicherungsschutz für max. 21 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.
- 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.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Diese Ausnahme gilt nicht

- bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht,
- für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg,
- für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

5.1.4 Unfälle der versicherten Person

- als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt,
Beispiel: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger
- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs,
Beispiel: Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter
- bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind.
Beispiel: Luftfotograf, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung.

5.1.5 Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen.

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

Rennen sind solche Wettfahrten oder dazugehörige Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

Mitversichert sind Unfälle

- bei Fahrten, bei denen es auf Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt, (Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten, Ballonverfolgungsfahrten sowie bei Sicherheitstrainings).
- infolge eines gelegentlichen Fahrens mit Leihkarts auf einer Indoor-, Outdoor-, oder Crosskart - Anlage, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, sind mitversichert, sofern hierfür keine Lizenz erforderlich ist. Der Versicherungsschutz gilt nur innerhalb Deutschlands.

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

5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

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

Ausnahme:

- Ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 Prozent) verursacht, und
- für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

Ausnahme:

Gesundheitsschäden durch

- Röntgen- und Laserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen,
- energiereiche Strahlen mit einer Härte bis zu 100 Elektronen-Volt,
- Laser- und Maserstrahlen

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Vom Versicherungsschutz bleiben Gesundheitsschäden ausgeschlossen, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eintreten.

5.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen.

Ausnahme:

- Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst, und
- für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Beispiel: Die versicherte Person erleidet einen Unfall und lässt die Unfallverletzung ärztlich behandeln. Ein Behandlungsfehler führt dabei zu weiteren Schädigungen.

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.

Es wird nicht zu Ungunsten des Versicherten ausgelegt, wenn dieser aus Pflichtgefühl seinem Beruf oder seiner Beschäftigung soweit als möglich nachgeht.

5.2.4 Infektionen.

Ausnahme:

Die versicherte Person infiziert sich

- mit Tollwut oder Wundstarrkrampf.
- mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.

- durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (Ziffer 5.2.3).
- durch Unfälle aufgrund Tierbisse einschließlich damit verursachter eventueller Infektionen. Die Folgen von Insektenstichen und -bissen (z. B. Allergien) sind ebenfalls als Unfallfolgen anzusehen. Wundinfektionen als Folge eines Unfallereignisses sind ebenfalls mitversichert.

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 (Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen nicht den Tatbestand des Einspritzens), oder
- durch Hustenstoß eines Diphtheriekranken infektiöse Massen über Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt bzw. geschleudert worden sind.

- 5.2.5** Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Beispiel:

- *Posttraumatische Belastungsstörung nach Beinbruch durch einen Verkehrsunfall*
- *Angstzustände des Opfers einer Straftat*

Ausnahme:

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.

- 5.2.6** Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Ausnahme:

- Sie sind durch eine gewaltsame, von außen kommende Einwirkung entstanden, und
- für die Einwirkung besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

- 6 Was müssen Sie bei einem Kindertarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?**

- 6.1 Umstellung des Kindertarifs**

- 6.1.1** Nach Ablauf des Versicherungsjahres (Ziffer 10.4), in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Erwachsenentarif um.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

- Sie zahlen die bisherige Prämie, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend, oder
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssum-

men, und wir berechnen eine entsprechend höhere Prämie.

- 6.1.2** Wir werden Sie rechtzeitig über Ihr Wahlrecht informieren. Haben Sie bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres noch keine Wahl getroffen, führen wir den Vertrag mit reduzierten Versicherungssummen fort.

- 6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung**

Die Höhe der Prämie hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab.

Grundlage für die Bemessung der Prämie ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis. (Das aktuelle Berufsgruppenverzeichnis der Helvetia finden Sie unter www.helvetia.de.)

- 6.2.1 Mitteilung der Änderung**

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Freiwilliger Wehrdienst, militärische Reserveübungen und befristete freiwillige soziale Dienste (z. B. Bundesfreiwilligendienst) fallen nicht darunter.

- 6.2.2 Auswirkungen der Änderung**

Errechnen sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleich bleibender Prämie nach dem vereinbarten Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf von zwei Monaten ab der Änderung.

Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Auch die neu errechneten Versicherungssummen gelten für berufliche und außerberufliche Unfälle.

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

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

Der Leistungsfall

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

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in Ziffer 2 geregelt. Im Folgenden beschreiben wir Verhaltensregeln (Obliegenheiten). Sie oder die versicherte Person müssen diese nach einem Unfall beachten, denn ohne Ihre Mithilfe können wir unsere Leistung nicht erbringen.

- 7.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

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.

- 7.2 Sämtliche Angaben, um die wir Sie oder die versicherte Person bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.

- 7.3 Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen.

Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstausfall, der durch die Untersuchung entsteht.

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 500 Euro beträgt.

- 7.4 Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von
- Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben.
 - anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden.

Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten.

Dazu kann die versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Ansonsten kann die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.

- 7.5 Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 21 Tagen zu melden. Soweit zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich, ist uns das Recht zu verschaffen, eine Obduktion – durch einen von uns beauftragten Arzt – durchführen zu lassen.

Ausnahme:

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

- 8 **Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?**

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziffer 7 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den 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 die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

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

Das gilt für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen, nicht aber, wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Wann sind die Leistungen fällig?

Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Dazu gilt Folgendes:

9.1 Erklärung über die Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Bei Invaliditätsleistung, Helvetia TopCare und Unfallrente beträgt die Frist drei Monate.

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen.
- Bei Invaliditätsleistung, TopCare und Unfallrente zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrads notwendig ist.

Bitte Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.

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

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

9.2 Fälligkeit der Leistung

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

9.3 Vorschüsse

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

Beispiel: Es steht fest, dass Sie von uns eine Invaliditätsleistung erhalten. Allerdings ist die Höhe der Leistung noch nicht bestimmbar.

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

Soweit keine Todesfallsumme versichert ist, kann vor Abschluss des Heilverfahrens ein angemessener Vorschuss auf die zu erwartende Invaliditätsleistung bis höchstens 30.000 Euro verlangt werden, sofern keine akute Lebensgefahr mehr besteht.

9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

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

Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Dieses Recht steht Ihnen und uns längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall zu. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre.

- Wenn wir eine Neubemessung wünschen, teilen wir Ihnen dies zusammen mit der Erklärung über unsere Leistungspflicht mit.
- Wenn Sie eine Neubemessung wünschen, müssen Sie uns dies vor Ablauf der Frist mitteilen.

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

Die Versicherungsdauer

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass Sie die erste oder die einmalige Prämie unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.

10.2 Dauer und Ende des Vertrages

10.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

10.2.2 Stillschweigende Verlängerung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht gekündigt wird.

10.2.3 Vertragsbeendigung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr können sowohl Sie als auch wir den Vertrag zum Ablauf kündigen. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf der Vertragszeit zugehen.

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

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugehen.

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Sie oder wir können den Vertrag kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht haben, oder wenn Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits zugegangen sein.

Wenn Sie kündigen, wird Ihre Kündigung wirksam, sobald sie uns zugeht. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird; spätestens jedoch am Ende des Versicherungsjahres. Unsere Kündigung wird einen Monat, nachdem Sie sie erhalten haben, wirksam.

10.4 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

Ausnahme:

Besteht die vereinbarte Vertragsdauer nicht aus ganzen Jahren, wird das erste Versicherungsjahr entsprechend verkürzt. Die folgenden Versicherungsjahre bis zum vereinbarten Vertragsablauf sind jeweils ganze Jahre.

Beispiel: Bei einer Vertragsdauer von 15 Monaten beträgt das erste Versicherungsjahr 3 Monate, das folgende Versicherungsjahr 12 Monate.

10.5 Vorsorgeversicherung für Neugeborene, Adoptivkinder und Ehe-/Lebenspartner bei Heirat

10.5.1 Für neugeborene gemeinsame Kinder des Versicherungsnehmers und des Ehe-/Lebenspartners besteht ab Vollendung der Geburt ausschließlich im Rahmen der AUB 2017 Komfortschutz prämienfreier Versicherungsschutz für den Invaliditätsfall, wenn für den Versicherungsnehmer und/oder Ehe-/Lebenspartner eine Invaliditätssumme versichert ist.

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.

10.5.2 Für Adoptivkinder im Alter unter 14 Jahren des Versicherungsnehmers und des Ehe-/Lebenspartners besteht im Rahmen der AUB 2017 Komfortschutz prämienfreier Versicherungsschutz für den Invaliditätsfall, wenn für den Versicherungsnehmer und/oder Ehe-/Lebenspartner eine Invaliditätssumme versichert ist.

Der Versicherungsschutz erlischt rückwirkend, wenn das Kind nicht spätestens innerhalb von 12 Monaten nach Rechtswirksamkeit der Adoption zur Weiterver-

sicherung bei der Helvetia angemeldet wird.

10.5.3 Höhe der Leistung

Die Versicherungssumme für die Ziffern 10.5.1 und 10.5.2 beträgt 50 Prozent aus der höheren der für die Ehe-/Lebenspartner vereinbarten Grundsumme für Invalidität (ohne Progression und sonstige Mehrleistungsvereinbarungen), höchstens jedoch 100.000 Euro aus allen bei unserer Gesellschaft für den Versicherungsnehmer bestehenden Unfallversicherungen insgesamt.

10.5.4 Für den Ehe- oder Lebenspartner besteht im Rahmen der AUB 2017 Komfortschutz prämienfreier Versicherungsschutz für den Invaliditäts- und Todesfall, wenn für den Versicherungsnehmer eine Invaliditäts- und Todesfallschuld versichert ist.

Die Versicherungssumme beträgt 50 Prozent aus der höheren der für die Ehe-/Lebenspartner vereinbarten Grundsumme für Invalidität (ohne Progression und sonstige Mehrleistungsvereinbarungen), höchstens jedoch 100.000 Euro, für die Todesfallleistungen höchstens jedoch 10.000 Euro, aus allen bei unserer Gesellschaft für den Versicherungsnehmer bestehenden Unfallversicherungen insgesamt.

Der Versicherungsschutz erlischt rückwirkend, wenn der Ehe- oder Lebenspartner nach Heirats- oder Lebenspartnerschaftsvertrag nicht spätestens innerhalb von 6 Monaten einen wirksamen Vertrag zur Weiterversicherung bei der Helvetia anmeldet.

10.6 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.

10.6.1 Voraussetzungen für die Prämienbefreiung

10.6.1.1 Zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns hat der Versicherungsnehmer das 50. Lebensjahr noch nicht erreicht.

10.6.1.2 Bei Eintritt der Arbeitslosigkeit hat der Versicherungsnehmer das 60. Lebensjahr noch nicht erreicht.

10.6.1.3 Bis zum Eintritt der Arbeitslosigkeit befand sich der Versicherungsnehmer in einem Arbeitsverhältnis, das

- unbefristet und ungekündigt war, und
- dem deutschen Arbeitsrecht und der Beitragspflicht zur Bundesanstalt für Arbeit unterlag, und
- seit mindestens 24 Monaten ohne Unterbrechung beim gleichen Arbeitgeber bestand, und
- während der letzten 24 Monate eine wöchentliche Arbeitszeit von mindestens 30 Stunden hatte.

10.6.1.4 Ein Anspruch auf Prämienbefreiung besteht nur, wenn

- das Arbeitsverhältnis weder durch fristlose Kündigung des Arbeitgebers noch durch eine Kündigung des Versicherungsnehmers beendet worden ist, und

- der Versicherungsnehmer sich bei der zuständigen Stelle der Bundesanstalt für Arbeit als arbeitslos gemeldet hat, und
- die letzte, vor Eintritt der Arbeitslosigkeit, fällige Prämie zu diesem Vertrag bezahlt wurde und auch sonst keine Prämienrückstände vorhanden sind.

10.6.1.5 Die Voraussetzungen für die Prämienbefreiung sowie der Grund und die Dauer der Arbeitslosigkeit sind durch Bescheinigungen der Bundesanstalt für Arbeit nachzuweisen.

10.6.2 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.

10.6.3 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 10.6.1.2 bis 10.6.1.5 erneut erfüllt sein.

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

Die Versicherungsprämie

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

11.1 Prämie und Versicherungssteuer

11.1.1 Prämienzahlung und Versicherungsperiode

Die Prämie können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlen. Danach bestimmt sich die Dauer der Versicherungsperiode: Sie beträgt

- bei Monatsprämien einen Monat,
- bei Vierteljahresprämien ein Vierteljahr,
- bei Halbjahresprämien ein Halbjahr und
- bei Jahresprämien ein Jahr.

11.1.2 Versicherungssteuer

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

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/ Erste Prämie

11.2.1 Fälligkeit der Zahlung

Wenn Sie den Versicherungsschein von uns erhalten, müssen Sie die erste Prämie unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen bezahlen.

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Wenn Sie die erste Prämie zu einem späteren Zeitpunkt bezahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem späteren Zeitpunkt. Darauf müssen wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam gemacht haben.

Wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben, beginnt der Versicherungsschutz zum vereinbarten Zeitpunkt.

11.2.3 Rücktritt

Wenn Sie die erste Prämie nicht rechtzeitig bezahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange die Prämie nicht bezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/ Folgeprämie

11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgeprämien werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

11.3.2 Verzug

Wenn Sie eine Folgeprämie nicht rechtzeitig bezahlen, geraten Sie in Verzug, auch ohne dass Sie eine Mahnung von uns erhalten haben.

Dies gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist (Ziffer 11.3.3).

11.3.3 Zahlungsfrist

Wenn Sie eine Folgeprämie nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.

Unsere Zahlungsaufforderung ist nur wirksam, wenn sie folgende Informationen enthält:

- Die ausstehenden Beträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
- die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die nach Ziffer 11.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.
- Wir sind berechtigt, je Mahnschreiben eine Kostenpauschale (Mahngebühr) in Höhe von 5 Euro zu berechnen.

11.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung

Wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag nicht bezahlt haben,

- besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz.
- können wir den Vertrag kündigen, ohne eine Frist einzuhalten.
Wenn Sie nach unserer Kündigung innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag bezahlen, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Zahlung besteht kein Versicherungsschutz.

11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

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

Die Zahlung gilt auch als rechtzeitig, wenn die fällige Prämie ohne Ihr Verschulden nicht eingezogen werden kann und Sie nach einer Aufforderung in Textform unverzüglich zahlen.

Wenn Sie es zu vertreten haben, dass die fällige Prämie nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig eine andere Zahlungsweise zu verlangen.

Sie müssen allerdings erst dann zahlen, wenn wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben.

11.5 Prämie bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags haben wir nur Anspruch auf den Teil der Prämie, der dem Zeitraum des Versicherungsschutzes entspricht.

11.6 Prämienbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

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

11.6.1 Wir führen die Versicherung mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang bis zum Ablauf des Versicherungsjahres prämienfrei weiter, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

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

Weitere Bestimmungen

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

12.1 Fremdversicherung

Die Ausübung der Rechte aus diesem Vertrag steht ausschließlich Ihnen als Versicherungsnehmer zu. Das gilt auch, wenn die Versicherung gegen Unfälle

abgeschlossen ist, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung).

Wir zahlen Leistungen aus dem Versicherungsvertrag auch dann an Sie aus, wenn der Unfall nicht Ihnen, sondern einer anderen versicherten Person zugestoßen ist.

Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

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

12.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen
Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht
Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände in Textform, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.

Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir

- nach Ihrer Vertragserklärung,
- aber noch vor Vertragsannahme in Textform stellen.

Soll eine andere Person als Sie selbst versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung
Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann erhebliche Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz haben. Wir können in einem solchen Fall

- vom Vertrag zurücktreten,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

13.2.1 Rücktritt
Wird die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, können wir vom Vertrag zurücktreten.

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine vorsätzliche,
- noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

Auch wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höhere Prämie oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung bestehen:

Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls,
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

Im Fall des Rücktritts steht uns der Teil der Prämie zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

13.2.2 Kündigung

Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höhere Prämie oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

13.2.3 Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höhere Prämie oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen hin rückwirkend Vertragsbestandteil.

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (Ziffer 11.1.1) Vertragsbestandteil.

Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn

- wir im Rahmen einer Vertragsänderung die Prämie

- um mehr als 10 Prozent erhöhen oder
- wir die Gefahrsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen.

Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Monatsfrist noch nicht verstrichen ist.

Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss löschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

13.4 Anfechtung

Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist.

Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil der Prämie zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Absätze 13.1. bis 13.4 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

14 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen insbesondere die nachfolgende Beschwerdemöglichkeiten offen.

Versicherungsombudsmann

Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:

Versicherungsombudsmann e. V.

Postfach 080632

10006 Berlin

E-Mail:

beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Vertrag online (z. B. über eine Webseite oder E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie sich mit Ihrer Beschwerde auch online an die Plattform www.ec.europa.eu/consumers/odr wenden. Ihre Beschwerde wird von dort an die zuständige außergerichtliche Streitschlichtungsstelle weiter geleitet.

Versicherungsaufsicht

Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Sektor Versicherungsaufsicht

Graurheindorfer Straße 108

53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bafin.de

Internet: www.bafin.de

Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

Rechtsweg

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Unser Beschwerdemanagement

Unabhängig hiervon können Sie sich jederzeit auch an uns wenden. Unsere interne Beschwerdestelle steht Ihnen hierzu zur Verfügung. Sie erreichen diese derzeit wie folgt:

Helvetia Versicherungen

- Zentrale Beschwerdestelle -

Berliner Str. 56-58

60311 Frankfurt a.M.

15 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

15

15.1

Gesetzliche Verjährung

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

15.2 Aussetzung der Verjährung

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns geltend gemacht worden, ist die Verjährung gehemmt. Dies gilt von der Geltendmachung bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

16 Welches Gericht ist zuständig?

16.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns sind folgende Gerichte zuständig:

- das Gericht am Sitz unseres Unternehmens oder unserer Niederlassung, die für Ihren Vertrag zuständig ist.
- das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.

16.2 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie ist das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, das Gericht Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig.

17 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?

17.1 Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stel-

len gerichtet werden:

- an unsere Hauptverwaltung oder
- an die Geschäftsstelle, die für Sie zuständig ist. Welche Geschäftsstelle dies ist, ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein oder aus dessen Nachträgen.

17.2 Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.

Wenn Sie dies nicht tun und wir Ihnen gegenüber eine rechtliche Erklärung abgeben wollen, gilt Folgendes:

Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung als zugegangen, wenn wir sie per Einschreiben an Ihre letzte uns bekannte Anschrift geschickt haben.

Das gilt auch, wenn Sie uns eine Änderung Ihres Namens nicht mitteilen.

18 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Besondere Bedingungen

– Generell vereinbart –

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

2

Für Unfallversicherungen von Chemikern und Desinfektoren

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, die den Versicherungsschutz ergänzend zu Ziffer 5.2.4 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2017) Komfortschutz auf Gesundheitsschädigungen durch Infektionen erweitert.

Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung für Heilberufe, Chemiker und Desinfektoren (BB Infektionen)

2.1

Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich in Ausübung ihrer im Vertrag genannten beruflichen Tätigkeit infiziert.

1 Für Unfallversicherungen für Heilberufe

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, die den Versicherungsschutz ergänzend zu Ziffer 5.2.4 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2017) Komfortschutz auf Gesundheitsschäden durch Infektionen erweitert.

1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich in Ausübung ihrer im Vertrag genannten beruflichen Tätigkeit infiziert.

Aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung geht hervor, dass die Krankheitserreger auf eine der in Ziffer 1.3 AUB 2017 Komfortschutz bestimmten Art in den Körper gelangt sind. 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

3

Erweiterter Schutz im Invaliditätsfall

Abweichend von Ziffer 2.1.1.1 AUB 2017 Komfortschutz 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.

und Tuberkulose.

Besondere Bedingungen für Luftfahrtunfälle

1 Gilt für alle Unfallversicherungen mit Ausnahme von speziellen Luftfahrt-Unfallversicherungen.

Wir bieten Versicherungsschutz für die im Rahmen der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2017) Komfortschutz versicherten Luftgefahren je versicherte Person nach den vereinbarten Versicherungssummen, höchstens jedoch nach folgenden Versicherungssummen:

Höchstversicherungssummen je versicherte Person:

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

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

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

für diese Personen insgesamt die Versicherungssummen von

10.000.000 Euro	für den Todesfall
20.000.000 Euro	für den Invaliditätsfall (Höchstleistung bei 100 Prozent Invalidität)
2.500 Euro	für Tagegeld
2.500 Euro	für Krankenhaustagegeld/

500.000 Euro	Genesungsgeld für Übergangsleistung
100.000 Euro	für Kosten für kosmetische Operationen
100.000 Euro	für Serviceleistungen

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

Besserstellung gegenüber den GVD-Musterbedingungen

Die Helvetia Versicherungen garantieren, dass der Deckungsumfang dieser Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen ausschließlich zum Vorteil der Versicherungsnehmer von den durch den Gesamtverband der Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Bedingungen – Stand 2014 – abweicht.

Besserstellung gegenüber den Empfehlungen des Arbeitskreises Beratungsprozesse

Die Helvetia Versicherungen garantieren, dass die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2017) Komfortschutz ausschließlich zum Vorteil der Versicherungsnehmer von den Empfehlungen des Arbeitskreises Beratungsprozesse – Stand März 2017 – abweichen.

Update-Garantie

Werden die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2017) Komfortschutz ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers und ohne Mehrprämie geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

Besondere Bedingungen

– sofern vereinbart –

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (BB Progression 2017 - 225 Prozent)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2017) Komfortschutz ermittelt.

Ziffer 2.1 AUB 2017 Komfortschutz wird wie folgt ergänzt:

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

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

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

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (BB Progression 2017 - 350 Prozent)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2017) Komfortschutz ermittelt.

Ziffer 2.1 AUB 2017 Komfortschutz wird wie folgt ergänzt

Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten

Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 Prozent aus der Versicherungssumme.

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

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

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (BB Progression 2017 - 500 Prozent)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2017) Komfortschutz ermittelt.

Ziffer 2.1 AUB 2017 Komfortschutz wird wie folgt ergänzt:

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

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

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

Von auf % %	von auf % %	von auf % %	von auf % %
26 28	45 85	64 212	83 364
27 31	46 88	65 220	84 372
28 34	47 91	66 228	85 380
29 37	48 94	67 236	86 388
30 40	49 97	68 244	87 396
31 43	50 100	69 252	88 404
32 46	51 108	70 260	89 412
33 49	52 116	71 268	90 420
34 52	53 124	72 276	91 428
35 55	54 132	73 284	92 436

36	58	55 140	74 292	93 444
37	61	56 148	75 300	94 452
38	64	57 156	76 308	95 460
39	67	58 164	77 316	96 468
40	70	59 172	78 324	97 476
41	73	60 180	79 332	98 484
42	76	61 188	80 340	99 492
43	79	62 196	81 348	100 500
44	82	63 204	82 356	

Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für Heilberufe (BB Heilberufe 2017)

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

- 1 Abweichend von Ziffer 2.1.2.2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2017) Komfortschutz 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	80 %
große Zehe	15 %
andere Zehe	8 %
Auge	80 %
Gehör auf beiden Ohren	70 %

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Prämie (BB Zuwachsleistung 2017, Modell 1)

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

Wir erhöhen die Versicherungssummen jeweils um den Prozentsatz, um den des Höchstbeitrages 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.

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 auf volle Hundert Euro,
- für Tagegeld, Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld auf volle Euro.

Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.

Die Prämie erhöht sich im gleichen Verhältnis

wie die Versicherungssummen.

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.

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Prämie (BB Zuwachsleistung 2017, Modell 3)

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

Wir erhöhen die Versicherungssummen jährlich um 5 Prozent zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

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 auf volle Hundert Euro,
- für Tagegeld, Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld auf volle Euro.

Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.

Die Prämie erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

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.

Sie und wir können die Vereinbarung über die planmäßige Erhöhung von Leistung und Prämie auch für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

Besondere Bedingungen für den Baustein Family-Schutz

1 Allgemeine Voraussetzungen

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

Für den Anspruch auf Erbringung von Hilfsleistungen und den Anspruch auf Kostenübernahme für die Hilfeleistungen ist es jeweils Voraussetzung, dass die Hilfsleistung durch uns organisiert wird. Anderenfalls besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung oder Kostenübernahme.

Eingetretene Schadensfälle sind daher von Ihnen ausschließlich und unverzüglich dem 24-Stunden-Notrufservice unter der im Versicherungsschein genannten Notruf-Telefonnummer zu melden.

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

Sofern sich die Leistung auf die Benennung eines Dienstleisters beschränkt bzw. Sie oder die versicherte Person den jeweiligen Dienstleister gemäß Ziffer 2 ("Art der Leistungen") selbst beauftragt, übernehmen wir für die Leistung des Dienstleisters keine Haftung.

Soweit Sie oder die versicherte Person im Versicherungsfall Kostenübernahmeleistungen gemäß Ziffer 2 ("Art der Leistungen") aus anderen Versicherungsverträgen beanspruchen können, die ebenfalls mit uns abgeschlossen wurden, tragen wir die Kosten ungeachtet der Mehrfachversicherung bis zur Höhe der in Ziffer 2 ("Art der Leistungen") festgelegten Betragsobergrenzen je Versicherungsfall.

Allgemeine Leistungsbegrenzung

Die Übernahme von Kosten durch uns gemäß Ziffer 2 ("Art der Leistungen") ist begrenzt auf insgesamt 1.500 Euro für alle Versicherungsfälle, die innerhalb eines Versicherungsjahres beim Notfall-Telefon gemeldet werden. Von dieser Jahreshöchstleistung unberührt bleiben reine Serviceleistungen ohne Kostenübernahme.

Wir zahlen die unter Ziffer 2 ("Art der Leistungen") benannten Kosten direkt an den Dienstleister. Sofern die gemäß Ziffer 2 ("Art der Leistungen") von uns zu übernehmenden Kosten für die Erbringung der Leistungen nicht ausreichen, steht es Ihnen frei, den Dienstleister mit der Erbringung weitergehender Leistungen zu beauftragen. In diesem Fall stellt der Dienstleister den über die versicherte Leistung hinausgehenden Betrag Ihnen bzw. der versicherten Person in Rechnung, die ihn beauftragt hat.

2 Art der Leistungen

Kinderbetreuung im Notfall

Wir organisieren innerhalb Deutschlands die Betreuung und Versorgung von versicherten Kindern unter 16 Jahren, die im Haushalt des Versicherungsnehmers leben, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person durch Unfall, Noteinweisung ins Krankenhaus oder Tod unvorhergesehen an der Betreuung der Kinder gehindert sind und eine andere Person zur Betreuung nicht zur Verfügung steht. Die Betreuung

erfolgt nach Möglichkeit in der versicherten Wohnung, und zwar so lange, bis sie anderweitig, z. B. durch einen Verwandten übernommen werden kann, längstens jedoch für die Dauer von 48 Stunden.

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

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

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

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

Begleitung und Fahrdienst zum Kindergarten oder Schule

Wir übernehmen die Organisation und die Kosten einer Begleitperson und eines Fahrdienstes für das versicherte Kind unter 16 Jahren bis zu 100 Euro pro Woche, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person durch Unfall, Noteinweisung ins Krankenhaus oder Tod unvorhergesehen an der Betreuung der Kinder gehindert sind und eine andere Person im Haushalt des Versicherungsnehmers zur Betreuung nicht zur Verfügung steht.

Die Leistungsdauer ist auf maximal 4 Wochen je Versicherungsfall beschränkt.

Kindertagesstätten

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

Unterbringung von Tieren im Notfall

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

Wir übernehmen die Kosten für die Unterbringung und Versorgung der vorgenannten Tiere bis

zu 300 Euro je Versicherungsfall.

Unterstützung bei Umzügen

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

Organisation einer Sicherheitsberatung

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

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

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

Gesundheitstelefon

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

Das medizinische Fachpersonal berät Sie bei folgenden Anliegen:

- Allgemeine und spezielle Fragen aus allen Fachgebieten zu unfallbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen;
- Informationen über unfallbedingte Krankheitsbilder und Möglichkeiten der Prävention;
- Erläuterung von Therapiealternativen;
- Informationen über Arzneimittel, laienverständliche Erläuterungen von Beipackzetteln sowie Beratung zu Neben- und Wechselwirkungen von Arzneimitteln;
- Ärztliche telefonische Zweitmeinung;
- Erstberatung in psychosozialen Krisensituationen;
- Unterstützung bei der Suche nach Ärzten, Fachärzten, Spezialisten, Physiotherapeuten usw. und medizinischen Einrichtungen wie Krankenhäusern, Fach-, Spezial- und Reha-Kliniken usw.;
- Kindertelefon: medizinisch fachliche Beratung zu allen Fragen rund um das Thema Kinderheilkunde. Telefonische Beratung zu Kinderkrankheiten einschließlich deren Behand-

lungsmöglichkeiten sowie Vorsorge und Präventionsmöglichkeiten;

- Schwangerschaft Medizinische Beratung zu Fragen rund um das Thema Schwangerschaft und Geburt;
- Beratung zu Reise- und Tropenmedizin: Länderinformationen, Ärzte im Ausland, Reise- und Vorsorgetipps, Impfungen, Reisen mit chronischen Krankheiten.

3 Kündigung

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

3.2 Kündigt der Versicherer, so kann der Versicherungsnehmer den Hauptvertrag (siehe Ziffer 10.2 AUB 2017 Komfortschutz) innerhalb eines Monats nach Zugang der Erklärung des Versicherers zum gleichen Zeitpunkt kündigen.

3.3 Kündigt der Versicherer, so gebührt ihm der Teil der Prämie, der der Dauer der Gefahrtragung entspricht. Gleiches gilt, wenn der Versicherungsnehmer gemäß Ziffer 3.2 kündigt.

4 Ende des Hauptversicherungsvertrages

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

Besondere Bedingungen für den Baustein für den Baustein ARAG JuraTel

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

1 Voraussetzungen für die Leistung

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

2 Umfang und Höhe der Leistungen

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

3 ARAG Online-Rechts-Service

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

4 Kündigung

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

4.2 Kündigt der Versicherer, so kann der Versicherungsnehmer den Hauptvertrag (siehe Ziffer 10.2 AUB 2017 Komfortschutz) innerhalb eines Monats nach Zugang der Erklärung des Versicherers zum gleichen Zeitpunkt kündigen.

4.3 Kündigt der Versicherer, so gebührt ihm der Teil der Prämie, der der Dauer der Gefahrtragung entspricht. Gleiches gilt, wenn der Versicherungsnehmer gemäß Ziffer 4.2 kündigt.

Besondere Bedingungen für die Konditionsdifferenzdeckung

Wenn Konditionsdifferenzdeckung vereinbart ist, gewährt der Versicherer Versicherungsschutz auf Grundlage dieses Unfallvertrages, wenn und soweit der Versicherungsschutz (Deckungserweiterungen und Entschädigungsgrenzen) dieses Unfallvertrages über einen bereits bei einem anderen Versicherer bestehenden Vertrag für dasselbe Risiko hinausgehen.

Bedingungsgemäße Schäden bis zu den im Versicherungsschein genannten Entschädigungsgrenzen werden erst dann gezahlt, wenn die vertraglich vereinbarten und sonstigen Leistungen des anderweitig bestehenden Versicherungsvertrages aufgebraucht worden sind. Maßgeblich für die vertraglich vereinbarten Leistungen aus der anderweitig bestehenden Unfall-Versicherung ist mindestens der Umfang des Versicherungsschutzes des anderen Vertrages, der zum Zeitpunkt der Antragstellung der Konditionsdifferenzdeckung bestanden hat.

Keine Leistungen aus der Konditionsdifferenzdeckung werden erbracht, wenn

- zum Zeitpunkt der Antragstellung der Konditionsdifferenzdeckung keine anderweitige Unfall-Versicherung bestanden hat;
- die Leistung des anderen Versicherers infolge eines Vergleiches nicht zum vollen Ersatz des Schadens führt;
- aufgrund fehlender Nachweise über die Schadenhöhe durch den anderen Versicherer lediglich

eine pauschale Entschädigung erbracht wird;

- der andere Versicherer rechtswirksam vom Vertrag zurücktritt oder ihn anfechtet.
- Ist der andere Versicherer infolge Nichtzahlung der Prämie, Obliegenheitsverletzung oder arglistiger Täuschung ganz oder teilweise leistungsfrei geworden, so wird dadurch keine Erweiterung des Leistungsumfanges der Konditionsdifferenzdeckung bewirkt. Leistungen aus der Konditionsdifferenzdeckung werden dann nur insoweit erbracht, wie sie entstanden wären, wenn keiner der vorgenannten Gründe für den Wegfall oder die Reduzierung der Leistung des anderen Versicherers vorgelegen hätte.

Der Anspruch des Versicherungsnehmers aus diesem Unfallvertrag auf Zahlung einer Entschädigung ermäßigt sich in der Weise, dass die Entschädigung aus allen Verträgen insgesamt nicht höher sein darf, als die zu zahlende Entschädigung bei alleiniger Deckung aus dem Unfallvertrag. Selbstbeteiligungen des anderen Vertrages werden nicht ersetzt.

Der vorliegende Unfallvertrag wird zu dem im Versicherungsschein genannten Termin durch den Wegfall der Konditionsdifferenzdeckung auf den vollen Versicherungsschutz und die hierfür vereinbarte Prämie umgestellt. Endet der anderweitig bestehende Unfallvertrag vor diesem Termin, ist dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

Besondere Bedingungen für die Gruppenunfallversicherung (BB Gruppen UV 2017)

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

1 Versicherungen ohne Namensnennung

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

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.

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

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.

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

2 Versicherungen mit Namensnennung

Versicherungsschutz besteht für die namentlich genannten Personen.

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.

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.

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.

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

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

3 Vertragsdauer (Zusatz zu Ziffer 10 AUB 2017 Komfortschutz)

Wir oder Sie können den Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person durch schriftliche Mitteilung 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 Klagerücknahme, Anerkennung, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein.

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

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

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

4 Gemeinsame Höchstversicherungssumme

Werden mehrere durch einen Gruppenunfallversicherungsvertrag versicherte Personen durch ein in unmittelbarem zeitlichen und räumlichen

Zusammenhang stehendes Ereignis verletzt oder getötet, so gelten 10 Mio. Euro als gemeinsame Höchstversicherungssumme für alle betroffenen versicherten Personen zusammen. Die für die Einzelperson vereinbarten Versicherungssummen ermäßigen sich im entsprechenden Verhältnis.

Besondere Bedingungen für die Gruppenunfallversicherung nach Lohn- und Gehaltssumme

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

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

Für die am Unfalltag noch nicht 12 Monate beim Versicherungsnehmer beschäftigten Betriebsangehörigen gilt als Jahreslohn- bzw. Gehaltssumme der 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-lohn- und Gehaltssumme für alle Versicherten des Vorjahres bekannt. Die hieraus zu errechnende Jahresprämie wird als Vorausprämie für das kommende Versicherungsjahr erhoben. Für das vergangene Versicherungsjahr erfolgt die endgültige Prämienabrechnung in der Weise, dass aus dem Unterschiedsbetrag zwischen der bereits gezahlten und der sich nach der Meldung ergebenden Jahresprämie der Differenzbetrag erhoben bzw. erstattet wird.

Besondere Bedingungen für die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle (BB Außerberufliche Unfälle 2017)

Auf der Grundlage der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2017) Komfortschutz bieten wir Versicherungsschutz für außerberufliche Unfälle. Ziffer 6.2 AUB 2017 Komfortschutz gilt nicht.

1 Voraussetzungen für die Leistungen

- 1.1 Die versicherte Person steht in einem Arbeits- oder Dienstverhältnis und ist gesetzlich oder freiwillig durch eine gesetzliche Unfallversicherung gegen Arbeitsunfälle oder nach den Versorgungsvorschriften für Beamte und Soldaten gegen Dienstunfälle versichert.
- 1.2 Es handelt sich um einen außerberuflichen Unfall im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung.
- 1.3 Im Zweifel ist die Entscheidung des Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der zuständigen Dienststelle maßgebend.

2 Ausgeschlossene Unfälle

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

3 Änderung der Voraussetzung für die Leistungen

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

Besondere Bedingungen für die Bauhelfer-Unfallversicherung

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

Die Versicherung umfasst im Rahmen der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2017) Komfortschutz nur die Unfälle, die die versicherte Person bei der Bautätigkeit auf dem Baugrundstück des Versicherungsnehmers erleidet. Die Wege zum und vom Baugrundstück sind nicht mitversichert. Mitversichert sind jedoch eindeutige Versorgungsfahrten/-gänge.

Besondere Bedingungen für die Figuranten-Unfallversicherung

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

Die Versicherung umfasst im Rahmen der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2017) Komfortschutz nur die Unfälle, die die jeweiligen Figurant, Hetzer oder Scheinverbre-

cher 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 der Unfallversicherungsbedingungen 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.

Besondere Bedingungen für die Kindergarten-Unfallversicherung

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

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.

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.

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.

Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt, wenn sie aus dem versicherten Personenkreis ausscheiden.

Die Versicherung umfasst im Rahmen der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2017) Komfortschutz 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 ei-

genwirtschaftliche Maßnahmen zu Privatzwecken unterbrochen wird.

Besondere Bedingungen für die Dienstreise-Unfallversicherung

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

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.

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.

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.

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

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

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

Besondere Bedingungen für die Wassersportinsassen-Unfallversicherung

Wir leisten im Rahmen der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2017) Komfortschutz für alle Unfälle, die die berechtigten Insassen erleiden. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Betreten des Bootes und endet mit dessen Verlassen.

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

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

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

Gemäß Ziffer 5.1.5 AUB 2017 Komfortschutz besteht kein Versicherungsschutz bei Unfällen, die dem versicherten dadurch zustoßen, dass er sich als Fahrer, Beifahrer, oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen, einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeit ankommt