

Besondere Vertragsbeilage Nr. 301400

Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB); Fassung 2023

Gender Hinweis:

Die personenbezogene Schreibweise nur in männlicher Form wurde dem Gesetzestext entsprechend übernommen, bezieht sich jedoch jedenfalls auf alle Geschlechter in gleicher Weise.

Versicherungsnehmer ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit der Helvetia Versicherungen AG abschließt. Für die Helvetia Versicherungen AG wird die Anrede "Helvetia" verwendet.

Versicherte Person ist die Person deren Gesundheitsschädigung infolge eines Unfalles versichert ist. Anspruchsberechtigter (Begünstigter, Bezugsberechtigter) ist die Person, die für den Empfang der Leistung benannt ist.

INHALTSVERZEICHNIS

Abschnitt A: Versicherungsschutz

Was ist versichert?	Artikel	1	Gegenstand der Versicherung
Was gilt als Versicherungsfall?	Artikel	2	Versicherungsfall
Wo gilt die Versicherung?	Artikel	3	Örtlicher Geltungsbereich
Wann gilt die Versicherung?	Artikel	4	Zeitlicher Geltungsbereich
Wann beginnt die Versicherung?	Artikel	5	Beginn des Versicherungsschutzes
Was ist ein Unfall?	Artikel	6	Begriff des Unfalles

Abschnitt B: Versicherungsleistungen

Was kann versichert werden?	Artikel	7	Dauernde Invalidität	
	Artikel	8	Unfallrente temporär – 20 Jahre	
	Artikel	9	Unfallrente lebenslang	
	Artikel	10	Todesfall	
	Artikel	11	Taggeld	
	Artikel	12	Taggeld plus	
	Artikel	13	Spitalgeld	
	Artikel	14	Spitalgeld plus	
	Artikel	15	Unfallgeld	
	Artikel	16	Unfallkosten	
	Artikel	17	Unfallkosten plus	
	Artikel	18	Knochenbruch	
	Was zahlen wir zusätzlich?	Artikel	19	Zusatzleistungen
	Wann sind die Leistungen fällig?	Artikel	20	Fälligkeit der Leistung
In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet ein Schiedsgutachter?	Artikel	21	Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten	

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

In welchen Fällen zahlt Helvetia nicht?	Artikel	22	Ausschlüsse
Welche sachlichen Begrenzungen gibt es?	Artikel	23	Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Wann ist die Prämie zu bezahlen?	Artikel	24	Prämie
Was ist bei Änderung der Beschäftigung zu beachten?	Artikel	25	Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Was ist nach Eintritt des
Versicherungsfalles zu beachten? Artikel 26 Obliegenheiten

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

Was gilt als Versicherungsperiode? Artikel 27 Versicherungsperiode, Vertragsdauer und
Verlängerung

Wann und wie kann der
Versicherungsvertrag gekündigt
werden? Artikel 28 Kündigung, Erlöschen des Vertrages

Wann endet der Versicherungsvertrag
ohne Kündigung?

Was ist bei Erreichung bzw.
Überschreitung des Alterslimits zu
beachten? Artikel 29 Alterslimit

Wer darf Rechte aus dem
Versicherungsvertrag ausüben? Artikel 30 Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

Welches Gericht ist zuständig? Artikel 31 Gerichtsstand

Wie können Erklärungen abgegeben
werden? Artikel 32 Form der Erklärungen, Änderung der Anschrift

Abschnitt A: Versicherungsschutz

Artikel 1 Gegenstand der Versicherung

Helvetia bietet Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person ein Unfall zustößt.

Artikel 2 Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Artikel 6, Begriff des Unfalles).

Artikel 3 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

Artikel 4 Zeitlicher Geltungsbereich

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes eingetreten sind.

Artikel 5 Beginn des Versicherungsschutzes

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz wird mit der Einlösung des Versicherungsvertrages (Artikel 24, Prämie), jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn wirksam. Wird die erste oder die einmalige Prämie erst danach eingefordert, dann aber binnen 14 Tagen oder ohne schuldhaften Verzug gezahlt, ist der Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.

2. Vorläufige Deckung

Soll der Versicherungsschutz schon vor Einlösung des Versicherungsvertrages beginnen (vorläufige Deckung), ist die ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch Helvetia erforderlich.

Ist eine vorläufige Deckung vereinbart, endet diese jedenfalls mit Aushändigung des Versicherungsvertrages.

Helvetia steht jedenfalls die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie zu.

Artikel 6 Begriff des Unfalles

1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
2. Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse:
 - 2.1. Verrenkungen von Gliedern;
 - 2.2. Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln;
 - 2.3. Meniskusverletzungen;
 - 2.4. Erfrieren;
 - 2.5. Ertrinken;
 - 2.6. Ersticken;
 - 2.7. Einatmen von Gasen oder Dämpfen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;
 - 2.8. Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen (bei Kindern vor Vollendung des sechsten Lebensjahres ist die unfreiwillig erlittene Gesundheitsschädigung nicht Voraussetzung für die Erbringung der Leistung);
 - 2.9. Verschlucken von Gegenständen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr, wobei die unfreiwillig erlittene Gesundheitsschädigung nicht Voraussetzung für die Erbringung der Leistung ist;
 - 2.10. Vergiftungen, auch Lebensmittelvergiftungen, wenn kein Eigenverschulden vorliegt;
 - 2.11. Wundstarrkrampf und Tollwut, wenn diese durch einen Unfall gemäß Artikel 6, Punkt 1 entstehen;
3. Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei Hilfeleistungen und der Bemühung zur Rettung von Menschenleben oder Sachen – auch bei ehrenamtlichen Einsätzen - erleidet, gelten als unfreiwillig erlitten.

Abschnitt B: Versicherungsleistungen

Die folgenden Leistungsbausteine des Versicherungsschutzes können grundsätzlich im Rahmen einer Unfallversicherung versichert werden. Welche Leistungsbausteine tatsächlich versichert werden und mit welchen Versicherungssummen, ist im Versicherungsvertrag ersichtlich.

Artikel 7 Dauernde Invalidität

1. Voraussetzungen für die Leistung:

Begriff der dauernden Invalidität: Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Lebenszeit in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die dauernde Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten. Sie ist unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgeht, bei Helvetia innerhalb von 3 Jahren ab Unfalltag geltend gemacht worden.

2. Art und Höhe der Leistung – Gliedertaxe

- 2.1. Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

eines Armes	70 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Fingers oder einer Zehe	5 %
eines Beines	70 %
der Sehkraft beider Augen	100 %
der Sehkraft eines Auges	50 %
der Sehkraft eines Auges sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits vollständig funktionslos war	65 %
des Gehörs beider Ohren	60 %
des Gehörs eines Ohres	30 %

des Gehörs eines Ohres sofern das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits vollständig funktionslos war	45 %
des Geruchsinnes	10 %
des Geschmacksinnes	10 %
der Stimme	35 %
der Milz	10 %
einer Niere	20 %

Wenn die zweite Niere bereits vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt ist, ist Artikel 7, Punkt 3 anzuwenden.

- 2.2. Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.
3. Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad prozentuell vom ganzen Körper danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.
4. Der maßgebliche Prozentsatz des Invaliditätsgrades für eine Leistungspflicht ergibt sich erst nach Anwendung der Bestimmung über die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes gemäß Artikel 23.
5. Ist die Funktion mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.
6. Falls nicht anders vereinbart, wird im ersten Jahr nach dem Unfall eine Invaliditätsleistung durch Helvetia nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.
 - 6.1. Ist jedoch nach Ablauf von drei Monaten nach dem gemeldeten Eintritt des Unfalles eine dauernde Invalidität von mindestens 30% von Helvetia auch ohne medizinisches Sachverständigengutachten feststellbar, so wird auf Verlangen der versicherten Person von Helvetia eine Vorauszahlung auf die zu erwartende Invaliditätssumme in Höhe von EUR 10.000,- erbracht. Wird von Helvetia eine Helvetia Fixleistung übernommen, kann diese Vorauszahlung nicht verlangt werden. Hat Helvetia eine Vorauszahlung geleistet und die versicherte Person verstirbt unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, wird die Vorauszahlung einer etwaigen Todesfallzahlung gegen gerechnet.
7. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch Helvetia berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.
8. Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

Stirbt die versicherte Person aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder – gleichgültig aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall, ist nach jenem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Artikel 8 Unfallrente temporär – 20 Jahre

1. Führt ein versicherter Unfall zu einer dauernden Invalidität gemäß Artikel 7 – nach Anwendung der sachlichen Begrenzung des Versicherungsschutzes gemäß Artikel 23 - von mindestens 40%, wird die vereinbarte Unfallrente in 240 Monatsraten ausbezahlt.
2. Steht die Leistungspflicht von Helvetia dem Grunde nach fest, beginnt die Rentenleistung mit dem nächsten Monatsersten.

Die Rentenleistung endet, wenn eine erneute ärztliche Bemessung gemäß Artikel 7, Punkt 7 ergeben hat, dass der Grad der Invalidität unter 40% gesunken ist.

3. Stirbt die versicherte Person bevor der Invaliditätsgrad eindeutig festgestellt wurde oder unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf eine Unfallrente.
Stirbt die versicherte Person vor Ablauf der Rentenleistung, wird der verbliebene Rest der Unfallrente als Kapitalbetrag an die Erben bezahlt.
4. Löst ein Unfall die Leistung einer Unfallrente aus, endet der Unfallrentenvertrag rückwirkend ab dem dem Unfalltag folgenden Tag. Ebenso endet der Unfallrentenvertrag, wenn die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet hat. Die anteilige Prämie wird ab dem Zeitpunkt der Beendigung dem Versicherungsnehmer zurückerstattet.

Artikel 9 Unfallrente lebenslang

1. Führt ein versicherter Unfall zu einer dauernden Invalidität gemäß Artikel 7 – nach Anwendung der sachlichen Begrenzung des Versicherungsschutzes gemäß Artikel 23 - von mindestens 40%, wird die vereinbarte Unfallrente lebenslang ausbezahlt.
Beträgt der festgestellte Invaliditätsgrad gemäß Artikel 7 – nach Anwendung der sachlichen Begrenzung des Versicherungsschutzes gemäß Artikel 23 - mindestens 50%, wird die vereinbarte Unfallrente verdoppelt.
2. Steht die Leistungspflicht von Helvetia dem Grunde und der Höhe nach fest, beginnt die Rentenleistung rückwirkend mit dem Monatsersten, der dem Unfalltag folgt und endet, wenn die versicherte Person stirbt. Stirbt die versicherte Person bevor der Invaliditätsgrad eindeutig festgestellt wurde oder unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf eine Unfallrente.
3. Sollte eine erneute ärztliche Bemessung gemäß Artikel 7, Punkt 7 ergeben, dass der Grad der unfallkausalen Invalidität
 - unter 50% gesunken ist, aber mindestens 40% beträgt, besteht ab dem Tag dieser Feststellung Anspruch auf die vereinbarte Unfallrente;
 - auf mindestens 50% gestiegen ist, besteht ab dem Tag dieser Feststellung Anspruch auf die doppelte vereinbarte Unfallrente;
 - unter 40% gesunken ist, erlischt der Anspruch auf die Rente.Bis dahin bezahlte Rentenleistungen werden von Helvetia nicht zurückverlangt.
4. Wird nach einem versicherten Unfall eine Unfallrente fällig, so wird die vereinbarte Rente jährlich ab dem 01.01. eines jeden Jahres um 1,5% erhöht. Diese Erhöhung beginnt mit dem 01.01. des zweiten Jahres, der dem Unfalltag folgt.
5. Helvetia ist berechtigt, die Voraussetzung für die Rentenleistung jederzeit durch Anforderung einer Lebensbescheinigung zu überprüfen. Wird die angeforderte Bescheinigung nicht innerhalb eines Monats übermittelt, ruht die Rentenleistung ab der nächsten Fälligkeit.
Das Ableben der versicherten Person ist Helvetia im Sinne des Artikels 32 innerhalb von zwei Wochen anzuzeigen. Eine sich aus der Nichtbeachtung dieser Anzeigepflicht ergebende Rentenleistung kann Helvetia jedenfalls zurückverlangen.
6. Löst ein Unfall die Leistung einer Unfallrente aus, endet der Unfallrentenvertrag rückwirkend ab dem dem Unfalltag folgenden Tag. Ebenso endet der Unfallrentenvertrag, wenn die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet hat. Die anteilige Prämie wird ab dem Zeitpunkt der Beendigung dem Versicherungsnehmer zurückerstattet.

Artikel 10 Todesfall

1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe bezahlt.
2. Auf die Todesfalleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität gemäß Artikel 7 aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet.
Einen Mehrbetrag an Leistung aus den Leistungsvereinbarungen für dauernde Invalidität kann Helvetia nicht zurückverlangen.

3. Bei Selbstmord der versicherten Person nach Ablauf von zwei Jahren seit Abschluss, Änderung der Leistung oder Wiederherstellung des Vertrages leistet Helvetia die für den Todesfall versicherte Summe. Sollte bei einer Vertragserneuerung die Todesfallsumme unverändert bleiben, beginnt die Frist nicht von neuem.
4. Standardbezugsrecht (wenn im Versicherungsvertrag nicht anders vereinbart):
Im Fall des Todes:
 - der einzigen versicherten Person: die gesetzlichen Erben;
 - der hauptversicherten Person (wenn mehrere erwachsene Personen in einem Versicherungsvertrag versichert gelten): der mitversicherte Ehe- oder Lebenspartner
 - des mitversicherten Ehe- oder Lebenspartners: die hauptversicherte Person
 - der hauptversicherten Person und des Ehe- oder Lebenspartners oder eines mitversicherten Kindes: die gesetzlichen Erben

Artikel 11 Taggeld

1. Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender unfallbedingter Invalidität für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der Erwerbstätigkeit der versicherten Person längstens für 365 Tage innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.
Die Leistung erfolgt nach Ablauf einer allfällig vereinbarten Karenzfrist.
2. Personen ohne Erwerbstätigkeit erhalten stattdessen ein Pfl egetaggeld, sofern nach einem versicherten Unfall für mindestens zwei Stunden pro Tag Pflegebedürftigkeit besteht.
Ein vorübergehender, kurzfristiger Verlust der Erwerbstätigkeit zum Zeitpunkt des Unfalles von nicht länger als sechs Monaten löst keine Leistungsfreiheit aus.
3. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit bzw. das Ausmaß und die Dauer der Pflegebedürftigkeit sind ärztlich nachzuweisen. Helvetia ist berechtigt, die Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen Arbeitsmediziner überprüfen zu lassen.

Artikel 12 Taggeld plus

Es gilt Taggeld gemäß Artikel 11.

Der Deckungsumfang zu Taggeld gemäß Artikel 11 – ausgenommen der Leistung für Pfl egetaggeld gemäß Artikel 11.2 - wird wie folgt erweitert:

1. Verdoppelung: Ab dem 43. Tag der vollständigen ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit in der Erwerbstätigkeit der versicherten Person bezahlt Helvetia ab diesem Tag das Doppelte des vereinbarten Tagsatzes.
2. Entführung/Geiselnahme:
Helvetia bezahlt den vereinbarten Tagsatz auch im Fall einer Entführung und/oder Geiselnahme während einer Urlaubsreise, sofern es für den betreffenden Staat/Region keine Reisewarnung (ab Sicherheitsstufe 3 lt. dem Bundesministerium für Europäische und internationale Angelegenheiten) zum Zeitpunkt des Abfluges gegeben hat.

Entführung ist ein krimineller Akt, bei dem eine Person unter Zwang an einen unfreiwilligen Aufenthaltsort verschleppt bzw. dort festgehalten wird.

Geiselnahme ist ein Freiheitsdelikt gegen die persönliche Freiheit und gegen die körperliche Integrität einer Person.

Artikel 13 Spitalgeld

1. Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in einem Spital befindet, längstens für 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

2. Als Spitäler gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken, sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werksspitäler und Krankenreviere der Exekutive.
3. Nicht als Spitäler gelten Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke.

Artikel 14 Spitalgeld plus

Es gilt Spitalgeld gemäß Artikel 13.

Der Deckungsumfang zu Spitalgeld gemäß Artikel 13 wird wie folgt erweitert:

1. Verdoppelung: Ab dem 43. Tag eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes in einem Spital bezahlt Helvetia ab diesem Tag das doppelte des vereinbarten Tagsatzes. Mehrere stationäre Spitalsaufenthalte wegen desselben Unfalles gelten als ein ununterbrochener Spitalsaufenthalt.
2. Schmerzensgeld:
Befindet sich die versicherte Person nach einem Unfall in einer medizinisch notwendigen, ununterbrochenen stationären Heilbehandlung in einem Spital und beträgt dieser Aufenthalt mindestens 14 Tage, so bezahlt Helvetia pro Versicherungsfall einmalig den 100-fachen vereinbarten Tagsatz.
3. Begleitkosten:
Befindet sich die versicherte Person nach einem Unfall in stationärer Heilbehandlung in einem Spital, bezahlt Helvetia die nachgewiesenen Aufenthaltskosten für eine Begleitperson, maximal jedoch den vereinbarten Tagsatz pro Tag.
4. Schulausfallkosten:
Kann das versicherte Kind unfallbedingt die Schule und/oder Kinderbetreuungseinrichtung nicht besuchen, bezahlt Helvetia die nachgewiesenen verpflichtenden Beitragsfortzahlungen während dieser Zeit, maximal jedoch den vereinbarten Tagsatz pro Fehltag.
Kann das versicherte Kind unfallbedingt an einer kostenpflichtigen Schulveranstaltung (z.B. Schulschikurs) nicht teilnehmen und der bereits bezahlte Kostenbeitrag wird nicht rückerstattet, bezahlt Helvetia den vereinbarten Tagsatz pro versäumtem Veranstaltungstag.
5. Pflegekosten:
Muss die versicherte Person unfallbedingt häuslich gepflegt werden, bezahlt Helvetia die dafür nachgewiesenen Kosten eines Pflegedienstes, maximal den vereinbarten Tagsatz.

Artikel 15 Unfallgeld

Unfallgeld wird für längstens 365 Tage innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag gezahlt:

1. Volles Unfallgeld (100%) für die Dauer des Spitalaufenthaltes gemäß Artikel 13.
2. Halbes Unfallgeld (50%) für vorübergehende vollständige Arbeitsunfähigkeit in der Erwerbstätigkeit nach Beendigung des Spitalaufenthaltes gemäß Artikel 11.
3. Viertel Unfallgeld (25%) für vorübergehende vollständige Arbeitsunfähigkeit in der Erwerbstätigkeit ohne vorangehenden Spitalsaufenthalt gemäß Artikel 11.

Artikel 16 Unfallkosten

Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden von Helvetia Unfallkosten ersetzt, sofern sie innerhalb von 4 Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz zu erlangen ist.

Eine Leistung erfolgt aufgrund von eingereichten Originalbelegen bzw. der Abrechnungsunterlagen von sonstigen Leistungsträgern. Die Gesamtleistung aus den Unfallkosten ist mit der Versicherungssumme je Versicherungsfall begrenzt.

Unfallkosten sind:

1. **Heilkosten**, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren und deren Wirksamkeit von der Schulmedizin überwiegend anerkannt werden. Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines – auch nur teilweisen - Zahnersatzes sowie andere, nach ärztlichem Ermessen erforderliche erstmalige Anschaffungen. Nicht ersetzt werden Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines – auch nur teilweisen - Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe sowie Kosten für Bade-, Erholungsreisen und –aufenthalte.
Im Rahmen der Heilkosten werden auch medizinisch notwendige und ärztlich verordnete private Ordinations- und Operationskosten (inkl. Standardunterbringung in privaten Spitälern, Krankenanstalten und Sanatorien) ersetzt.
2. **Bergungskosten**, die notwendig werden, wenn die versicherte Person
 - 2.1. einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss;
 - 2.2. durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und ihre Bergung erfolgen muss.

Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach der versicherten Person und ihres Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zu dem, dem Unfallort nächstgelegenen Spital.

3. **Hubschrauberbergkosten**, das sind die Kosten einer Bergung (gemäß Punkt 2) mit einem Notarzthubschrauber nach Sport- und Freizeitunfällen, soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz zu leisten ist. Nicht ersetzt werden die Kosten bei Berufs- und Verkehrsunfällen. Besteht bei anderen Versicherungsträgern, Vereinigungen, Institutionen oder Ähnlichem ein vertraglicher oder gesetzlicher Anspruch auf Kostenersatz, besteht Versicherungsschutz nur insoweit, als die Kosten durch diese Dritte nicht übernommen werden. Helvetia leistet diese Kosten zusätzlich zur gewählten Versicherungssumme für Unfallkosten. Ereignen sich diese Unfälle im Ausland, übernimmt Helvetia diese Kosten bis max. EUR 10.000,-.
4. **Transportkosten**, das sind die nachgewiesenen Kosten für den bodengebundenen Transport der versicherten Person vom Unfallort in das nächstgelegene Spital.
Stehen diesem Spital nicht die medizinisch notwendigen Einrichtungen zur Verfügung, die eine ordnungsgemäße Behandlung der versicherten Person ermöglichen, sind auch die Kosten eines bodengebundenen Verlegungstransportes in das nächstgelegene Spital, das über diese Einrichtungen verfügt, mitversichert.
5. **Rückholkosten**, das sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen bodengebundenen Verletztentransportes, wenn die versicherte Person außerhalb ihres Wohnortes verunfallt ist, von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in das sie nach dem Unfall gebracht wurde, an ihren Wohnort bzw. zum nächstgelegenen Krankenhaus.
Bei einem tödlichen Unfall werden von Helvetia auch die Kosten der Überführung des Verstorbenen zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.
Rückholkosten aus dem Ausland sind bis zur Versicherungssumme für Unfallkosten versichert.
6. Kosten für **kosmetische Operationen**, die notwendig werden, wenn durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart beschädigt oder verformt wurde, dass nach Abschluss der Heilbehandlung das äußere Erscheinungsbild der versicherten Person hierdurch dauernd beeinträchtigt ist.
Unterzieht sich die versicherte Person zur Beseitigung dieser Unfallfolgen einer kosmetischen Operation, übernimmt Helvetia die mit der Operation und der klinischen Behandlung im Zusammenhang stehenden Kosten für Arzthonorare, Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Standardunterbringung und Verpflegung in einer Klinik.

Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für zusätzliche Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für häusliche Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.

Helvetia leistet diese Kosten bis max. EUR 10.000,- zusätzlich zur gewählten Versicherungssumme für Unfallkosten.

7. **Therapiekosten für Alternativmedizin** (z.B. TCM) werden von Helvetia im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten für 10 Einheiten, max. EUR 80,- pro Einheit ersetzt.

Artikel 17 Unfallkosten plus

Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden von Helvetia Unfallkosten ersetzt, sofern sie innerhalb von 4 Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz zu erlangen ist.

Eine Leistung erfolgt aufgrund von eingereichten Originalbelegen bzw. der Abrechnungsunterlagen von sonstigen Leistungsträgern. Die Gesamtleistung aus den Unfallkosten ist mit der Versicherungssumme je Versicherungsfall begrenzt.

Unfallkosten sind:

1. **Heilkosten**, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren und deren Wirksamkeit von der Schulmedizin überwiegend anerkannt werden. Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten der erstmaligen Anschaffung, Wiederbeschaffung bzw. Reparatur künstlicher Gliedmaßen und eines – auch nur teilweisen - Zahnersatzes sowie andere, nach ärztlichem Ermessen erforderliche erstmalige Anschaffungen. Im Rahmen der Heilkosten werden auch medizinisch notwendige und ärztlich verordnete private Ordinations- und Operationskosten (inkl. Standardunterbringung in privaten Spitälern, Krankenanstalten und Sanatorien) ersetzt. Nicht ersetzt werden Kosten für Bade-, Erholungsreisen und –aufenthalte.
2. **Bergungskosten**, die notwendig werden, wenn die versicherte Person
 - 2.1. einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss;
 - 2.2. durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und ihre Bergung erfolgen muss.Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach der versicherten Person und ihres Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zu dem, dem Unfallort nächstgelegenen Spital.
3. **Hubschrauberbergkosten**, das sind die Kosten einer Bergung (gemäß Punkt 2) mit einem Notarzthubschrauber nach Sport- und Freizeitunfällen, soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz zu leisten ist. Nicht ersetzt werden die Kosten bei Berufs- und Verkehrsunfällen. Besteht bei anderen Versicherungsträgern, Vereinigungen, Institutionen oder Ähnlichem ein vertraglicher oder gesetzlicher Anspruch auf Kostenersatz, besteht Versicherungsschutz nur insoweit, als die Kosten durch diese Dritte nicht übernommen werden. Helvetia leistet diese Kosten zusätzlich zur gewählten Versicherungssumme für Unfallkosten. Ereignen sich diese Unfälle im Ausland, übernimmt Helvetia diese Kosten bis max. EUR 15.000,-.
4. **Transportkosten**, das sind die nachgewiesenen Kosten für den bodengebundenen Transport der versicherten Person vom Unfallort in das nächstgelegene Spital. Stehen diesem Spital nicht die medizinisch notwendigen Einrichtungen zur Verfügung, die eine ordnungsgemäße Behandlung der versicherten Person ermöglichen, sind auch die Kosten eines bodengebundenen Verlegungstransportes in das nächstgelegene Spital, das über diese Einrichtungen verfügt, mitversichert.
5. **Rückholkosten**, das sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen bodengebundenen Verletztentransportes, wenn die versicherte Person außerhalb ihres Wohnortes verunfallt ist, von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in das sie nach dem Unfall gebracht wurde, an ihren Wohnort bzw. zum nächstgelegenen Krankenhaus.

Bei einem tödlichen Unfall werden von Helvetia auch die Kosten der Überführung des Verstorbenen zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.

Rückholkosten aus dem Ausland sind bis zur Versicherungssumme für Unfallkosten versichert.

6. Kosten für **kosmetische Operationen**, die notwendig werden, wenn durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart beschädigt oder verformt wurde, dass nach Abschluss der Heilbehandlung das äußere Erscheinungsbild der versicherten Person hierdurch dauernd beeinträchtigt ist.

Unterzieht sich die versicherte Person zur Beseitigung dieser Unfallfolgen einer kosmetischen Operation, übernimmt Helvetia die mit der Operation und der klinischen Behandlung im Zusammenhang stehenden Kosten für Arzthonorare, Medikamente, Verbandzeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Standardunterbringung und Verpflegung in einer Klinik.

Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für zusätzliche Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für häusliche Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.

Helvetia leistet diese Kosten bis max. EUR 15.000,- zusätzlich zur gewählten Versicherungssumme für Unfallkosten.

7. **Therapiekosten für Alternativmedizin** (z.B. TCM) werden von Helvetia im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten für 10 Einheiten, max. EUR 100,- pro Einheit ersetzt.

8. **Monatliche Fixkosten** werden bei vorübergehender vollständiger Arbeitsunfähigkeit in der Erwerbstätigkeit der versicherten Person durch einen Unfall und nach einem ununterbrochenen mindestens 14-tägigem Spitalsaufenthalt bis max. EUR 1.000,- übernommen.
Die Kosten werden pro angefangenem Monat für die Dauer der 100%igen Arbeitsunfähigkeit, höchstens jedoch für 6 Monate gezahlt.

Fixkosten sind die nachgewiesenen anteilmäßigen monatlichen tatsächlichen privaten Kosten der versicherten Person für Wohnraummiete inkl. Betriebskosten, Kredit- und Leasingraten, Strom, Gas, Heizung, Alimente und Versicherungsprämien für private Sachversicherungsverträge der Helvetia.

Helvetia leistet diese Kosten zusätzlich zur gewählten Versicherungssumme für Unfallkosten.

Personen ohne Erwerbstätigkeit haben keinen Anspruch auf den Ersatz der Fixkosten.

Helvetia sind Nachweise der Fixkosten vorzulegen.

Als Spitäler gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken, sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werksspitäler und Krankenreviere der Exekutive.

Nicht als Spitäler gelten Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke.

Helvetia kann Nachweise verlangen, welche das ununterbrochene Fortbestehen der vorübergehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit bestätigen.

9. **Fahrtkosten**, das sind die Transportkosten der versicherten Person nach einem Unfall zur Krankengymnastik oder zu Therapien.
Helvetia übernimmt pro Versicherungsfall die Fahrtkosten bis zu max. 10% der vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten.

Helvetia sind Nachweise der absolvierten Krankengymnastik / Therapie vorzulegen.

Bei Privatfahrten wird das amtliche Kilometergeld ersetzt.

Artikel 18 Knochenbruch

Erleidet die versicherte Person aufgrund eines Unfalles einen Knochenbruch (Fraktur), einen knöchernen Abriss, sowie Wachstumsfugenverletzungen wird unabhängig von der Anzahl der gebrochenen Knochen die für den Knochenbruch versicherte Summe bezahlt.

Knochenabsplitterungen, Fissuren (Haarrisse) und ähnliche Verletzungen gelten nicht als Knochenbruch.

Der Versicherungsschutz endet mit dem vollendeten 70. Lebensjahr der versicherten Person. Die anteilige Prämie wird ab dem Zeitpunkt der Beendigung dem Versicherungsnehmer zurückerstattet.

Artikel 19 Zusatzleistungen

1. Zusatzleistungen allgemein

1.1. Benützung von Luftfahrzeugen

Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast in Motorflugzeugen, welche für die Verwendungsart Personenbeförderung zugelassen sind, erleidet. Als Fluggast gilt, wer weder mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht oder Besatzungsmitglied ist, noch mittels des Luftfahrzeuges eine berufliche Betätigung ausübt.

Unfälle, die den Ausschlusstatbestand des Artikels 22, Punkt 2.1 erfüllen, sind jedenfalls vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

1.2. Schlangenbisse und Insektenstiche

Die Folgen eines Schlangenbisses oder von Insektenstichen (z. B. allergische Reaktionen) gelten als Unfall gemäß Artikel 6, Punkt 1.

Der Versicherungsschutz besteht jedoch nur, wenn der Ausbruch der Erkrankung frühestens drei Monate nach Beginn des Versicherungsvertrages bzw. spätestens bis drei Monate nach Beendigung des Vertrages stattfand.

Eine Leistung wird von Helvetia nur für Tod (gemäß Artikel 10) oder dauernde Invalidität (gemäß Artikel 7) erbracht. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme mit EUR 40.000,- begrenzt.

1.3. Infektionen

Für Personen, die einen Gesundheitsberuf ausüben und für Personen, die ehrenamtlich bei Rettungs- oder Sanitätsdiensten arbeiten, ist das Infektionsrisiko mitversichert. Es gelten in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandene Infektionen, bei denen aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass es sich um die Folge eines Unfallereignisses (Stich, Schnitt, plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase) handelt, mitversichert. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des plötzlichen Eindringens nicht. HIV, Hepatitis C und Unfallfolgen im unmittelbaren oder mittelbaren Zusammenhang mit Ereignissen, die genetische Schäden zur Folge haben, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist die Einhaltung der für den Beruf geltenden Schutzvorschriften (z.B. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz und ähnliches).

1.4. Röntgenklausel

Für Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Krankenschwestern, Krankenpfleger, Röntgenassistenten und Arzthelfer gilt:

Gesundheitsschädigungen infolge eines Unfalles durch Röntgen- und Laserstrahlen oder künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen bzw. Strahlen aus aktuell anerkannten medizinischen Geräten sind versichert.

Ausgeschlossen sind anerkannte Berufskrankheiten aus dem regelmäßigen Hantieren mit entsprechenden Geräten.

1.5. Kinderlähmung; Frühsommer-Meningoencephalitis; Borreliose

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf die Folgen der Kinderlähmung und der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis und Borreliose, wenn die Erkrankung serologisch festgestellt und frühestens 15 Tage nach Beginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung zum Ausbruch kommt.

Eine Leistung wird von Helvetia nur für Tod (gemäß Artikel 10) oder dauernde Invalidität (gemäß Artikel 7) erbracht. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme mit EUR 40.000,- begrenzt.

Ist ein aktiver Impfschutz möglich und wird dieser nachgewiesen, besteht für die Todes- oder Invaliditätsleistung keine Begrenzung, außer die der Versicherungssumme selbst. Dies gilt auch dann, wenn ein aktiver Impfschutz aus Alters- oder Verträglichkeitsgründen nicht möglich ist. Als Zeitpunkt des Versicherungsfalles gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis oder Borreliose diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde.

1.6. Mitversicherung von Neugeborenen

Kinder, die während der Laufzeit des Vertrages geboren werden, gelten ab Geburt bis zum dritten Geburtstag im Rahmen der versicherten Leistungen für dauernde Invalidität (gemäß Artikel 7) und Tod (gemäß Artikel 10) zu 100 % mitversichert. Im Rahmen der Todesfallsumme werden max. EUR 20.000,- ersetzt. Keine Leistung erfolgt aus anderen Vertragsteilen und Leistungen. Neugeborene sind bei Mutter und Vater mitversichert. Ist das neugeborene Kind bei mehreren bei Helvetia bestehenden Verträgen mitversichert, wird aus dem Vertrag mit der höheren Entschädigungsleistung geleistet. Es kann nur aus einem einzigen bei Helvetia bestehenden Vertrag eine Leistung verlangt werden.

1.7. Unfallkostenersatz für mitversicherte Kinder

Sind im Versicherungsvertrag Kinder als versicherte Personen mitversichert, gilt:
Sind aus medizinischen Gründen die versicherten Unfallfolgen erst nach Abschluss des Wachstums des versicherten Kindes endgültig zu beheben, kann die Leistung in der Höhe der Kosten zum Unfallzeitpunkt verlangt werden. Die Höhe der Kosten sind durch einen ärztlichen Kostenvoranschlag / Heilkostenplan nachzuweisen.

1.8. Kostenübernahme bei Obliegenheitserfüllung

Helvetia übernimmt die erforderlichen Kosten, die auf Weisung von Helvetia durch Erfüllung der in Artikel 26, Punkt 2. bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen bleiben davon Kosten nach Artikel 26, Punkt 2.3.

2. Zusatzleistungen für einzeln versicherte Kinder:

Versichert ist eine namentlich genannte und im Versicherungsvertrag dokumentierte Person, welche das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Stirbt der Versicherungsnehmer, sofern abweichend von der versicherten Person, während der Vertragsdauer, wird der Vertrag bis zum Ende der Vertragsdauer prämienfrei weitergeführt.

Kann die versicherte Person unfallbedingt länger als zwei Wochen am Unterricht einer Pflichtschule nicht teilnehmen, sind die notwendigen, nachgewiesenen Kosten einer Nachhilfe bis max. EUR 250,- mitversichert.

Diese Person bleibt über das 18. Lebensjahr hinaus bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres im vereinbarten Umfang versichert, wenn und solange die versicherte Person über kein eigenes regelmäßiges Einkommen aus selbständiger oder unselbständiger Arbeit verfügt. Einkommen aus einer geringfügigen Beschäftigung, Familienbeihilfe, Studienbeihilfe und Stipendien, Ferialpraxis, Entschädigung aus Präsenz- oder Zivildienst, sowie Lehrlingsentschädigung (oder Beihilfe über AMS bei Lehrlingsausbildung) gelten nicht als eigenes regelmäßiges Einkommen.

3. Zusatzleistungen für mitversicherte Kinder:

Sind – zusätzlich zum Versicherungsnehmer – auch minderjährige Kinder im Versicherungsvertrag namentlich genannt und dokumentiert, so sind sie bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres im vereinbarten Umfang versichert.

Stirbt der Versicherungsnehmer, sofern abweichend von der versicherten Person, während der Vertragsdauer, wird der Vertrag bis zum Ende der Vertragsdauer prämienfrei weitergeführt.

Kann die versicherte Person unfallbedingt länger als zwei Wochen am Unterricht einer Pflichtschule nicht teilnehmen, sind die notwendigen, nachgewiesenen Kosten einer Nachhilfe bis max. EUR 250,- mitversichert.

Diese Kinder bleiben über das 18. Lebensjahr hinaus bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres im vereinbarten Umfang versichert, wenn sie mit dem Versicherungsnehmer im gemeinsamen Haushalt leben.

Geistig behinderte Kinder, für die die Eltern die Sachwalterschaft innehaben und die im gemeinsamen Haushalt leben, sind vom Alter unbegrenzt mitversichert.

Zu den Kindern zählen sowohl eigene Kinder, als auch Stief-, Adoptiv-, Enkel- oder Pflegekinder. Der Versicherungsschutz für Kinder gilt auch, wenn sie im gemeinsamen Haushalt des zweiten Elternteiles leben oder der gemeinsame Haushalt zum Zwecke der Ausbildung nicht gegeben ist.

Der Versicherungsschutz für Kinder endet vor dem vollendeten 25. Lebensjahr, wenn diese über ein eigenes regelmäßiges Einkommen aus selbstständiger oder unselbstständiger Arbeit verfügen. Einkommen aus einer geringfügigen Beschäftigung, Familienbeihilfe, Studienbeihilfe und Stipendien, Ferialpraxis, Entschädigung aus Präsenz- oder Zivildienst, sowie Lehrlingsentschädigung (oder Beihilfe über AMS bei Lehrlingsausbildung) gelten nicht als eigenes regelmäßiges Einkommen.

Artikel 20 Fälligkeit der Leistung

1. Helvetia ist verpflichtet, innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität gemäß Artikel 7 innerhalb dreier Monate, zu erklären, ob und in welcher Höhe Helvetia eine Leistungspflicht anerkennt. Diese Fristen beginnen mit Beendigung der Erhebungen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung nötig sind.
2. Steht die Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig. Die Fälligkeit der Leistung tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Anspruchsberechtigte nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung von Helvetia verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und Helvetia diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.
3. Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, kann der Anspruchsberechtigte von Helvetia Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den Helvetia nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben wird.
4. Für Leistungen aus dem Titel einer Dauernden Invalidität sind überdies Artikel 7, Punkt 6 und Artikel 7, Punkt 7 zu beachten.

Artikel 21 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Unfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen entscheidet verbindlich ein Schiedsgutachter, sofern dies der Anspruchsberechtigte oder Helvetia verlangen und diese Meinungsverschiedenheiten auf insofern abweichenden medizinischen Gutachten des von Helvetia im Anlassfall beigezogenen sowie eines vom Anspruchsberechtigten beauftragten Gutachterarztes beruhen.
2. Gemäß § 184 VersVG ist die Entscheidung des Schiedsgutachters nur dann nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. In diesem Fall entscheidet ein ordentliches Gericht über die strittige Frage. Letzteres gilt auch, wenn der Schiedsgutachter die Feststellung nicht treffen kann oder will oder sie länger als drei Monate verzögert oder wenn der Schiedsgutachter nicht entscheidet, weil der Anspruchsberechtigte zwar die Entscheidung des Schiedsgutachters verlangt hat, aber nicht fristgerecht gemäß dem untenstehenden Punkt 7. mitgeteilt hat, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein.
3. Das Recht, die Entscheidung eines Schiedsgutachters zu verlangen, steht sowohl dem Anspruchsberechtigten als auch Helvetia zu. Das Verlangen einer Entscheidung des Schiedsgutachters hat binnen sechs Monaten ab Zugang der von Helvetia in geschriebener Form übermittelten Entscheidung über die jeweils strittige Fragestellung im Sinne des Punktes 1. unter Bekanntgabe der Forderung bzw. Auffassung und unter Vorlage eines diese Forderung/Auffassung begründenden medizinischen Gutachtens zu erfolgen. Auf dieses Recht sowie die dafür geltenden Erfordernisse und Rahmenbedingungen wird Helvetia den Anspruchsberechtigten in seiner Entscheidung über den Anspruch und/oder die strittige Fragestellung in geschriebener Form hinweisen.
4. Als Schiedsgutachter bestellen der von Helvetia im Anlassfall beigezogene sowie der vom Anspruchsberechtigten mit der bisherigen Fallbeurteilung beauftragte Gutachterarzt einvernehmlich einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung), welcher in die Liste der in Österreich gerichtlich zertifizierten medizinischen Sachverständigen eingetragen ist.
Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Schiedsgutachters nicht, wird ein für die Beurteilung der strittigen Fragen zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die Österreichische Ärztekammer als Schiedsgutachter bestellt.

5. Die Obliegenheiten gemäß Artikel 26, Punkt 2.3., Punkt, 2.7. und Punkt 2.8. gelten sinngemäß für das Schiedsgutachterverfahren. Die versicherte Person trifft demnach auch die Obliegenheit, sich vom Schiedsgutachter untersuchen zu lassen.
6. Der Schiedsgutachter hat ein Gutachten zu erstellen und über die strittigen Tatsachen im Sinne des Punktes 1. zu entscheiden. Diese Entscheidung des Schiedsgutachters hat eine schriftliche Begründung zu umfassen, die sich mit den vorhandenen Gutachten auseinandersetzt.
7. Verlangt Helvetia die Entscheidung des Schiedsgutachters, so trägt Helvetia dessen Kosten allein. Verlangt der Anspruchsberechtigte die Entscheidung des Schiedsgutachters, hat Helvetia dem Anspruchsberechtigten vor Aufnahme der Tätigkeit des Schiedsgutachters in geschriebener Form den Maximalbetrag der vom Anspruchsberechtigten zu tragenden Kosten mitzuteilen. Dieser Maximalbetrag ist von Helvetia unter Bedachtnahme auf die zu erwartenden objektiv notwendigen Kosten des Schiedsgutachters zu bestimmen und darf nicht mehr als 5 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch 25 % des strittigen Betrages betragen.

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Artikel 22 Ausschlüsse

1. Krankheiten sind nicht versichert. Übertragbare Krankheiten gelten auch nicht als Unfallfolge. Abweichend davon gilt Artikel 19, Punkt 1.2., Punkt 1.3. und Punkt 1.5.
2. Der Versicherungsschutz gilt nicht für Unfälle und sonstige Leistungsfälle,
 - 2.1. die die versicherte Person als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit sie nach österreichischem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges erleidet; bei einer ausschließlich mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit; bei der Benutzung von Raumfahrzeugen; bei der Benutzung von nicht motorisch angetriebenen Luftfahrzeugen und Luftfahrgeräten (Para- und Hängegleiten, Drachenfliegen, Fallschirmspringen, Gleitsegeln, Segelfliegen; Tandem-Flüge und -Sprünge sind jedoch versichert);
 - 2.2. die bei Fahrten auf Rennstrecken, Motocross-Strecken und Trainingsanlagen für Motorsport entstehen;
 - 2.3. die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen; dazu zählt nicht die Teilnahme an Fahrsicherheitstrainings und das nicht vereinsmäßig betriebene Go-Kart-Fahren, sowie Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungs- und Gleichmäßigkeitsfahrten, welche auf öffentlichen Straßen durchgeführt werden, sofern es bei den Fahrten auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt;
 - 2.4. die bei der vereinsmäßigen Ausübung des Fußballsportes oder einer anderen Mannschaftssportart (Handball, Volleyball, Basketball, Faustball, Football, Rugby, Eishockey, Landhockey, Lacrosse, Quidditch) entstehen;
 - 2.5. die bei der Ausübung als Berufssportler entstehen: Dazu zählen Personen, die beruflich einen Sport ausüben bzw. ihren überwiegenden Lebensunterhalt aus der sportlichen Betätigung erzielen;
 - 2.6. die die versicherte Person als von der österreichischen Sporthilfe geförderter Sportler bei der Ausübung der geförderten Sportart und dem darauf bezüglichen Training erleidet;
 - 2.7. die bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Sportwettbewerben
 - in Kampfsportarten mit ausgeprägtem Körperkontakt (Karate, Judo, Boxen, Kickboxen und ähnliches),
 - bei Schwerathletik (professionelles Bodybuilding, Kraftdreikampf, Gewichtheben) und
 - auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyling, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens oder Rodeln im Rahmen der Sportausübung, sowie im offiziellen Training für diese Veranstaltungen entstehen;
 - 2.8. die bei der Ausübung folgender gefährlicher Aktivitäten bzw. Sportarten entstehen:
 - Tauchen, Apnoetauchen,

- Klettern und Bergsteigen im alpinen Gelände ab Schwierigkeitsgrad 4 (gemäß UIAA-Skala),
 - Eisfallklettern,
 - Teilnahme an nationalen oder internationalen Mountainbike-Abfahrtsrennen oder Mountainbike-Sprungwettbewerben (z.B. Downhill, Uphill, Cross Country, Transalp, Freeride/Trial, Marathon) sowie den dazugehörigen Trainingsfahrten.
 - Expeditionen als Entdeckungs- und Forschungsreisen,
 - Höhlentrekking,
 - Canyoning;
- 2.9. die bei der Ausübung von Extremsportarten, das sind jene, die hauptsächlich dadurch gekennzeichnet sind, dass sie mit großen Geschwindigkeiten, aus großen Höhen oder in großen Tiefen ausgeführt werden, wie z.B. Bungeejumping, Heli-Bungee, Freeclimbing, Freeriding (Heliskiing), Houserunning, Speedriding/Speedflying, HydroSpeed, Skysurfen, Scad-Diving etc., entstehen;
- 2.10. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
- 2.11. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegereignissen jeder Art zusammenhängen; Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebenten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Ausgeschlossen bleiben Personen, die sich zum Zweck der Berichterstattung oder der Hilfeleistung willentlich in das Kriegsgebiet begeben haben. Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.
- 2.12. die durch innere Unruhen entstehen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat;
- 2.13. die mittelbar oder unmittelbar
- durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen,
 - durch Kernenergie,
 - durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes, außer jenen, die durch veranlasste Heilbehandlungen infolge eines Versicherungsfalles entstehen, verursacht werden;
- 2.14. die die versicherte Person infolge
- einer Bewusstseinsstörung oder
 - einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Drogen bzw. Suchtgifte oder
 - durch epileptische Anfälle oder
 - andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreift, erleidet.
- Versicherungsschutz besteht für Unfälle, die verursacht werden durch einen Herzinfarkt, einen Schlaganfall oder eine krankheitsbedingte oder plötzliche Bewusstseinsstörung (Blutdruckschwankung, Blutzuckerschwankung, Ohnmacht, Kreislaufkollaps). Eine wesentliche Beeinträchtigung durch Alkohol liegt beim Lenker eines Kraftfahrzeuges jedenfalls ab einem Blutalkoholwert von 0,8 Promille, bei sonstigen Unfällen ab einem Blutalkoholgehalt von 1,3 Promille zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles vor. Eine Verweigerung des Alko-Tests oder der Blutabnahme zur Feststellung des Blutalkoholgehaltes wird einer wesentlichen Beeinträchtigung der psychischen Leistungsfähigkeit gleichgestellt;
- 2.15. die durch Gesundheitsschäden im Zuge von Heilmaßnahmen oder Eingriffen am Körper der versicherten Person entstehen; Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen vom Versicherungsschutz umfassten Unfall medizinisch veranlasst waren.

Artikel 23 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

1. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität nur vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war.
Die Vorinvalidität wird nach den Bestimmungen des Artikels 7 bemessen.
2. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung – insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft anlagebedingte oder abnützungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind – oder deren Folgen mitgewirkt, ist bei einem Mitwirkungsanteil von mindestens 25% die Versicherungsleistung wie folgt zu ermitteln:
 - 2.1. Bei den Versicherungsleistungen dauernde Invalidität gemäß Artikel 7 oder Unfallrente gemäß Artikel 8 bzw. gemäß Artikel 9 wird der Prozentsatz des Invaliditätsgrades um den Mitwirkungsanteil vermindert.
 - 2.2. Bei allen anderen Versicherungsleistungen wird die Leistung entsprechend dem Mitwirkungsanteil vermindert.Dies gilt insbesondere auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnützungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mitverursacht worden ist.
3. Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangeldurchblutung des Herzmuskels entstanden sind (z.B. Herzinfarkt), wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn ein überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung der betreffenden Koronararterie besteht und diese Verletzung durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen auf den Brustkorb verursacht worden ist.
4. Für Gesundheitsschädigungen die auf Grund einer Mangeldurchblutung des Gehirns (z.B.: Schlaganfall) entstanden sind, wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn die Mangelblutung durch eine nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft geeignete mechanische Einwirkung von außen auf den Körper verursacht wird und unmittelbar nach dem Unfall auftritt und weder Krankheit noch Gebrechen mitgewirkt haben.
5. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.
6. Bei Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkt mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.
7. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist. Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Artikel 24 Prämie

1. Die erste oder die einmalige Prämie samt Versicherungssteuer ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsvertrages oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen.
2. Die Folgeprämien einschließlich Gebühren sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu bezahlen.
3. Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38 ff Versicherungsvertragsgesetz (Prämienzahlungsverzug).

Artikel 25 Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Veränderungen der der Helvetia bekanntgegebenen Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person(en) sind Helvetia unverzüglich anzuzeigen, wenn mit der Veränderung eine erhebliche Gefahrerhöhung im Sinne der §§ 23 oder 27 VersVG verbunden ist. Eine solche erhebliche Gefahrerhöhung liegt vor, wenn die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt des Versicherungsfalles oder das Ausmaß der drohenden Unfallfolgen nicht bloß geringfügig erhöht wird.

Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person(en) nach dem zur Zeit der Veränderung gültigen Tarif von Helvetia eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen.

Ergibt sich eine höhere Prämie, so besteht für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu welchem Helvetia die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung der volle Versicherungsschutz. Danach besteht der volle Versicherungsschutz nur bei Zahlung einer - dem höheren Risiko - angepassten Prämie.

Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so werden die Leistungen um 25 % gekürzt.

Gewährt Helvetia für eine Berufstätigkeit oder Beschäftigung keinen Versicherungsschutz, so kann Helvetia nach Maßgabe der Bestimmungen der §§ 23 ff Versicherungsvertragsgesetz (Gefahrerhöhung) kündigen.

Artikel 26 Obliegenheiten

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheit, deren Verletzung Leistungsfreiheit der Helvetia gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Absatz 1 und 2 VersVG, bewirkt, wird bestimmt, dass die versicherte Person als Lenker eines Kraftfahrzeuges die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung, die zum Lenken dieses oder eines typengleichen Kraftfahrzeuges erforderlich wäre, besitzt; dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.

2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit von Helvetia gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Absatz 3 VersVG, Obliegenheitsverletzung, bewirkt, werden bestimmt:

- 2.1. Ein Unfall ist Helvetia unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, in geschriebener Form anzuzeigen.
- 2.2. Ein Todesfall ist Helvetia innerhalb von drei Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.
Helvetia ist das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte obduzieren und nötigenfalls exhumieren zu lassen.
- 2.3. Nach dem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen; ebenso ist für eine angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallfolgen zu sorgen.
- 2.4. Die Unfallanzeige ist Helvetia unverzüglich zuzusenden; außerdem sind Helvetia alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen und nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhaltes beizutragen.
- 2.5. Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen der Versicherte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind zu ermächtigen und aufzufordern, die von Helvetia verlangten Auskünfte gemäß § 11a VersVG zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so ist auch dieser im vorstehenden Sinne zu ermächtigen.

- 2.6. Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die von Helvetia verlangten Auskünfte gemäß § 11 a VersVG zu erteilen.
- 2.7. Helvetia kann verlangen, dass sich die versicherte(n) Person(en) durch die von Helvetia bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
- 2.8. Ist im Versicherungsvertrag auch Spitalgeld, Spitalgeld plus, Unfallgeld oder Unfallkosten plus versichert, so ist Helvetia, nach der Entlassung aus dem Spital eine Bescheinigung der Spitalverwaltung vorzulegen, in welcher der volle Vor- und Zuname des Versicherten, dessen Geburtsdatum, der Tag der Aufnahme in das Spital und der Tag der Entlassung sowie die Diagnose angegeben sein müssen.
- 2.9. Bei Ansprüchen auf Kostenersatz sind Helvetia die Originalbelege zu überlassen.

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

Artikel 27 Versicherungsperiode, Vertragsdauer und Verlängerung

1. Versicherungsperiode

Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres.

2. Vertragsdauer

- 2.1. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung zum vereinbarten Zeitpunkt.
- 2.2. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, gilt der Versicherungsvertrag zunächst für die vertraglich vereinbarte Dauer.
 - 2.2.1 Die Vertragsdauer verlängert sich aber jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht spätestens einen Monat vor Ablauf gekündigt wird. Für den Zugang der Erklärung der Ablaufkündigung steht die gesamte Vertragslaufzeit unter Beachtung der vorerwähnten Frist von einem Monat zur Verfügung.
 - 2.2.2 Für Versicherungsverträge, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehört (Verbraucherverträge) ist vereinbart, dass Helvetia den Versicherungsnehmer frühestens vier Monate, spätestens aber drei Monate vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer darüber informieren und besonders hinweisen wird,
 - dass sich der Vertrag automatisch um ein Jahr verlängert, wenn der Versicherungsnehmer ihn nicht kündigt,
 - dass es zur Verhinderung dieser Vertragsverlängerung notwendig ist, dass der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer kündigt, und zwar durch eine Erklärung an Helvetia, dass er den Vertrag kündigt,
 - dass die Frist zur Kündigung für diese Kündigung offen ist und spätestens einen Monat vor Ablauf endet, und
 - welche Rechtsfolgen die Vertragsverlängerung bei unterbleibender Kündigung sowie die Vertragsbeendigung bei Vornahme der Kündigung haben.
- 2.3. Für den neuerlichen Ablauf der verlängerten Vertragsdauer gelten wiederum die Regelungen der Punkte 2.2.1 und 2.2.2.

Artikel 28 Kündigung, Erlöschen des Vertrages

1. Helvetia kann den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat kündigen, wenn
 - 1.1. innerhalb einer Versicherungsperiode mehr als ein Versicherungsfall eintritt und die Summe aus den Versicherungsleistungen das 4-fache der Jahresprämie dieser Versicherungsperiode übersteigt. Die Kündigung hat spätestens binnen eines Monats ab dem Zeitpunkt zu erfolgen, in

dem die 4-fache Jahresprämie durch eine oder mehrere Auszahlungen von Versicherungsleistungen erreicht ist oder

- 1.2. ein Versicherungsfall eintritt, zu dem Helvetia eine Versicherungsleistung anerkannt hat, die das 8-fache der Jahresprämie jener Versicherungsperiode erreicht, in der der Versicherungsfall eingetreten ist. Die Kündigung hat binnen eines Monats nach Anerkenntnis der Versicherungsleistung zu erfolgen.
 - 1.3. eine Versicherungsleistung wegen eines arglistig erhobenen Anspruchs abgelehnt wird.
2. Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag kündigen
- 2.1. wenn Helvetia einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnt oder seine Anerkennung verzögert.
 - 2.2. nach Anerkennung dem Grunde nach und nach erbrachter Versicherungsleistung.
 - 2.3. nach Entscheidung des Schiedsgutachters und nach Rechtskraft eines Gerichtsurteils.
- Der Versicherungsnehmer kann per sofort, jedoch nicht für einen späteren Zeitpunkt als zum Ende der laufenden Versicherungsperiode kündigen.
3. Der Versicherungsvertrag erlischt mit dem Tod der versicherten Person.
4. Bei Kündigung und Erlöschen des Versicherungsvertrages steht Helvetia die anteilige Prämie bis zur Wirksamkeit der Vertragsauflösung zu.

Artikel 29 Alterslimit

1. Nach Erreichen der Altersgrenze sind sowohl der Versicherungsnehmer als auch Helvetia zur Kündigung des Unfallversicherungsvertrages, unter Einhaltung einer einmonatigen Frist, berechtigt und zwar
 - 1.1. zu den folgenden Hauptfälligkeiten, nachdem eine minderjährige versicherte Person (Kind) das 18. Lebensjahr vollendet hat;
 - 1.2. zu den folgenden Hauptfälligkeiten, nachdem ein einzeln versichertes Kind oder ein mitversichertes Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat;
 - 1.3. zu den folgenden Hauptfälligkeiten, nachdem eine versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet hat;
 - 1.4. zu den folgenden Hauptfälligkeiten, nachdem eine versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet hat;
2. Die Leistungsvereinbarungen Dauernde Invalidität fix, Unfallrente temporär, Unfallrente lebenslang und Knochenbruch können für Personen, welche das 70. Lebensjahr vollendet haben, nicht mehr versichert werden und enden damit spätestens drei Monate nach Erreichen der Altersgrenze.
Bis zur Beendigung der jeweiligen Leistungsvereinbarung gebührt Helvetia die anteilige Prämie.

Artikel 30 Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

1. Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die dem Versicherungsnehmer oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, genommen werden.

Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen. Die Vorschriften der §§ 74 bis 80 VersVG (Versicherung für fremde Rechnung) sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich dem Versicherungsnehmer zustehen.

Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, vom Versicherungsnehmer für eigene Rechnung genommen, so ist zur Gültigkeit des Vertrages die schriftliche Zustimmung des anderen erforderlich. Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten dem Versicherungsnehmer zu, so kann dieser den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.

2. Alle für den Versicherungsnehmer getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für versicherte Person und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen. Diese Personen sind neben dem Versicherungsnehmer für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

Artikel 31 Gerichtsstand

1. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Helvetia bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Firmensitz oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Hat ein selbstständiger Vermittler am Zustandekommen des Vertrages mitgewirkt, ist auch das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Vermittler zur Zeit der Vermittlung oder des Abschlusses seine gewerbliche Niederlassung oder – bei Fehlen einer gewerblichen Niederlassung – seinen Wohnsitz hatte. Helvetia kann Klagen gegen den Versicherungsnehmer bei dem für seinen Wohnsitz zuständigen Gericht erheben.
2. Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht.

Artikel 32 Form der Erklärungen; Änderung der Anschrift

1. Form von Anzeigen und Erklärungen
Für sämtliche Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers an Helvetia ist die geschriebene Form erforderlich, sofern nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde. Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. E-Mail oder – sofern vereinbart – elektronische Kommunikation). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden oder mit qualifizierter elektronischer Signatur gemäß § 4 Abs 1 SVG zugehen muss.
2. Änderung der Anschrift
Der Versicherungsnehmer hat eine Änderung seiner Anschrift Helvetia bekanntzugeben. Solange der Versicherungsnehmer die Änderung seiner Anschrift Helvetia nicht bekannt gibt und Helvetia keine Kenntnis von der neuen Anschrift des Versicherungsnehmers hat, gelten Erklärungen von Helvetia an die ihr vom Versicherungsnehmer zuletzt bekannt gegebene Anschrift als dem Versicherungsnehmer in jenem Zeitpunkt zugegangen, in welchem sie ohne Änderung der Anschrift bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen wären.