

# Zukunft?

«Das Leben nehmen  
wie es kommt.»



**Helvetia Dread Disease – versicherte Krankheiten**  
**Was immer passiert. Wir sind für Sie da.**

Ihre Schweizer Versicherung.

helvetia 

# Informationen zu Helvetia Pro Life und Pro Life Plus

## Der Deckungsumfang von Helvetia Pro Life und Pro Life Plus

Herzinfarkt	Fortgeschrittene Demenz (inkl. Alzheimerkrankheit)
Bypass-Operation der Koronararterien	Parkinson'sche Krankheit
Krebs	Schwere Verbrennungen
Schlaganfall	Koma
Chronisches Nierenversagen	Pflegebedürftigkeit
Organtransplantation	HIV-Infektion – erworben durch Bluttransfusion
Multiple Sklerose	HIV-Infektion – erworben während der beruflichen Tätigkeit
Lähmung	Tödliche Krankheit
Blindheit	Verlust der Sprache
Verlust der Gliedmaßen	Schwere Motoneuronerkrankung
Taubheit	Benigner Gehirntumor
Operation der Herzklappen	Versicherungsschutz für Kinder
Operation der Aorta	Schwerwiegende Erkrankung, verursacht durch Zeckenbiss

## Was gilt als bestimmte schwere Erkrankung im Sinne der Bedingungen?

Versicherungsschutz besteht nur für die folgenden bestimmten schweren Erkrankungen:

### 1 Herzinfarkt:

- 1.1 Ein Herzinfarkt im Sinne der Bedingungen ist der Untergang von Herzmuskelzellen infolge unzureichender Blutzufuhr in den betroffenen Bereichen.
- 1.2 Leistungspflicht im Sinne der Bedingungen liegt nur vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:
  - Auftreten der typischen pectanginösen Schmerzen
  - Frische EKG-Veränderungen nach den üblichen Infarktkriterien
  - Für einen Herzinfarkt typische nachgewiesene Erhöhung von herzspezifischen Markern
  - Nachweis einer Reduzierung der Funktion der linken Herzkammer durch den Herzinfarkt

Diese Reduzierung der Funktion muss z. B. durch eine verminderte Ejektionsfraktion, eine schwere Hypokinesie oder durch Abnormalitäten der Herzwandbewegung nachgewiesen werden.

### 2 Bypass-Operation der Koronararterien:

- 2.1 Eine Bypass-Operation der Koronararterien im Sinne der Bedingungen ist die Durchführung einer Operation an den Koronararterien unter Eröffnung des Brustraumes mit operativer Korrektur von 2 oder mehr Gefäßabschnitten zur Behebung einer nachgewiesenen Verengung oder eines Verschlusses von Herzkranzgefäßen. Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht nach durchgeführter Operation.
- 2.2 Unter diesem Vertrag besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn die Operation innerhalb der ersten 3 Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes durchgeführt wird. Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

### 3 Krebs:

3.1 Krebs im Sinne der Bedingungen ist ein histologisch nachgewiesener bösartiger Tumor, der durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff «Krebs» fallen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin. Die Diagnose muss durch Vorlage des histologischen – bzw. für Leukämien und Lymphome zytologischen – Befundes bestätigt sein.

3.2 Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

- Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome der Klasse 1 (Ann-Arbor-Klassifikation)
- Leukämie (außer chronisch lymphatischer Leukämie), wenn keine generalisierte Ausbreitung von Leukämiezellen im Blut vorliegt.
- Chronisch lymphatische Leukämie mit Schweregrad unterhalb von RAI Klasse 1 oder Binet Klasse A-1
- Carcinoma in situ (einschließlich Zervixdysplasie der CIN-Klassifikationen CIN-1, CIN-2 und CIN-3 und der PAP-Klassifikationen PAP-1 bis PAP-4) oder prä maligne Formen
- Hautkrebs und Melanome, die ein histologisch nachgewiesenes Tumorstadium I oder II der TNM-Klassifikation oder eine Eindringtiefe von weniger als 1,5 Millimetern nach der Breslow-Methode haben. Liegt aber eine Fernmetastasenbildung vor, so werden wir leisten.
- Kaposi-Sarkom und andere Tumore bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung
- Prostatakrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1 (einschließlich T1 (a), T1 (b) oder einer anderen vergleichbaren Klassifikation)
- Papillare Mikrokarzinome der Schilddrüse oder der Blase

3.3 Nach den Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn:

- Erstmalige Symptome innerhalb der ersten 3 Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten.
- Eine Diagnose von Krebs innerhalb der ersten 3 Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.

Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

### 4 Schlaganfall:

4.1 Ein Schlaganfall im Sinne der Bedingungen ist der Untergang von Hirngewebe, verursacht durch eine Durchblutungsstörung des Gehirns infolge eines Hirninfarkts oder einer intrakraniellen oder subarachnoidalen Blutung.

4.2 Leistungspflicht im Sinne der Bedingungen liegt nur vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Das Vorliegen eines Schlaganfalles muss durch CT, MRI oder andere bildgebende Verfahren nachgewiesen werden.
- b) Der Schlaganfall muss zu einem neurologischen Defizit führen, das mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge hat:
  - Der Versicherte ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z.B. Gehhilfe oder Rollstuhl) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne dabei stehen bleiben, sich abstützen oder setzen zu müssen.
  - Der Versicherte ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen oder muss dauerhaft und irreversibel parenteral ernährt werden.
  - Der Versicherte ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.
  - Vollständiger dauerhafter und irreversibler Funktionsverlust einer kompletten Gliedmaße in ihrer Gesamtheit. Komplette Gliedmaße ist definiert als Arm einschließlich der Hand oder Bein einschließlich des Fußes. Der Funktionsverlust muss neurologisch nachgewiesen werden.
- c) Die Beurteilung, ob die unter 4.2 b) aufgeführten Bedingungen an das neurologische Defizit erfüllt sind, darf frühestens 3 Monate nach dem Schlaganfall erfolgen.

# Informationen zu Helvetia Pro Life und Pro Life Plus

## 5 Chronisches Nierenversagen:

Chronisches Nierenversagen im Sinne der Bedingungen ist ein chronisches Nierenversagen im terminalen Stadium, das eine Dauerdialysebehandlung oder eine Nierentransplantation erforderlich macht. Die Notwendigkeit der Dauerdialysebehandlung muss durch einen nephrologischen Bericht belegt werden. Die Versicherungsleistung erfolgt nach Beginn der Dialysebehandlung bzw. nach erfolgter Transplantation.

## 6 Organtransplantation:

6.1 Eine Organtransplantation im Sinne der Bedingungen ist eine durchgeführte Transplantation von Herz (nur komplette Transplantation), Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse (ausgeschlossen ist die Transplantation der Langerhans-Inseln allein), Niere oder Knochenmark von einem Spender auf einen Empfänger, welcher die versicherte Person ist.

6.2 Die Leistung kann vor der Operation erbracht werden, wenn die versicherte Person die Aufnahme in eine offiziell anerkannte Transplantations-Warteliste innerhalb Europas durch ein Transplantationszentrum nachweisen kann und alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Der Versicherte befindet sich seit mindestens einem Jahr auf der Transplantations-Warteliste und ein Transplantationszentrum bestätigt nach diesem Zeitraum, dass die Voraussetzungen für einen Verbleib der versicherten Person auf der Transplantations-Warteliste gegeben sind, oder dass der Versicherte die Transplantations-Warteliste wegen schlechter Gesundheit verlassen musste.
- Es liegt eine Bestätigung durch einen Facharzt vor, dass die Transplantation die bestmögliche Behandlungsweise für die versicherte Person ist und dass die Erkrankung der versicherten Person lebensbedrohlich ist.

## 7 Multiple Sklerose:

7.1 Multiple Sklerose im Sinne der Bedingungen ist eine entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems mit Entmarkungsherden in der weißen Substanz des Gehirns oder Rückenmarks.

7.2 Leistungspflicht im Sinne der Bedingungen liegt nur vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Bei schubförmigem Verlauf der Erkrankung müssen nachweisbar bereits mindestens 2 Schübe aufgetreten sein; bei chronisch progredientem Verlauf der Erkrankung muss mindestens 1 Jahr nach der Diagnose einer chronisch progredienten Multiplen Sklerose vergangen sein.
- b) Die Erkrankung manifestiert sich in neurologischen Defiziten, die mindestens eine der folgende Beeinträchtigungen zur Folge haben:
  - Der Versicherte ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen oder muss dauerhaft und irreversibel parenteral ernährt werden.
  - Der Versicherte ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z. B. Gehhilfe oder Rollstuhl) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne dabei stehen bleiben, sich abstützen oder setzen zu müssen.
  - Es liegt ein neurologisch nachgewiesenes Zentralskotom vor.

7.3 Nach den Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn:

- Erstmalige Symptome innerhalb der ersten 3 Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten.
- Eine Diagnose von Multipler Sklerose innerhalb der ersten 3 Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.

Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz.

## **8 Lähmung:**

Lähmung im Sinne der Bedingungen ist die vollständige und dauerhafte Lähmung von 2 Armen und/oder 2 Beinen und/oder einer Körperhälfte als Folge eines Unfalls oder einer Krankheit.

## **9 Blindheit:**

9.1 Blindheit im Sinne der Bedingungen ist der klinisch nachgewiesene, irreversible und nicht therapierbare weitgehende Verlust der Sehschärfe (Visus) als Folge einer Krankheit oder eines Unfalls.

9.2 Leistungspflicht im Sinne der Bedingungen liegt nur vor, wenn die folgenden beiden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln nicht mehr als 6/60 oder 20/200, oder das Sehfeld auf beiden Augen ist auf maximal 20° beschränkt.
- b) Nach allgemeiner medizinischer Meinung kann die Sehschärfe oder das Sehfeld durch Hilfsmittel oder Implantate nicht derart verbessert werden, dass die Sehschärfe auf dem schlechteren Auge auf mehr als 6/60 oder 20/200 verbessert würde und das Sehfeld auf einem Auge mehr als 20° betragen würde.

## **10 Verlust der Gliedmaßen:**

Verlust der Gliedmaßen im Sinne der Bedingungen ist der vollständige und dauerhafte Verlust von mindestens 2 Gliedmaßen oberhalb der Hand und/oder oberhalb des Fußes.

## **11 Taubheit:**

Taubheit im Sinne der Bedingungen ist der irreversible und nicht therapierbare Verlust der Hörfähigkeit für alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls. Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit durch ein Hörgerät, Implantat oder andere Hilfsmittel derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel gehört werden könnten.

## **12 Operation der Herzklappen:**

12.1 Eine Operation der Herzklappen im Sinne der Bedingungen ist eine Operation am offenen Herzen mit Eröffnung des Brustraumes zur operativen Korrektur oder zum Ersatz von einer oder mehreren Herzklappen. Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht nach durchgeführter Operation.

12.2 Nach den Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn die Operation innerhalb der ersten 3 Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes durchgeführt wird. Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz.

## **13 Operation der Aorta:**

Eine Operation an der Aorta im Sinne der Bedingungen ist eine Operation mit Eröffnung des Brust- oder Bauchraumes zur operativen Korrektur oder zum teilweisen Ersatz der Aorta aufgrund eines Aortenaneurysmas, einer Verengung der Aorta oder einer traumatischen Aortenruptur. Unter dieser Deckung sind Operationen an von der Bauch- oder Brustorta abgehenden Gefäßen nicht gedeckt. Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht nach durchgeführter Operation.

## **14 Fortgeschrittene Demenz (einschließlich Alzheimerkrankheit):**

14.1 Alzheimerkrankheit im Sinne der Bedingungen ist eine progressive degenerative Erkrankung des Gehirns, die durch eine diffuse Hirnatrophie und krankheitsspezifische Zellveränderungen gekennzeichnet ist.

14.2 Demenz im Sinne der Bedingungen ist eine organische, mentale Erkrankung, die durch einen allgemeinen Verlust der intellektuellen Fähigkeiten einschließlich der Beeinträchtigung des Gedächtnisses, des Urteilsvermögens, der Fähigkeit zum abstrakten Denken sowie Änderungen in der Persönlichkeit gekennzeichnet ist.

# Informationen zu Helvetia Pro Life und Pro Life Plus

14.3 Leistungspflicht im Sinne der Bedingungen liegt vor, wenn der Versicherte eine schwere Einschränkung der Alltagskompetenz aufweist. Eine solche schwere Einschränkung der Alltagskompetenz liegt vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Die mentalen Fähigkeiten des Versicherten haben sich infolge von fortgeschrittener Demenz oder der Alzheimerkrankheit erheblich verschlechtert.
- b) Der Versicherte bedarf aufgrund der schweren Einschränkung der Alltagskompetenz der Beaufsichtigung, um Gefährdungen zu verhüten.
- c) Die schwere Einschränkung der Alltagskompetenz kann mit Standardtestverfahren nachgewiesen werden.
- d) Die schwere Einschränkung der Alltagskompetenz wird voraussichtlich dauerhaft bestehen.

Eine schwere Einschränkung der Alltagskompetenz liegt nicht vor, wenn die geistigen Fähigkeiten des Versicherten aufgrund einer seelischen Erkrankung wie z. B. Depressionen beeinträchtigt sind.

Beaufsichtigung zur Verhütung von Gefährdung im Sinne dieser Definition bedeutet, dass der Versicherte beaufsichtigt werden muss, um zu verhindern, dass er sich oder anderen Personen Schaden zufügt, weil der Versicherte:

- den Wohnbereich unkontrolliert verlässt oder
- gefährdende Situationen verkennt oder verursacht oder
- unsachgemäß mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen hantiert oder
- sich tätlich oder verbal aggressiv in Verknennung der Situation verhält.

Die Diagnose der schweren Einschränkung der Alltagskompetenz und der Standardtest müssen von einem Experten für solche Krankheitsbilder durchgeführt werden.

## 15 Parkinson'sche Krankheit:

15.1 Die Parkinson'sche Krankheit im Sinne der Bedingungen ist eine langsam fortschreitende degenerative Erkrankung des Zentralnervensystems, die zu einer Degeneration von Nervenzellen in einem Gebiet des Gehirns führt, welche die Absenkung der Dopamin-Level in Teilen des Gehirns zur Folge hat.

15.2 Leistungspflicht im Sinne der Bedingungen liegt nur vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Mögliche Differenzialdiagnosen müssen explizit ausgeschlossen worden sein.
- b) Die Symptome sind fortschreitend.
- c) Die Erkrankung ist medikamentös nicht ausreichend einzustellen.
  - Falls sich die versicherte Person in medizinisch-technischer Behandlung befindet, so darf die Erkrankung während oder nach der Behandlung nicht ausreichend einstellbar sein.
  - Falls sich der Versicherte einer Operation zur Behandlung der Parkinson'schen Krankheit unterzogen hat, darf die Erkrankung nach dieser Operation nicht ausreichend einstellbar sein.
- d) Die Erkrankung manifestiert sich in neurologischen Defiziten, die die folgende Beeinträchtigung zur Folge haben: Die versicherte Person ist aufgrund der Parkinson'schen Krankheit dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z. B. Gehhilfe oder Rollstuhl) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne dabei stehen bleiben, sich abstützen oder setzen zu müssen.

## 16 Schwere Verbrennungen:

Als schwere Verbrennungen im Sinne der Bedingungen werden Verbrennungen 3. Grades von mindestens 20% der Körperoberfläche bezeichnet, die durch thermische, chemische oder elektrische Einwirkungen auf die Haut entstanden sind. Als Messkriterium gilt die «Neuner-Regel» oder die Körperoberflächenkarte nach Lund und Browder.

## 17 Koma:

- 17.1 Koma im Sinne der Bedingungen ist ein Zustand tiefer Bewusstlosigkeit ohne jegliche Reaktion auf externe Reize oder interne Bedürfnisse.
- 17.2 Leistungspflicht im Sinne der Bedingungen liegt nur vor, wenn die folgenden Bedingungen unter Punkt a) und b) erfüllt sind:
- a) Der Zustand muss für einen Zeitraum von mindestens 96 Stunden andauern und während dieser Zeit eine künstliche Beatmung erfordern.
  - b) Das Koma muss zu permanenten neurologischen Ausfällen führen, die mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge haben:
    - Der Versicherte ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z.B. Gehhilfe oder Rollstuhl) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne dabei stehen bleiben, sich abstützen oder setzen zu müssen.
    - Der Versicherte ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen oder muss dauerhaft und irreversibel parenteral ernährt werden.
    - Der Versicherte hat dauerhaft, irreversibel und nicht therapierbar die Fähigkeit verloren, über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.
    - Der Versicherte kann in MMSE-Tests, die gemäß Anlage C durchgeführt werden, nicht mehr als 16 Punkte erreichen.
- 17.3 Es wird ebenfalls eine Versicherungsleistung erbracht, wenn der Versicherte für einen Zeitraum von 2 Monaten in einem Zustand tiefer Bewusstlosigkeit ohne jegliche Reaktion auf externe Reize oder interne Bedürfnisse gelegen hat und dieser Zustand kein «künstliches Koma» als Therapiemaßnahme ist und die Dauer nicht durch eine Verlängerung des komatösen Zustandes aus therapeutischen Gründen zustande gekommen ist.

## 18 Pflegebedürftigkeit:

Als pflegebedürftig im Sinne der Bedingungen gilt, wer infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls voraussichtlich auf Dauer so hilflos ist, dass er bei mindestens 3 der im Folgenden genannten Punkte a)–f), auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel, in erheblichem Umfang tägliche Hilfe durch eine andere Person braucht.

- a) Fortbewegung im Zimmer:  
Auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls wird die Unterstützung einer anderen Person zur Fortbewegung benötigt.
- b) Aufstehen und Zubettgehen:  
Beim Verlassen des Bettes oder beim Hinlegen wird die Unterstützung einer anderen Person benötigt.
- c) An- und Auskleiden:  
Auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung ist die Hilfe einer anderen Person beim An- und Auskleiden erforderlich.
- d) Einnahme von Mahlzeiten und Getränken:  
Auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße ist beim Essen und Trinken die Hilfe einer anderen Person erforderlich.
- e) Hygiene:  
Die Hilfe einer anderen Person ist beim Waschen, Kämmen oder Rasieren nötig, da der Versicherte die dafür notwendigen Körperbewegungen nicht mehr ausführen kann.
- f) Verrichten der Notdurft:  
Die Hilfe einer anderen Person wird benötigt, weil der Versicherte:
  - Sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann.
  - Seine Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettenschüssel verrichten kann.
  - Der Darm oder die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann. Besteht allein eine Inkontinenz des Darms oder der Blase, die durch Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Hilfebedürftigkeit vor.

# Informationen zu Helvetia Pro Life und Pro Life Plus

Die Pflegebedürftigkeit gilt auch dann als eingetreten, wenn der Versicherte aufgrund einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und der behandelnde Arzt deshalb tägliche Beaufsichtigung veranlasst.

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht nachdem die schwere Pflegebedürftigkeit ärztlich nachgewiesen ist.

## 19 HIV-Infektion – erworben durch Bluttransfusion:

19.1 Eine HIV-Infektion erworben durch Bluttransfusion im Sinne der Bedingungen ist eine HIV-Infektion, die nachweislich auf einer nach Versicherungsbeginn erfolgten Bluttransfusion beruht.

19.2 Leistungspflicht im Sinne der Bedingungen liegt nur vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Dem Versicherer wird ein:
  - Schuldanerkennnis des Herstellers, des Krankenhauses oder der Institution, in der die Transfusion erfolgte, oder
  - rechtskräftiges Urteil, gegen das keine Berufung eingelegt werden kann, vorgelegt, das glaubhaft macht, dass die Ursache für den Eintritt der HIV-Infektion der versicherten Person im Verantwortungsbereich einer der vorstehend genannten Stellen gesehen wurde.
- b) Der Versicherte leidet nicht an Hämophilie.
- c) Der Versicherer muss freien Zugang zu allen Blutproben der versicherten Person haben sowie die Möglichkeit erhalten, diese Blutproben unabhängig testen zu lassen.

19.3 HIV-Infektionen über alle anderen Infektionswege, einschließlich sexueller Aktivitäten und intravenöser Verabreichung von Drogen, sind nicht vom Versicherungsschutz erfasst.

## 20 HIV-Infektion – erworben während der beruflichen Tätigkeit:

20.1 Eine HIV-Infektion – erworben während der beruflichen Tätigkeit – des Versicherten im Sinne der Bedingungen liegt vor, wenn die HIV-Infektion:

- a) durch eine Verletzung oder
- b) durch den beruflichen Umgang mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten während der Ausübung der beruflichen Tätigkeit (Vorfall) hervorgerufen wurde.

20.2 Leistungspflicht im Sinne der Bedingungen liegt nur vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Der Versicherte muss die HIV-Infektion während der Ausübung der normalen Tätigkeit seines Berufes erworben haben, und der Beruf der versicherten Person muss in der nachstehenden Liste enthalten sein.
- b) Die Serokonversion muss innerhalb von 6 Monaten nach dem Vorfall erfolgen.
- c) Der Versicherte muss innerhalb von 5 Tagen nach dem Vorfall einen Bluttest durchführen lassen, der das Nichtvorhandensein von HIV-Viren oder von Antikörpern auf HIV-Viren anzeigt.
- d) Innerhalb von 12 Monaten nach dem Vorfall müssen HIV-Viren oder HIV-Antikörper durch einen weiteren Bluttest nachgewiesen werden.
- e) Der Vorfall muss nach dem üblichen berufs-genossenschaftlichen oder anderen für die Berufsgruppe verbindlichen Verfahren gemeldet und durch die berufsständischen Organisationen anerkannt worden sein.

20.3 HIV-Infektionen über alle anderen Infektionswege, einschließlich sexueller Aktivitäten und intravenöser Verabreichung von Drogen, sind nicht vom Versicherungsschutz erfasst.



20.4 Die oben genannte Liste beruflicher Tätigkeiten umfasst:

- Ärzte / Ärztinnen (Allgemeinärzte / Allgemeinärztinnen, Fachärzte / Fachärztinnen, etc.)
- Zahnärzte / Zahnärztinnen
- Krankenschwestern / -pfleger
- Personal in medizinischen Einrichtungen
- Krankenhauspersonal
- Küchenpersonal im Krankenhaus
- Reinigungspersonal im Krankenhaus
- Arzthelfer / -innen
- Zahnarzthelfer / -innen
- Hebammen
- Sanitäter
- Wäschereipersonal im Krankenhaus
- Feuerwehrleute
- Polizisten / Polizistinnen
- Gefängnispersonal
- Zahntechniker / -innen

## 21 Tödliche Krankheit:

21.1 Tödliche Krankheit im Sinne der Bedingungen ist jede fortschreitende, unheilbare Krankheit, die nach Ansicht eines Facharztes – nicht des Hausarztes – innerhalb von 12 Monaten zum Tode führen wird.

21.2 Leistungspflicht im Sinne der Bedingungen liegt nur vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Die Prognose muss von einem Facharzt erstellt werden, der den Versicherten zuvor nicht behandelt hat.
- b) Es ist keine weitere Behandlung der Erkrankung möglich und es kann nur eine rein palliative Therapie erfolgen.
- c) In Zweifelsfällen ist der Versicherer berechtigt, einen weiteren Facharzt hinzuzuziehen.

## 22 Verlust der Sprache:

Der Verlust der Sprache im Sinne der Bedingungen ist der vollständige und irreversible Verlust des Sprechvermögens über einen ununterbrochenen Zeitraum von 12 Monaten. Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung durch irgendein Hilfsmittel, eine Behandlung oder ein Implantat das Sprechvermögen ganz oder teilweise wiederhergestellt werden könnte.

## 23 Schwere Motoneuronerkrankung:

23.1 Die Motoneuronerkrankung im Sinne der Bedingungen ist charakterisiert durch die fortschreitende Degeneration der Vorderhornzellen oder der bulbären Neuronen und umfasst spinale muskuläre Atrophien, progressive Lähmungen der Hirnnerven, amyotrophe Lateralsklerose und primäre Nervendegeneration.

23.2 Leistungspflicht im Sinne der Bedingungen liegt nur vor, wenn sich die Erkrankung in neurologischen Defiziten manifestiert, die mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge hat:

- a) Der Versicherte ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z. B. Gehhilfe oder Rollstuhl) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne dabei stehen bleiben, sich abstützen oder setzen zu müssen.
- b) Der Versicherte ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen oder muss dauerhaft und irreversibel parenteral ernährt werden.

23.3 Nach den Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn:

- a) Erstmalige Symptome innerhalb der ersten 3 Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten.
- b) Eine Diagnose von Motoneuronerkrankung innerhalb der ersten 3 Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.

Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz.

## 24 Benigner Gehirntumor:

24.1 Ein benigner Gehirntumor im Sinne der Bedingungen ist ein lebensbedrohlicher, nicht bösartiger Tumor des Gehirns.

# Informationen zu Helvetia Pro Life und Pro Life Plus

24.2 Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht, wenn klinische Zeichen des Hirndruckes als Folge des Tumors wie z. B. Papillenödem, Hirnleistungsstörung, epileptische Anfälle oder motorische oder sensorische Beeinträchtigungen nachweisbar sind sowie mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- a) Der Tumor wurde durch eine Operation teilweise oder vollständig entfernt.
- b) Die Behandlung des Tumors durch eine Chemo- oder Strahlentherapie wurde begonnen.
- c) Es ist nur noch eine palliative Behandlung möglich.

24.3 Zysten, Verkalkungen, Granulome, Fehlbildungen in den oder der Arterien oder Venen des Gehirns sowie Tumore der Gehirnanhangsdrüse und der Zirbeldrüse fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

24.4 Nach den Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn:

- a) Erstmalige Symptome innerhalb der ersten 3 Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten.
- b) Eine Diagnose eines benignen Gehirntumors innerhalb der ersten 3 Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.

Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz.

## 25 Versicherungsschutz für Kinder:

Eine Leistung wird erbracht, wenn bei einem Kind der versicherten Person eine der folgenden Krankheiten diagnostiziert wird bzw. einer der folgenden operativen Eingriffe durchgeführt wird:

- Krebs
- Schlaganfall
- Herzinfarkt
- Bypass-Operation der Koronararterien
- Chronisches Nierenversagen
- Organtransplantation
- Multiple Sklerose
- Lähmung
- Verlust der Gliedmaßen
- Blindheit
- Taubheit
- HIV – erworben durch Bluttransfusion
- Operation der Herzklappen

- Operation der Aorta
- Koma
- Verlust der Sprache
- Schwere Motoneuronerkrankung
- Benigner Gehirntumor
- Schwerwiegende Erkrankung verursacht durch Zeckenbiss

Die Definitionen der Krankheiten bzw. Operationen entsprechen dabei denjenigen für die versicherte Person.

Keine Leistung erfolgt, wenn der Zustand des Kindes direkt oder indirekt auf einen Unfall zurückzuführen ist, bei dem das Kind unter Alkohol- oder Drogeneinfluss stand.

Keine Leistung erfolgt, wenn der Zustand des Kindes oder das Ereignis, aus dem der Anspruch abgeleitet wird, direkt oder indirekt auf eine Vorerkrankung zurückzuführen ist.

Eine Vorerkrankung liegt dann vor, wenn das Kind an der Krankheit bereits vor Vertragsabschluss gelitten hat. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Krankheit sich durch Symptome bemerkbar gemacht hat oder nicht. Als Vorerkrankung gilt auch, wenn die Krankheit vor dem 3. Geburtstag des Kindes auftritt, selbst wenn das Kind vor Vertragsabschluss nicht daran litt. Bei rechtmäßig adoptierten Kindern gilt als Vorerkrankung eine Krankheit, an der das Kind bereits zum Zeitpunkt der Adoption gelitten hat (wobei es keine Rolle spielt, ob die Krankheit sich durch Symptome bemerkbar gemacht hat oder nicht).

Für jedes Kind besteht Versicherungsschutz in der Höhe von einem Drittel der entsprechenden Leistung bei den bestimmten schweren Krankheiten, maximal jedoch in der Höhe von EUR 11.000,-.

Die Leistung wird nur dann ausbezahlt, wenn bei dem Kind die entsprechende Krankheit nach dem 3. Lebensjahr und vor Erreichen des 18. Lebensjahres auftritt oder die Operation durchgeführt wird, und es anschließend noch 28 Tage überlebt. Pro Kind kann ein Versicherungsanspruch nur einmal geltend gemacht werden.

Wird ein Versicherungsanspruch für ein Kind geltend gemacht, so wird die versicherte Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten in unveränderter Höhe fortgeführt.

## **26 Schwerwiegende Erkrankung, verursacht durch Zeckenbiss:**

26.1 Eine schwerwiegende Erkrankung verursacht durch Zeckenbiss im Sinne der Bedingungen ist die schwerwiegende Erkrankung verursacht durch Zeckenbiss mit nachfolgender Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) oder Lyme-Borreliose. FSME ist eine durch spezifische ARBO-Viren verursachte Hirnhaut- und Gehirnentzündung (Meningoenzephalitis); die Übertragung erfolgt typischerweise durch Zecken in den bekannten Endemiegebieten. Lyme-Borreliose ist eine durch Zecken übertragene bakterielle entzündliche Infektionserkrankung mit Hautläsion, neurologischen, kardialen und/oder Gelenkmanifestationen.

26.2 Leistungspflicht im Sinne der Bedingungen liegt nur vor, wenn Krankheitserscheinungen innerhalb von 3 Monaten nach dem Zeckenbiss auftreten.

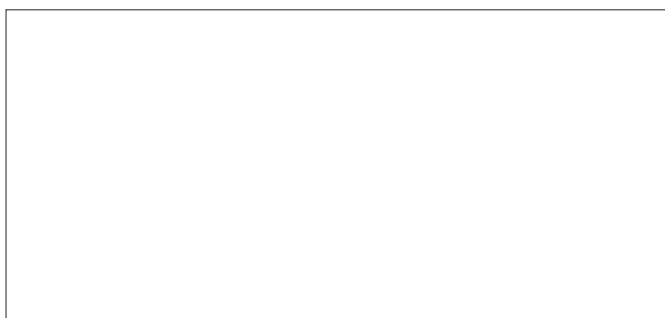
26.3 Leistungspflicht im Sinne der Bedingungen bei Diagnose von FSME liegt nur vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Die Diagnose FSME durch Zeckenbiss muss bestätigt werden: mit Datumsangabe in der Vorgeschichte sowie den Nachweis einer frischen Infektion durch eine Dokumentierung der typischen Antikörperspiegel im Verlauf der Erkrankung.
- b) Es muss eine stationäre Behandlung einer Meningoenzephalitis erfolgt sein.
- c) Es muss ein fachärztlicher Nachweis schwerer neurologischer und/oder psychiatrischer Dauerfolgen durch FSME vorgelegt werden.
- d) Der Aufenthalt in einem eindeutigen Endemiegebiet wurde nachgewiesen.

26.4 Leistungspflicht im Sinne der Bedingungen bei Diagnose von Lyme-Borreliose liegt nur vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Die Diagnose Lyme-Borreliose durch Zeckenbiss muss bestätigt werden: anamnestisch mit Datumsangabe sowie mit einem klaren und eindeutigen Nachweis von *Borrelia-burgdorferi*-DNA aus Synovia oder Liquor.
- b) Es muss einen Nachweis einer frischen Infektion durch spezifische Antikörperspiegel gegen Borrelien (IgM und IgG) und die ärztliche Bestätigung des Krankheitsbildes/Stadiums durch eine fachneurologische Klinik vorliegen.
- c) Es muss ein fachärztlicher Nachweis schwerer neurologischer und/oder psychiatrischer Dauerfolgen durch Lyme-Borreliose vorgelegt werden.
- d) Der Aufenthalt in einem eindeutigen Endemiegebiet wurde nachgewiesen.

Ihr Betreuer:



Dieser Prospekt ist die gekürzte Darstellung von Helvetia Produkten und kein Angebot im rechtlichen Sinn. Der verbindliche und vollständige Inhalt des Versicherungsvertrages ist im Offert, im Antrag, in der Versicherungspolizze und den zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen ausführlich festgelegt. Für Rückfragen steht Ihnen die Helvetia Versicherungen AG oder Ihr Kundenbetreuer gerne zur Verfügung. Irrtümer, Satz- und Druckfehler vorbehalten.  
Stand: Juli 2015

### Helvetia Versicherungen AG

Firmensitz in 1010 Wien, Hoher Markt 10-11  
T +43 (0) 50 222-1000, F +43 (0) 50 222-91000  
[www.helvetia.at](http://www.helvetia.at)



Ihre Schweizer Versicherung.

