

Zusätzliche Versicherungsbedingungen (ZVB) OMNIA Ambulante und stationäre Krankenzusatzversicherung mit Optionen

Inhaltsverzeichnis

Allgemeines	
1 Zweck	
Ambulante Leistungen	
2 Medikamente	
3 Leistungen im Ausland	
4 Personen-Assistance	
5 Transportkosten in der Schweiz	
6 Sehhilfen, Mittel und Gegenstände	
7 Kieferorthopädie	
8 Spezielle Behandlungsformen	
9 Gesundheitsrechtsschutz (Anhang I)	
10 Auslandsrechtsschutz (Anhang II)	
Stationäre Leistungen	
11 Versicherungsdeckung	
12 Spitalbedürftigkeit	
13 Spitalleistungen	
14 Ambulante Eingriffe	
15 Leistungen bei Unterversicherung	
16 Leistungsdauer im Akutspital und in der psychiatrischen Klinik	
17 Leistungen im Ausland	
18 Leistungen für Neugeborene	
19 Badekuren	
20 Erholungskuren	
21 Leistungsdauer bei Kuren	
22 Kurverordnung	
23 Hauskrankenpflege	
24 Haushaltshilfe	
25 Leistungsdauer bei Hauskrankenpflege und Haushaltshilfe	
26 Kinderhütendienst	
Option ambulant und stationär	
27 Allgemeines	
28 Ausübung	
29 Folgen der Optionsausübung	
30 Erlöschen der Optionen	
31 Prämien	
32 Höherversicherung mit Gesundheitsprüfung	
Diverses	
33 Kaufrecht PRIMEO	
34 Prämienanpassung	
35 Helsana Advocare PLUS	
36 Sonderstellung für besondere Versicherungsformen	
37 Versichertenkarte	
Anhang I	
Anhang II	

Allgemeines

1 Zweck

Im Rahmen der OMNIA gewährt der Versicherer bei medizinischer Notwendigkeit Leistungen an Nichtpflichtmedikamente, Leistungen im Ausland, Personen-Assistance, Transportkosten, Sehhilfen, Mittel und Gegenstände, kieferorthopädische Behandlungen sowie spezielle Therapieformen; ferner einen Gesundheits- und Auslandsrechtsschutz der Helsana Rechtsschutz AG (ambulante Leistungen).

Der Versicherer gewährt zusätzlich Aufenthalts- und Behandlungskosten in der allgemeinen Abteilung in einem Spital sowie Beiträge an die Hotellerie der stationären Akut- und Übergangspflege, Bade- und Erholungskuren, Hauskrankenpflege, Haushaltshilfe, Kinderhütendienst und ambulante Operationen (stationäre Leistungen).

Die OMNIA beinhaltet für die Bereiche der ambulanten sowie stationären Leistungen jeweils das einmalige Recht der versicherten Person, ohne erneute Abgabe einer Gesundheitsprüfung einen Wechsel in ein Zusatzversicherungsprodukt einer höheren Versorgungsstufe vorzunehmen (Höherversicherung).

Ambulante Leistungen

2 Medikamente

- 2.1 Ärztlich verordnete Medikamente, die nicht unter die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fallen, werden vom Versicherer zu 90% der verrechneten Kosten übernommen, vorausgesetzt, dass das betreffende Medikament beim Schweizerischen Heilmittelinstitut (Swissmedic) für die in Frage stehende Indikation registriert ist.
- 2.2 Der Versicherer führt eine Liste von Medikamenten, für welche keine oder bis zu 50% der verrechneten Kosten vergütet werden. Diese Liste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.
- 2.3 Für Produkte, die in der Liste pharmazeutischer Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV) aufgeführt sind, besteht kein Anspruch auf Vergütung. Diese Liste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.



3 Leistungen im Ausland

- 3.1 Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt bis 12 Monate werden die Kosten für akute, wissenschaftlich anerkannte und zweckdienliche ambulante und stationäre Behandlungen übernommen, sofern es sich um einen Notfall handelt und eine Heimreise oder eine Verlegung in eine schweizerische Heilanstalt nicht zumutbar ist.
- 3.2 Für ambulante Behandlungen im Sinne von Ziff. 3.1 werden unter Vorbehalt von Ziff. 21.1 lit. m AVB für die Krankenzusatzversicherungen 90% der Kosten vergütet.
- 3.3 Bei stationärer Behandlung ist der Versicherer bzw. die von ihm bezeichnete Organisation unverzüglich beizuziehen. Wird auf den Beizug dieser Organisation verzichtet, besteht kein Anspruch auf Leistungen gemäss Ziff. 3.1.
- 3.4 Leistungen für versicherte Personen, die den bilateralen Abkommen über den freien Personenverkehr zwischen der Schweiz und der Europäischen Union (EU) bzw. der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) unterstellt sind: Auf Vorweisen einer detaillierten Rechnung eines Leistungserbringers eines Mitgliedstaates der EU oder der EFTA wird jener Beitrag übernommen, den die versicherte Person in Anwendung der Gesetzgebung des Aufenthaltslandes zu tragen hat (Franchise, Selbstbehalt usw.) und welcher CHF 300.– übersteigt. Dieser Anspruch besteht nicht für Versicherte mit Wohnsitz oder Lebensmittelpunkt in den Ländern der EU sowie Island und Norwegen, sofern die Leistungen im Wohnland oder in der Schweiz erbracht wurden.
- 3.5 Subsidiaritätsklausel
In Abweichung von Ziff. 22 Abs. 1 AVB KZV werden sämtliche Leistungen gemäss den vorliegenden Allgemeinen und Zusätzlichen Versicherungsbedingungen jeweils im Nachgang zu den Leistungen von anderen Privatversicherern erbracht, wobei die Kosten insgesamt nur einmal vergütet werden. Die Deckung der vorliegenden Versicherung beschränkt sich dabei auf denjenigen Teil der Leistungen, der die Leistungen der anderen Versicherer übersteigt. Falls die anderen Versicherer ebenfalls nur subsidiär leistungspflichtig sind, gelten die gesetzlichen Bestimmungen zur Doppelversicherung.

4 Personen-Assistance

- 4.1 Wenn eine versicherte Person im Ausland erkrankt, verunfallt, eine ärztlich attestierte unerwartete Verschlimmerung eines chronischen Leidens eintritt oder die versicherte Person stirbt, übernimmt der Versicherer oder die von ihm bezeichnete Organisation folgende Leistungen:
- a) Rettungsaktionen und Transporte, sofern der vom Versicherer bzw. der von ihm bezeichneten Organisation beauftragte Arzt diese für notwendig erachtet

- b) Suchaktionen, die im Hinblick auf eine Rettung oder Bergung der versicherten Person unternommen werden, maximal CHF 20 000.– pro versicherte Person
- c) Heimschaffung an den schweizerischen Wohnort bzw. ins Spital, sofern der vom Versicherer bzw. der von ihm bezeichneten Organisation beauftragte Arzt dies für notwendig erachtet
- d) Kostengutsprache im Rahmen der bestehenden Versicherungsdeckung, wenn eine versicherte Person im Ausland ambulant oder stationär behandelt werden muss
- e) wenn ein Spitalaufenthalt im Ausland länger als 7 Tage dauert, werden die Reisekosten einer Besuchsreise für eine der versicherten Person nahestehende Person in folgendem Ausmass bezahlt:
- ea) die ausgewiesenen Kosten für die Hin- und Rückreise, höchstens jedoch die Kosten für einen Flug in der Economy-Klasse
- eb) die ausgewiesenen Kosten für Unterkunft und Verpflegung, höchstens jedoch CHF 1000.– pro Schadenfall
- f) zusätzlich werden die Reisemehrkosten bei frühzeitiger Rückreise bis maximal CHF 500.– für folgende Ereignisse übernommen:
- fa) wenn eine nahestehende, mitreisende Person infolge von Krankheit oder Unfall nach Hause repatriert werden muss
- fb) wenn eine nahestehende Person schwer erkrankt, schwer verletzt wird oder stirbt
- fc) wenn das Eigentum der versicherten Person an ihrem Wohnort in der Schweiz infolge von Einbruch, Feuer-, Wasser- oder Elementarschaden schwer beeinträchtigt wird
- fd) wenn Streik, Epidemie oder Ausfall von öffentlichen Transportmitteln eine programmgemässe Fortsetzung der Reise innerhalb von 72 Stunden nicht ermöglichen; Mehrkosten für Umleitungen und Verspätungen sind nicht gedeckt
- fe) wenn der Stellvertreter am Arbeitsplatz ernsthaft erkrankt, schwer verunfallt oder gestorben ist und die Anwesenheit der versicherten Person am Arbeitsplatz unerlässlich ist
- g) wenn wegen eines Spitalaufenthaltes der Rückflug nicht angetreten werden kann, die Umbuchungsgebühren für den Rückflug; wenn eine Umbuchung nicht möglich ist, einen Rückflug in der Economy-Klasse; die Leistungen werden nur gegen Vorlage des abgelaufenen Rückflugtickets erbracht.

Diese Aufzählung ist abschliessend.

- 4.2 Voraussetzung für die Leistungsübernahme gemäss Ziff. 4.1 ist der Beizug der Notrufzentrale des Versicherers. Die Leistungen werden nicht erbracht, wenn diese nicht durch die Notrufzentrale organisiert werden. Die Versicherung gilt weltweit, solange und soweit sich aus den vorliegenden ZVB und zwingenden gesetzlichen Bestimmungen nichts anderes ergibt.



5 Transportkosten in der Schweiz

Von den Kosten inländischer Rettungs-, Bergungs- und Nottransporte sowie Transporte in der Schweiz von einer Heilanstalt in eine andere übernimmt der Versicherer maximal CHF 100 000.– pro Kalenderjahr. Der Transport muss zweckmässig und wirtschaftlich sein.

6 Sehhilfen, Mittel und Gegenstände

- 6.1 Für geschliffene Brillengläser und Kontaktlinsen übernimmt der Versicherer 90% der verrechneten Kosten, jedoch maximal CHF 150.– pro Kalenderjahr insgesamt. Eventuelle Leistungsansprüche für Sehhilfen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden von diesem Betrag abgezogen.
- 6.2 Für notwendige, dem Gesundheitsschaden angepasste Mittel und Gegenstände, die den Gebrauch eingeschränkter Körperfunktionen zu verbessern vermögen, übernimmt der Versicherer 90% der verrechneten Kosten, insgesamt maximal CHF 1000.– pro Kalenderjahr. Voraussetzung ist eine ärztliche Verordnung. Der Versicherer führt eine Liste der Mittel und Gegenstände, auf die ein Leistungsanspruch besteht. Diese Liste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.
- 6.3 Für notwendige, dem Gesundheitsschaden angepasste, wiederverwendbare Mittel und Gegenstände vergütet der Versicherer 100% der verrechneten Kosten, maximal bis zum vorgegebenen Höchstbetrag (Liste Wiederverwendbare Mittel und Gegenstände). Voraussetzung für die Vergütung ist eine ärztliche Verordnung und die Wirtschaftlichkeit der Massnahme. Der Versicherer führt eine Liste der Mittel und Gegenstände, auf die ein Leistungsanspruch besteht. Diese Liste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.
- 6.4 Die Kosten für Betrieb, Unterhalt und Reparatur der Mittel und Gegenstände werden nicht übernommen.

7 Kieferorthopädie

- 7.1 Von den Kosten kieferorthopädischer oder kieferchirurgischer Behandlungen übernimmt der Versicherer für versicherte Personen bis zum vollendeten 25. Altersjahr 75% der verrechneten Kosten, maximal jedoch CHF 10 000.– pro Kalenderjahr.
- 7.2 Behandlungen im Ausland werden übernommen, sofern die ausländische Medizinalperson über eine Ausbildung verfügt, die einer schweizerischen gleichwertig ist, und nur bis zur Höhe, die bei einer entsprechenden Behandlung in der Schweiz angefallen wäre.

8 Spezielle Behandlungsformen

- 8.1 Für spezielle Behandlungsformen übernimmt der Versicherer auf ärztliche Verordnung hin max. 75% der verrechneten Behandlungskosten. Der Versicherer bestimmt im Einzelfall, ob eine Behandlung, unter Berücksichtigung der beruflichen Ausbildung der Therapeuten, einen Leistungsanspruch begründet. Der Versicherer führt eine Liste derjenigen Behandlungsformen (z. B. nichtärztliche Psychotherapie, Sterilisation, Vasektomie), die einen Leistungsanspruch begründen. Diese Liste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.
- 8.2 Der Anspruch für sämtliche Leistungen gemäss Ziff. 8.1 ist auf eine Gesamtsumme von maximal CHF 3000.– pro Kalenderjahr begrenzt.

9 Gesundheitsrechtsschutz (Anhang I)

Die OMNIA Krankenzusatzversicherung beinhaltet einen Gesundheitsrechtsschutz der Helsana Rechtsschutz AG. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für diese Rechtsschutzversicherung bilden einen integrierenden Bestandteil der vorliegenden ZVB.

10 Auslandsrechtsschutz (Anhang II)

Die OMNIA Krankenzusatzversicherung beinhaltet einen Auslandsrechtsschutz der Helsana Rechtsschutz AG. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für diese Rechtsschutzversicherung bilden einen integrierenden Bestandteil der vorliegenden ZVB.

Stationäre Leistungen

11 Versicherungsdeckung

- 11.1 Aus der OMNIA werden die Aufenthalts- und Behandlungskosten in denjenigen Spitälern übernommen, welche die Voraussetzungen nach Ziff. 8.1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) erfüllen. Bei Spitälern, welche nicht auf den kantonalen Planungs- und Spitallisten (Listenspitäler) nach Art. 39 KVG aufgeführt sind, besteht in Konkretisierung dieses Grundsatzes nur dann ein Anspruch auf Leistungen aus der vorliegenden Versicherung, sofern der Versicherer mit dem betreffenden Spital einen KVG-Vertrag abgeschlossen hat (Helsana-KVG-Vertragsspital). Der Versicherer führt eine Liste der Helsana-KVG-Vertragsspitäler, welche über die anerkannten Leistungsspektren Auskunft gibt. Diese Liste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise verlangt werden.
- 11.2 Die OMNIA deckt im Rahmen der nachfolgenden Bestimmungen die Kosten eines stationären Aufenthaltes in einem Mehrbettzimmer der allgemeinen Abteilung eines Spitals.
- 11.3 Kennt ein Spital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilungen oder werden die Tarife der allgemeinen Abteilung vom Versicherer nicht anerkannt, gelangen die Bestimmungen von Ziff. 15 zur Anwendung, die bei einem Aufenthalt der versicherten Person in der Privatabteilung des Spitals gelten.



- 11.4 Der Versicherer führt eine Liste der Spitäler, welche keine privaten, halbprivaten oder allgemeinen Abteilungen im Sinne der vorstehenden Bestimmungen führen. Der Versicherer passt diese Liste laufend an. Sie kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.
- 12 Spitalbedürftigkeit**
Die Leistungen für wissenschaftlich anerkannte Heil- anwendungen im Rahmen eines Aufenthaltes in einem Spital werden gewährt, wenn der Zustand der ver- sicherten Person die stationäre Behandlung erfordert und für jenes Spital bzw. jene Spitalabteilung, in welchem/welcher die versicherte Person aus medi- zinischen Gründen behandelt werden muss.
- 13 Spitalleistungen**
13.1 Als Spital gilt ein Akutspital oder eine psychiatrische Klinik, welches/welche die Voraussetzung nach Ziff. 11.1 erfüllt und als geeignet erscheint, versicher- te Personen, die spitalbedürftig im Sinne von Ziff. 12 sind, zu behandeln.
13.2 Bei Spitalbehandlungen umfassen die Leistungen im Rahmen der vom Versicherer für das betreffende Spital in der allgemeinen Abteilung anerkannten Tarife:
a) die Kosten für Unterkunft und Verpflegung
b) die Arzthonorare
c) die Kosten für wissenschaftlich anerkannte diagnostische und therapeutische Massnahmen
d) die Krankenpflege im Spital
e) die Kosten für Medikamente, Heilmaterialien, Operationssaal und Narkose
f) die Kosten für vom Spital verordnete Mittel und Gegenstände
13.3 Leistungen für Zahnbehandlungen gemäss Ziff. 13.2 werden als stationäre Leistungen übernommen, sofern eine Leistungspflicht gemäss Krankenversicherungs- gesetz (KVG) besteht.
13.4 Für Leistungen der stationären Akut- und Übergangs- pflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalauf- enthalt als notwendig erweisen und durch das Spital ärztlich angeordnet werden, vergütet der Versicherer in Ergänzung zur Leistungspflicht gemäss Kranken- versicherungsgesetz (KVG) die ungedeckten Kosten für Unterkunft und Verpflegung bis CHF 90.– pro Tag während maximal 14 Tagen pro Kalenderjahr.
- 14 Ambulante Eingriffe**
Kann durch einen kostengünstigeren ambulanten Eingriff ein stationärer Akutspitalaufenthalt vermieden werden, übernimmt der Versicherer die Kosten im Rahmen der mit dem betreffenden Spital getroffenen Vereinbarungen.
- 15 Leistungen bei Unterversicherung**
15.1 Bei einem Aufenthalt in der privaten Abteilung eines Spitals werden 20% der Leistungen, die der Versi- cherer bei einer Deckung aus der HOSPITAL COMFORT (Privat) übernehmen würde, und bei einem Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung eines Spitals werden 40% der Leistungen, die der Versicherer bei einer Deckung aus der HOSPITAL PLUS (Halbprivat) über- nehmen würde, gewährt, höchstens jedoch 20% bzw. 40% der vom Versicherer für das betreffende Spital anerkannten Tarife.
15.2 Der Versicherer führt eine Liste derjenigen Spitäler, deren Tarife nicht anerkannt werden. Diese Liste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer einge- sehen oder auszugsweise einverlangt werden.
- 16 Leistungsdauer im Akutspital und in der psychiatrischen Klinik**
16.1 Bei stationärer Behandlung in einem Akutspital wer- den die versicherten Leistungen zeitlich unbeschränkt ausgerichtet, solange unter Berücksichtigung der Diagnose und der Gesamtheit der ärztlichen Behand- lung ein Aufenthalt in einem Akutspital medizinisch notwendig ist.
16.2 Bei stationärer Behandlung in einer psychiatrischen Klinik werden die versicherten Leistungen während maximal 90 Tagen innerhalb eines Kalenderjahres ausgerichtet, solange unter Berücksichtigung der Diagnose und der Gesamtheit der ärztlichen Behand- lung der Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik medizinisch notwendig ist und kein chronisches Krank- heitsbild vorliegt.
16.3 Bei Aufenthalten in psychiatrischen Tages- und Nachtkliniken werden keine Leistungen ausgerichtet.
- 17 Leistungen im Ausland**
Bei einem stationären Aufenthalt in einem Akutspital oder einer psychiatrischen Klinik im Ausland werden für wissenschaftlich anerkannte und zweckdienliche Behandlungen sowie für Unterkunft und Verpflegung auch bei gezielten Auslandsbehandlungen bis CHF 500.– der ausgewiesenen Kosten pro Tag wäh- rend maximal 60 Tagen pro Kalenderjahr ausge- richtet, soweit diese nicht bereits durch Leistungen im Sinne von Ziff. 3 oder aus der COMPLETA Krankenpflegezusatzversicherung gedeckt sind.
- 18 Leistungen für Neugeborene**
Die Kosten für den Aufenthalt des gesunden Neu- geborenen werden während der Dauer des Auf- enthaltes der Mutter im Spital übernommen, höchstens jedoch während 10 Wochen.
- 19 Badekuren**
19.1 An eine vor Kurantritt ärztlich verordnete, stationär durchgeführte Badekur in einem ärztlich geleiteten inländischen Heilbad werden aus der OMNIA bis CHF 30.– der ausgewiesenen Kosten während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr ausgerichtet.



19.2 Ein Anspruch auf die Leistungen gemäss Ziff. 19.1 besteht nur dann, wenn der Badekur eine intensive, wissenschaftlich anerkannte und zweckdienliche Behandlung vorausgegangen oder eine ambulante, wissenschaftlich anerkannte und zweckdienliche Therapie nicht möglich ist. Bei Kurantritt hat eine ärztliche Eintrittsuntersuchung zu erfolgen. Zudem müssen balneologische und physikalische Anwendungen nach einem Kurplan durchgeführt werden. Die Mindestdauer für eine Badekur beträgt 14 Tage.

19.3 In Abweichung von Ziff. 19.1 kann eine Badekur auch in einem Heilbad des europäischen Auslands durchgeführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss Ziff. 19.2 erfüllt sind.

20 Erholungskuren

20.1 An eine vor Kurantritt ärztlich verordnete Erholungskur im Inland, die zur Ausheilung oder Erholung nach einer schweren Krankheit medizinisch notwendig ist, werden aus der OMNIA bis CHF 30.– der ausgewiesenen Kosten pro Tag während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr ausgerichtet.

20.2 Die Erholungskur muss in einem vom Versicherer anerkannten inländischen Kurhaus durchgeführt werden.

21 Leistungsdauer bei Kuren

Leistungen für Bade- und Erholungskuren zusammen werden für maximal 30 Tage pro Kalenderjahr ausgerichtet.

22 Kurverordnung

Die ärztliche Kurverordnung ist dem Versicherer rechtzeitig vor Antritt der Kur, unter Angabe des Heilbades bzw. der Kuranstalt und des Datums des Kurantritts, einzureichen.

23 Hauskrankenpflege

23.1 Bei ärztlich verordneter Hauskrankenpflege, bei welcher der Beizug einer Berufspflegeperson gegen Entgelt erforderlich ist und wenn damit ein Spital- oder Kuraufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann, werden aus der OMNIA bis CHF 30.– pro Tag der ausgewiesenen Kosten während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr ausgerichtet.

23.2 Als Pflegeperson kann auch anerkannt werden, wer dem Kranken täglich die notwendige Pflege zukommen lässt und dadurch einen nachweisbaren Erwerbsausfall in seiner beruflichen Tätigkeit erleidet.

23.3 Nicht versichert sind Kosten für allgemeine Haushaltsarbeiten wie z. B. Einkaufen, Waschen, Bügeln, Reinigungsarbeiten usw.

23.4 Bei Aufenthalten in Pflegeheimen und ähnlichen Einrichtungen werden keine Leistungen für Hauskrankenpflege erbracht.

24 Haushaltshilfe

24.1 Wenn eine versicherte Person aufgrund einer ärztlichen Verordnung bei einer Arbeitsunfähigkeit von 100% wegen ihres Gesundheitszustandes und wegen ihrer persönlichen familiären Verhältnisse eine Haushaltshilfe benötigt und wenn damit ein Spital- oder Kuraufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann, werden aus der OMNIA bis CHF 30.– pro Tag der ausgewiesenen Kosten während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr ausgerichtet.

24.2 Als Haushaltshilfe gilt, wer beruflich auf eigene Rechnung oder für eine Organisation in Vertretung der versicherten Person den Haushalt besorgt.

24.3 Als Haushaltshilfe kann auch anerkannt werden, wer in Vertretung einer erkrankten versicherten Person den Haushalt besorgt und dadurch einen nachweisbaren Erwerbsausfall in seiner beruflichen Tätigkeit erleidet.

24.4 Bei Aufenthalt in Pflegeheimen und ähnlichen Einrichtungen werden keine Leistungen für Haushaltshilfe erbracht.

25 Leistungsdauer bei Hauskrankenpflege und Haushaltshilfe

Die versicherten Tagesleistungen für Hauskrankenpflege und Haushaltshilfe zusammen sind auf CHF 900.– pro Kalenderjahr begrenzt.

26 Kinderhütendienst

26.1 Hält sich eine versicherte Person stationär im Spital auf, übernimmt der Versicherer die Kosten der Fremdbetreuung für eines oder mehrere unter elterlicher Gewalt der versicherten Person stehenden Kinder unter 15 Jahren, wochentags während den üblichen Arbeitszeiten, bis maximal 30 Stunden pro Kalenderjahr.

26.2 Leistungen werden nur übernommen, wenn die versicherte Person vorgängig die vom Versicherer bezeichnete Organisationszentrale kontaktiert und die Betreuung von dieser Stelle organisiert wird.

Option ambulant und stationär

27 Allgemeines

27.1 Die OMNIA beinhaltet für die Bereiche der ambulanten sowie stationären Leistungen jeweils das einmalige Recht der versicherten Person, ohne erneute Gesundheitsprüfung einen Wechsel in ein Zusatzversicherungsprodukt einer höheren Versorgungsstufe vorzunehmen (Höherversicherung).



27.2 Hinsichtlich der ambulanten Leistungen kann die versicherte Person die Option ausüben, um in die «COMPLETEA»

Krankenpflegezusatzversicherung in der vom Versicherer zur Zeit der Ausübung der Option angebotenen Version zu wechseln (Option ambulant).

Hinsichtlich der stationären Leistungen kann die versicherte Person die Option ausüben, um in die Produkte

«HOSPITAL PLUS» (Halbprivat) oder
«HOSPITAL COMFORT» (Privat)

Spitalzusatzversicherung in der vom Versicherer zur Zeit der Ausübung der Option angebotenen Version zu wechseln (Option stationär).

28 Ausübung

28.1 Die Optionen können jeweils nur einmal und erstmals 12 Monate nach Abschluss der OMNIA ausgeübt werden. Eine Höherversicherung kann frühestens mit Wirkung auf den nach Vollendung des 25. Lebensjahres folgenden 1. Januar erfolgen. Danach können die Optionen jeweils im Abstand von fünf Jahren ausgeübt werden, d.h. mit Wirkung auf den dem vollendeten 30., 35., 40., 45., 50., letztmals jedoch auf den dem vollendeten 55. Lebensjahr folgenden 1. Januar.

28.2 Die Ausübung einer Option ist dem Versicherer gegenüber jeweils schriftlich zu erklären, wobei die Erklärung diesem bis spätestens zum 30. November des Jahres vor der nach Ziff. 29.1. möglichen Höherversicherung zugewandt sein muss. Verspätete Ausübungserklärungen entfalten keine Rechtswirkung.

28.3 Die Ausübung einer Option ist nur möglich, solange und soweit die versicherte Person beim Versicherer keine Zahlungsausstände aus obligatorischer Krankenpflegeversicherung oder Krankenpflegezusatzversicherungen hat.

29 Folgen der Optionsausübung

29.1 Bei wirksamer Ausübung einer Option nach Ziff. 28 erfolgt die vereinbarte Höherversicherung auf den 1. Januar des darauf folgenden Kalenderjahres.

29.2 Nach wirksamer Ausübung der Option ambulant sowie erfolgter Höherversicherung im Bereich ambulanter Leistungen entfällt der Anspruch auf die Option ambulant und die ambulanten Leistungen (Ziff. 2–Ziff. 10) aus der OMNIA. Der auf die ambulanten Leistungen sowie auf die Option ambulant entfallende Prämienanteil bleibt bis zum 31. Dezember des Jahres, der der Höherversicherung vorausgeht, geschuldet. Danach wird für die OMNIA nur noch der um diesen Anteil gekürzte Prämientarif in Rechnung gestellt.

29.3 Nach wirksamer Ausübung der Option stationär sowie erfolgter Höherversicherung im Bereich stationärer Leistungen entfällt der Anspruch auf die Option stationär und die stationären Leistungen (Ziff. 11–Ziff. 26) aus der OMNIA. Der auf die stationären Leistungen sowie auf die Option stationär entfallende Prämienanteil bleibt bis zum 31. Dezember des Jahres, der der Höherversicherung vorausgeht, geschuldet. Danach wird für die OMNIA nur noch der um diesen Anteil gekürzte Prämientarif in Rechnung gestellt.

29.4 Nach wirksamer Ausübung beider Optionen nach Ziff. 28 sowie erfolgter Höherversicherung nach Ziff. 29.1 bis 29.3 endet die OMNIA Krankenzusatzversicherung.

29.5 Die Höherversicherung erfolgt unter Beibehaltung des versicherten Risikos (Krankheit, Unfall, Mutterschaft). Die Höherversicherung führt nicht zu einer erneuten Karenzfrist auf Mutterschaftsleistungen.

29.6 Wurde die OMNIA nach erfolgter Gesundheitsprüfung mit Leistungsausschlüssen abgeschlossen, gelten diese auch für die Produkte nach erfolgter Höherversicherung, solange der Wegfall des Ausschlussgrundes nicht medizinisch nachgewiesen ist.

30 Erlöschen der Optionen

Die Optionen erlöschen ohne weiteres mit dem der Vollendung des 55. Lebensjahres folgenden 31. Dezember, wenn sie zuvor nicht wirksam ausgeübt wurden. Nach Erlöschen der Optionen fällt der auf sie entfallende Prämienanteil dahin. Im Übrigen bleibt die OMNIA mit den ambulanten (Ziff. 2–10) und stationären Leistungen (Ziff. 11–26) bestehen, solange und soweit diese nicht gemäss Ziff. 29.2 und Ziff. 29.3 bereits infolge einer Höherversicherung entfallen sind.

31 Prämien

Bei Beendigung der Versicherung nach Ziff. 29.4, beim Dahinfallen der Optionen nach Ziff. 30 oder im Falle einer Kündigung durch die versicherte Person bleibt die Prämie bis zur Wirkung des Beendigungsgrundes geschuldet. Der bis dahin auf die Option entrichtete Prämienanteil verbleibt vollumfänglich beim Versicherer, unabhängig davon, ob die Optionen ausgeübt wurden.

32 Höherversicherung mit Gesundheitsprüfung

Die versicherte Person kann unabhängig vom Optionenrecht jederzeit nach bestandener Gesundheitsprüfung eine Höherversicherung vornehmen. Die Rechtsfolgen für die OMNIA richten sich in diesem Fall nach Ziff. 29 zur Höherversicherung infolge Optionsausübung. Der auf die jeweilige Option entfallende Prämienanteil bleibt bis zum Wirksamwerden der Höherversicherung geschuldet. Die versicherte Person hat auch bei einer Höherversicherung nach Abgabe einer Gesundheitsprüfung und dem dadurch bedingten Dahinfallen einer Option keinen Anspruch auf Rückerstattung des bis dahin auf die Optionen entrichteten Prämienanteils.



Diverses**33 Kaufrecht PRIMEO**

Die OMNIA beinhaltet einen Anspruch der versicherten Person auf Abschluss der PRIMEO Krankenpflegezusatzversicherung für ambulante Leistungen ohne Durchführung einer Gesundheitsprüfung (Kaufrecht). Das Kaufrecht kann nur einmalig ausgeübt werden, solange und soweit noch mindestens eine der Optionen gemäss Ziff. 27.2 besteht. Bei Dahinfallen beider Optionen nach Ziff. 29.4 erlischt auch das Kaufrecht. Die Ausübung erfolgt unter den Voraussetzungen zur Ausübung der Optionen nach Ziff. 28.

34 Prämienanpassung

34.1 Die Prämien werden nach dem Alter und Geschlecht der versicherten Person berechnet. Dabei werden die versicherten Personen in diejenige Altersgruppe eingeteilt, welche ihrem aktuellen Alter entspricht.

34.2 Ziff. 12.2 AVB für die Krankenzusatzversicherungen finden auf das Produkt OMNIA keine Anwendung.

35 Zusatzversicherung zur Helsana Advocare PLUS

Versicherte Person im Sinne von Ziff. 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zur Helsana Advocare PLUS kann auch sein, wer die OMNIA beim Versicherer abgeschlossen und die Prämie für die Helsana Advocare PLUS bezahlt hat. Bei Wegfall der Zusatzversicherung OMNIA erlischt auch die Deckung aus Helsana Advocare PLUS auf den selben Zeitpunkt, solange und soweit die versicherte Person nicht über eine andere Zusatzversicherung im Sinne von Ziff. 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zur Helsana Advocare PLUS verfügt.

36 Sonderstellung für besondere Versicherungsformen

Für versicherte Personen, welche andere besondere Versicherungsformen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG abgeschlossen haben (z. B. HMO, weitere Hausarztmodelle oder Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer), gelten die in den diesbezüglichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgehaltenen einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug auch für die vorliegende Versicherung.

37 Versichertenkarte

Die versicherten Personen erhalten eine Versichertenkarte im Sinne von Ziff. 28 AVB.

Anhang I

Allgemeine Rechtsschutzbedingungen

Gesundheitsrechtsschutz

(Ausgabe 1. Januar 2009)

Allgemeines**1 Einleitung**

Der Gesundheitsrechtsschutz ist ein Produkt der Helsana Versicherungen AG (Versicherer) in Zusammenarbeit mit der Helsana Rechtsschutz AG.

Alle im Text verwendeten Begriffe, welche Personen bezeichnen, sind geschlechtsneutral zu verstehen.

2 Versicherer

Die Helsana Rechtsschutz AG ist Versicherungsträgerin und verpflichtet sich, im Rahmen der nachfolgenden Bestimmungen die versicherten Leistungen zu erbringen.

3 Vertragsgrundlagen

Massgebend sind die nachstehenden Allgemeinen Rechtsschutzbedingungen, das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, das Versicherungsaufsichtsgesetz sowie die Aufsichtsverordnung.

Umfang der Versicherung**4 Gegenstand der Versicherung**

Im Zusammenhang mit einer Gesundheitsschädigung sind nachfolgende Streitigkeiten versichert:

4.1 Haftungsrechtliche Streitigkeiten mit Leistungserbringern

Versichert sind haftungsrechtliche Streitigkeiten gegenüber behördlich zugelassenen Ärzten, Zahnärzten, Zahntechnikern, Dentalhygienikern, Chiropraktikern, Spitälern oder anderen medizinischen Leistungserbringern, die vom Versicherer anerkannt sind und deren Tätigkeit von der Gesundheitsbehörde bewilligt wird.

4.2 Andere haftpflichtrechtliche Streitigkeiten

Versichert ist die Geltendmachung von ausservertraglichen Schadenersatzansprüchen für Gesundheitsschäden gegenüber dem Verursacher bzw. dessen Haftpflichtversicherung.

4.3 Versicherungsrechtliche Streitigkeiten

Versichert sind Streitigkeiten gegenüber Sozial- und/oder Privatversicherern.

4.4 Subsidiarität

In den Fällen gemäss Ziff. 4.2 und 4.3 besteht nur Anspruch auf Rechtsschutz, wenn und soweit die Leistungen nicht von einem anderen Versicherer erbracht werden müssen.

5 Leistungsinhalt**5.1 Der Gesundheitsrechtsschutz beinhaltet nachfolgende Leistungen:**

- Beratung und Aufklärung über die Rechte der versicherten Person
- Aussergerichtliche und gerichtliche Interessenwahrung
- Kostenübernahme



- 5.2 Die Leistungen werden bis zu einem Höchstbetrag von CHF 250 000.– (bzw. CHF 50 000.– in Fällen ausserhalb Europas) je versicherten Schadenfall erbracht und umfassen:
- Honorare von Rechtsanwälten
 - Kosten von Expertisen, die gerichtlich oder durch die Helsana Rechtsschutz AG in Auftrag gegeben worden sind
 - Gerichtskosten und Parteientschädigungen

- 5.3 Abtretungsregelung
Die der versicherten Person gerichtlich zugesprochenen Prozess- und Parteientschädigungen sind der Helsana Rechtsschutz AG abzutreten, soweit sie die von dieser effektiv erbrachten Leistungen nicht übersteigen.

6 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherungsdeckung gilt weltweit.

Beginn und Ende der Versicherung

7 Zeitlicher Geltungsbereich

- 7.1 Versichert sind Personen, die im Zeitpunkt des Eintrittes eines Rechtsschutzfalles eine entsprechende Zusatzversicherung abgeschlossen haben.
- 7.2 Mit der Auflösung dieser Versicherung erlischt auch der Anspruch auf Rechtsschutz für nach diesem Zeitpunkt eingetretene Fälle.
- 7.3 Der Fall gilt im Zeitpunkt der Rechtsverletzung als eingetreten, in versicherungsrechtlichen Fällen im Zeitpunkt des versicherten Ereignisses.

Schadenfall

8 Obliegenheiten im Schadenfall

- 8.1 Anmeldung des Rechtsschutzfalles
Die versicherte Person hat den Eintritt des Rechtsschutzfalles unverzüglich telefonisch unter der auf der Versichertenkarte aufgeführten Notrufnummer oder schriftlich mitzuteilen.
- 8.2 Mitwirkung der versicherten Person
Die versicherte Person hat die notwendigen Auskünfte zu erteilen und jedes Ereignis im Zusammenhang mit dem Rechtsschutzfall sofort zu melden. Ihr zugehende Mitteilungen, insbesondere von Behörden, sind ohne Verzug weiterzuleiten. Sämtliche Beweismittel sind auf Ersuchen hin auszuhändigen. Die versicherte Person hat die Ermächtigung zu erteilen, in alle fallbezogenen Akten Einsicht zu nehmen, Abmachungen einzugehen und Vergütungen entgegenzunehmen.
- Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflichten können die Leistungen so weit gekürzt werden, als dadurch zusätzliche Kosten entstanden sind. Bei grober Verletzung können die Leistungen verweigert werden.

9 Abwicklung des Schadenfalles

- 9.1 Nach Rücksprache mit der versicherten Person werden die zu ihrer Interessenwahrung gebotenen Massnahmen ergriffen.
- 9.2 Wenn sich der Beizug eines Rechtsanwaltes als notwendig erweist, insbesondere bei Gerichts- oder Verwaltungsverfahren oder bei Interessenkollision, kann die versicherte Person einen Anwalt eigener Wahl vorschlagen. Kann dieser Wahl nicht entsprochen werden, hat die versicherte Person die Möglichkeit, drei weitere Rechtsanwälte zu nennen, von denen einer akzeptiert werden muss.
- 9.3 Bestehen für einen Anwaltswechsel keine triftigen Gründe, hat die versicherte Person die dadurch entstehenden Kosten zu übernehmen.

Einschränkung des Versicherungsschutzes

10 Leistungsausschlüsse

Kein Rechtsschutz wird gewährt:

- in nicht speziell aufgeführten Fällen
- in Fällen, die vor Abschluss der entsprechenden Zusatzversicherung bzw. des vorliegenden Kollektivversicherungsvertrages eingetreten sind
- im Zusammenhang mit psychiatrischen oder psychotherapeutischen Fehlbehandlungen
- im Zusammenhang mit einem fürsorglichen Freiheitsentzug
- bei Streitigkeiten betreffend Rechnungen oder Honorare
- bei Prämienstreitigkeiten
- für die Abwehr von Schadenersatzansprüchen
- wenn der Streitwert unter CHF 500.– liegt
- im Zusammenhang mit der vorsätzlichen Begehung einer Straftat sowie bei vorsätzlich verursachten Rechtsschutzfällen
- im Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder Unruhen
- im Zusammenhang mit dem reinen Inkasso von Forderungen sowie bei Fällen im Zusammenhang mit abgetretenen Forderungen
- bei Streitigkeiten der versicherte Person mit der Helsana Rechtsschutz AG, deren Organen oder Beauftragten

Verschiedenes

11 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

- 11.1 Bei Meinungsverschiedenheiten über das weitere Vorgehen, insbesondere in Fällen, welche als aussichtslos beurteilt werden, wird auf Verlangen der versicherten Person ein Schiedsgerichtsverfahren eingeleitet. Als Schiedsrichter wird eine von beiden Parteien bestimmte Person eingesetzt. Im Übrigen richtet sich das Verfahren nach dem Konkordat über die Schiedsgerichtsbarkeit.
- 11.2 Prozessiert eine versicherte Person auf eigene Kosten, so werden die vertraglichen Leistungen erbracht, wenn in der Hauptsache das Ergebnis günstiger ist als gemäss Beurteilung durch den Versicherer.



12 Gerichtsstand

Für jede Streitigkeit aus dem vorliegenden Vertrag wird der schweizerische Wohnsitz der versicherten Person oder Aarau (Sitz der Helsana Rechtsschutz AG) anerkannt.

Anhang II

Allgemeine Rechtsschutzbedingungen

Auslandsrechtsschutz

(Ausgabe 1. Januar 2009)

Allgemeines**1 Einleitung**

Der Auslandsrechtsschutz ist ein Produkt der Helsana Versicherungen AG (Versicherer) in Zusammenarbeit mit der Helsana Rechtsschutz AG.

Alle im Text verwendeten Begriffe, welche Personen bezeichnen, sind geschlechtsneutral zu verstehen.

2 Versicherer

Die Helsana Rechtsschutz AG ist Versicherungsträgerin und verpflichtet sich, im Rahmen der nachfolgenden Bestimmungen die versicherten Leistungen zu erbringen.

3 Vertragsgrundlagen

Massgebend sind die nachstehenden Allgemeinen Rechtsschutzbedingungen, das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, das Versicherungsaufsichtsgesetz sowie die Aufsichtsverordnung.

Umfang der Versicherung**4 Persönlicher Geltungsbereich**

Während der Hin-/Rückreise und des Ferien- und Schulaufenthaltes im Ausland geniesst die versicherte Person in den nachfolgenden Eigenschaften Rechtsschutz:

- Lenker, Halter oder Eigentümer des verwendeten Fahrzeuges
- Mieter von im Ausland gemieteten Fahrzeugen
- Fussgänger
- Fahrgast in irgendeinem Transportmittel

5 Gegenstand der Versicherung**5.1 Haftpflichtrechtliche Streitigkeiten**

Versichert ist die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen für erlittene Körper- oder Sachschäden gegenüber dem Verursacher bzw. dessen Haftpflichtversicherung. Ausgeschlossen sind Schadenersatzansprüche aus Diebstahl, Entwendung, Verlust von Sachen und Missbrauch von Kreditkarten.

5.2 Vertragsstreitigkeiten

- Fahrzeugvertrag: Vertretung bei Auseinandersetzungen aus Reparatur- und Mietverträgen über das auf und während der Reise benutzte Fahrzeug. Ausgeschlossen sind Streitigkeiten aus Kauf- und Leasingverträgen.

- Reisevertrag: Vertretung bei Streitigkeiten aus Reiseverträgen mit einem in der Schweiz domizilierten Reisebüro, sofern der Gerichtsstand in der Schweiz liegt und Schweizer Recht zur Anwendung kommt.
- Schulvertrag: Vertretung bei Auseinandersetzungen aus Verträgen, die mit Schulen im Ausland abgeschlossen worden sind, sofern der Gerichtsstand in der Schweiz liegt und Schweizer Recht zur Anwendung kommt.
- Kreditkartenvertrag: Vertretung bei Streitigkeiten mit einem in der Schweiz domizilierten Kreditkartenunternehmen, sofern die versicherte Person den Obliegenheiten gemäss Kreditkartenvertrag nachgekommen ist.

5.3 Versicherungsrechtliche Streitigkeiten

Versichert sind Streitigkeiten gegenüber einem in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein konzessionierten Sozial- und/oder Privatversicherer im Anschluss an einen Unfall im Ausland.

Überdies wird Rechtsschutz gewährt bei Streitigkeiten mit ausländischen Versicherern aus Miete von Motorfahrzeugen und Motorbooten sowie nicht motorisierten Hobby-/Sportgeräten.

5.4 Straf- und Administrativverfahren

Vertretung in einem Straf- und Administrativverfahren vor ausländischen Polizei- oder Straferichten sowie gegenüber Administrativbehörden infolge fahrlässiger Verletzung der ausländischen Gesetzgebung.

6 Leistungsinhalt**6.1 Der Auslandsrechtsschutz beinhaltet nachfolgende Leistungen:**

- Beratung und Aufklärung über die Rechte der versicherten Person
- Aussergerichtliche und gerichtliche Interessenwahrung
- Kostenübernahme

6.2 Die Leistungen werden bis zu einem Höchstbetrag von CHF 250 000.– (bzw. CHF 50 000.– in Fällen ausserhalb Europas) je versicherten Schadenfall erbracht und umfassen:

- Honorare von Sachverständigen inkl. Übersetzungskosten und Beglaubigungskosten
- Kosten von Expertisen, die gerichtlich, durch die Helsana Rechtsschutz AG oder von dieser beauftragten Sachverständigen in Auftrag gegeben worden sind
- Gerichtskosten und andere zulasten der versicherten Person gehende Verfahrenskosten
- Parteientschädigungen
- Betreuungskosten
- Vorschuss von strafrechtlichen Kautionen bis maximal CHF 100 000.– (bzw. CHF 50 000.– in Fällen ausserhalb Europas), die der versicherten Person zur Abwendung der Untersuchungshaft in einem gedeckten Fall auferlegt werden; die versicherte Person ist zur Rückerstattung verpflichtet
- Entschädigungen für das notwendige Erscheinen vor Gericht bis maximal CHF 1000.–
- Übersetzungskosten für Gerichtsurteile bis maximal CHF 500.–



6.3 Abtretungsregelung

Die der versicherten Person gerichtlich zugesprochenen Prozess- und Parteientschädigungen sind der Helsana Rechtsschutz AG abzutreten, soweit sie die von dieser effektiv erbrachten Leistungen nicht übersteigen.

- 6.4 Der von der versicherten Person zu erbringende Schadenersatz, ihm auferlegte Bussen und die Kosten, zu deren Übernahme ein haftpflichtiger Dritter verpflichtet ist, werden nicht durch die Rechtsschutzversicherung übernommen.

7 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherungsdeckung gilt ausserhalb der Schweiz und des Fürstentums Liechtenstein weltweit.

Beginn und Ende der Versicherung**8 Zeitlicher Geltungsbereich**

- 8.1 Versichert sind Personen, die im Zeitpunkt des Eintrittes eines Rechtsschutzfalles eine entsprechende Zusatzversicherung abgeschlossen haben.
- 8.2 Mit der Auflösung dieser Versicherung erlischt auch der Anspruch auf Rechtsschutz für nach diesem Zeitpunkt eingetretene Fälle.
- 8.3 Der Fall gilt im Zeitpunkt der Rechtsverletzung als eingetreten.

Schadenfall**9 Obliegenheiten im Schadenfall**

- 9.1 **Anmeldung des Rechtsschutzfalles**
Die versicherte Person hat den Eintritt des Rechtsschutzfalles unverzüglich telefonisch unter der auf der Versichertenkarte aufgeführten Notrufnummer oder schriftlich mitzuteilen.
- 9.2 **Mitwirkung der versicherten Person**
Die versicherte Person hat die notwendigen Auskünfte zu erteilen und jedes Ereignis im Zusammenhang mit dem Rechtsschutzfall sofort zu melden. Ihr zugehende Mitteilungen, insbesondere von Behörden, sind ohne Verzug weiterzuleiten. Sämtliche Beweismittel sind auf Ersuchen hin auszuhändigen. Die versicherte Person hat der Helsana Rechtsschutz AG die Ermächtigung zu erteilen, in sämtliche fallbezogenen Akten Einsicht zu nehmen, Abmachungen einzugehen und Vergütungen entgegenzunehmen.
Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflichten können die Leistungen so weit gekürzt werden, als dadurch zusätzliche Kosten entstanden sind. Bei grober Verletzung können die Leistungen verweigert werden.

10 Abwicklung des Schadenfalles

- 10.1 Nach Rücksprache mit der versicherten Person werden die zu ihrer Interessenwahrung gebotenen Massnahmen ergriffen.

- 10.2 Wenn sich der Beizug eines Rechtsanwaltes als notwendig erweist, insbesondere bei Gerichts- oder Verwaltungsverfahren oder bei Interessenkollision, kann die versicherte Person einen Anwalt eigener Wahl vorschlagen. Kann dieser Wahl nicht entsprochen werden, hat die versicherte Person die Möglichkeit, drei weitere Rechtsanwälte zu nennen, von denen einer akzeptiert werden muss.
- 10.3 Bestehen für den Wechsel eines Sachverständigen keine triftigen Gründe, hat die versicherte Person die dadurch entstehenden Kosten zu übernehmen.

Einschränkungen des Versicherungsschutzes**11 Leistungsausschlüsse**

Kein Rechtsschutz wird gewährt:

- in nicht speziell aufgeführten Fällen
- in Fällen, die vor Abschluss einer entsprechenden Zusatzversicherung eingetreten sind
- für die Abwehr von Schadenersatzansprüchen
- im Zusammenhang mit der vorsätzlichen Begehung einer Straftat sowie bei vorsätzlich verursachten Rechtsschutzfällen
- im Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder Unruhen
- bei Streitigkeiten der versicherte Person mit der Helsana Rechtsschutz AG, deren Organen oder Beauftragten
- in Fällen im Zusammenhang mit der aktiven Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen, Motorbooten und Fluggeräten
- bei Streitigkeiten im Zusammenhang mit der Ausübung eines Hobbys mit Wasser- bzw. Luftfahrzeugen, wenn für deren Lenken ein amtlicher Ausweis erforderlich ist

Verschiedenes**12 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten**

- 12.1 Bei Meinungsverschiedenheiten über das weitere Vorgehen, insbesondere in Fällen, welche als aussichtslos beurteilt werden, wird auf Verlangen der versicherten Person ein Schiedsgerichtsverfahren eingeleitet. Als Schiedsrichter wird eine von beiden Parteien bestimmte Person eingesetzt. Im Übrigen richtet sich das Verfahren nach dem Konkordat über die Schiedsgerichtsbarkeit.
- 12.2 Prozessiert eine versicherte Person auf eigene Kosten, so werden die vertraglichen Leistungen erbracht, wenn in der Hauptsache das Ergebnis günstiger ist als gemäss Beurteilung durch den Versicherer.

13 Gerichtsstand

Für jede Streitigkeit aus dem vorliegenden Vertrag wird der schweizerische Wohnsitz der versicherten Person oder Aarau (Sitz der Helsana Rechtsschutz AG) anerkannt.

