

Vertragsgrundlagen zur Gruppenpflegegeldversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die
Gruppenpflegegeldversicherung (AVBPG 2017)
in der Fassung 7/2021



	Seite
Bitte beachten Sie:	3
DER VERSICHERUNGSSCHUTZ	3
§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	3
§ 2 Betreuung	3
§ 3 Hilfe	5
§ 4 Abschluss des Gruppenversicherungsvertrages, Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag	6
§ 5 Beginn des Versicherungsschutzes	6
§ 7 Art und Umfang des Versicherungsschutzes.....	6
§ 8 Einschränkung des Versicherungsschutzes	7
§ 9 Auszahlung der Versicherungsleistung	8
§ 10 Ende des Versicherungsschutzes	8
PFLICHTEN DES GRUPPENVERSICHERUNGSNEHMERS, DES HAUPTVERSICHERTEN UND DES VERSICHERTEN	8
§ 11 Prämien, Gebühren und Abgaben.....	8
§ 12 Obliegenheiten	9
A) Obliegenheit vor Eintritt des Versicherungsfalles	9
B) Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles	9
§ 13 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Schiedsgutachter)	9
ENDE DES GRUPPENVERSICHERUNGSVERTRAGES	11
§ 14 Dauer des Gruppenversicherungsvertrages	11
§ 15 Kündigung durch den Gruppenversicherungsnehmer	11
§ 15a Kündigung durch den Versicherer	11
§ 16 Sonstige Beendigungsgründe	12
§ 16a Weiterversicherung.....	12
SONSTIGE BESTIMMUNGEN	12
§ 17 Form von Willenserklärungen und Anzeigen	12
§ 18 Erfüllungsort	12
§ 19 Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie	12
§ 20 Gewinnbeteiligung	13
ANHANG	14
Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) auf die in den AVBPG 2017 Bezug genommen wird	14

Bitte beachten Sie:

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen

sind insoweit Bestandteil des Gruppenversicherungsvertrages, als in den Ergänzenden Versicherungsbedingungen für die gewählten Tarife und/oder im Gruppenversicherungsvertrag nichts Abweichendes bestimmt ist.

Gruppenversicherungsnehmer

schließt den Gruppenversicherungsvertrag mit dem Versicherer ab.

Hauptversicherter

ist die Person, die

- den Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag für sich und Personen, die einbezogen werden können, beantragt und
- im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versichert und anspruchsberechtigt ist.

Versicherter

ist die Person, die aufgrund einer Erklärung des Hauptversicherten im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versichert und anspruchsberechtigt ist.

DER VERSICHERUNGSSCHUTZ

§ 1

Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der (Haupt)Versicherte hat im Versicherungsfall Anspruch auf Versicherungsschutz im Rahmen des gewählten Tarifes.
- (2) Versicherungsfall ist der Pflegebedarf eines (Haupt)Versicherten in Folge einer Krankheit, eines Unfalls oder wegen Komplikationen während der Schwangerschaft. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung der ständigen Betreuung und Hilfe (Pflegebedarf) bedürfen.
Ständiger Pflegebedarf liegt vor, wenn dieser täglich oder zumindest mehrmals wöchentlich regelmäßig gegeben ist.
Der Versicherungsfall beginnt mit dem gemäß § 7 Abs. 2 festgestellten Pflegebedarf. Er endet, wenn der Pflegebedarf nicht mehr besteht.
- (3) Krankheit ist ein nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft anormaler körperlicher oder geistiger Zustand.
- (4) Ein Unfall liegt vor, wenn der (Haupt)Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- (5) Bei der Beurteilung des Pflegebedarfes von Kindern und Jugendlichen ist nur jenes Maß an Pflege zu berücksichtigen, das über das erforderliche Ausmaß von gleichaltrigen nicht behinderten Kindern und Jugendlichen hinausgeht.
- (6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Versicherungsfälle in Österreich.

§ 2

Betreuung

- (1) Unter Betreuung sind alle in relativ kurzer Folge notwendigen Verrichtungen anderer Personen zu verstehen, die vornehmlich den persönlichen Lebensbereich betreffen und ohne die die pflegebedürftige Person der Verwahrlosung ausgesetzt wäre. Zu diesen Verrichtungen zählen insbesondere solche beim An- und Auskleiden, bei der Körperpflege, der Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten, der Verrichtung der Notdurft, der Einnahme von Medikamenten und der Mobilitätshilfe im engeren Sinn.
- (2) Bei der Feststellung des zeitlichen Betreuungsaufwandes ist von folgenden – auf den Tag bezogenen – Richtwerten auszugehen:

An- und Auskleiden	2x20 Minuten
Reinigung bei inkontinenten Patienten	4x10 Minuten
Entleerung und Reinigung des Leibstuhles	4x5 Minuten

Einnehmen von Medikamenten	6 Minuten
Anus- <i>praeter</i> -Pflege	15 Minuten
Kanülen-Pflege	10 Minuten
Katheter-Pflege	10 Minuten
Einläufe	30 Minuten
Mobilitätshilfe im engeren Sinn	30 Minuten

Für die nachstehenden Verrichtungen werden folgende – auf einen Tag bezogene – zeitliche Mindestwerte festgelegt:

Tägliche Körperpflege	2x25 Minuten
Zubereitung der Mahlzeiten	1 Stunde
Einnehmen der Mahlzeiten	1 Stunde
Verrichtung der Notdurft	4x15 Minuten

Abweichungen von diesen Zeitwerten sind nur dann zu berücksichtigen, wenn der tatsächliche Betreuungsaufwand diese Mindestwerte erheblich überschreitet.

(3) **Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten**

Es kommt bei der Zubereitung von Mahlzeiten lediglich auf die körperliche, geistige oder psychische Fähigkeit zur täglichen Zubereitung einer einfachen gekochten warmen Hauptmahlzeit und gegebenenfalls auf die Zumutbarkeit des Umgangs mit gefährlichen Brennstoffen an.

Die Herstellung einer einfachen gekochten warmen Hauptmahlzeit ist täglich vorzusetzen. Die ausschließliche Verköstigung mit aufgewärmten Speisen (Tiefkühlkost oder Konserven) ist auch dann nicht zumutbar, wenn sie mit verhältnismäßig geringem Zeitaufwand möglich wäre.

Im Zusammenhang mit der Nahrungszubereitung ist nicht nur die Bedienung der (konkreten) Kochstelle zu berücksichtigen, sondern auch die notwendige Reinigung der verwendeten Geräte (Koch- und Essgeschirr, Kochstelle). Der Betreuungsbedarf bei der Zubereitung der Nahrung ist allerdings nur dann für die Beurteilung des Pflegebedarfes heranzuziehen, wenn diese Betreuung nicht aufgrund mangelnder Kochkenntnisse erforderlich ist.

Vorschneiden oder Passieren von Teilen der Mahlzeit oder der gesamten Mahlzeit sind durch den vorgegebenen Mindestwert (eine Stunde täglich) abgedeckt.

Wenn eine vorgeschnittene oder breiige Nahrung selbständig, d.h. ohne Anleitung, wiederholte Aufforderung und/oder Beaufsichtigung aufgenommen werden kann, ist kein Pflegebedarf anzurechnen.

(4) **Verrichtung der Notdurft**

Die Frage, ob jemand außerstande ist, seine Notdurft zu verrichten, ist danach zu beurteilen, ob der Betreffende imstande ist, eine ordnungsgemäß installierte Toilette aufzusuchen, sie vollständig bestimmungsgemäß zu benützen und sich nach der Stoffwechsellverrichtung ausreichend zu reinigen.

Bei vorliegender Unfähigkeit zur selbständigen Reinigung ist in Fällen, in denen Stuhl- und Harninkontinenz vorliegt, sowohl der Pflegebedarf für die „Reinigung bei Inkontinenz“, für die „tägliche Körperpflege“ als auch für die „Verrichtung der Notdurft“ anzurechnen.

Falls die Notdurft unter Verwendung eines Leibstuhles ordnungsgemäß verrichtet werden kann, die Entleerung und Reinigung des Leibstuhles jedoch nur mit Unterstützung einer Pflegeperson bewerkstelligt werden kann, ist für die Entsorgung des Leibstuhles durch eine Pflegeperson ein Zeitbedarf von 10 Stunden pro Monat anzurechnen, jedoch kein Pflegebedarf für die Verrichtung der Notdurft selbst.

(5) **An- und Auskleiden**

Der für die Betreuung beim An- und Auskleiden vorgesehene Richtwert ist für das vollständige An- und Auskleiden mit üblicher Kleidung (einmal täglich auch mit Mantel, Ausgesschuhen und Kopfbedeckung) zu verstehen. Dabei ist zu prüfen, ob einfache Hilfsmittel verwendet werden können (z.B. langer Schuhlöffel).

Benötigt die pflegebedürftige Person aufgrund einer psychischen oder geistigen Behinderung Anleitung zum An- und Auskleiden, ist der Richtwert von 20 Stunden pro Monat als Pflegebedarf ebenfalls für das komplette An- und Auskleiden anzurechnen. Falls der Kleiderwechsel selbständig durchgeführt werden kann, jedoch die pflegebedürftige Person

- der Anleitung bei der Auswahl einer adäquaten Kleidung oder
 - der Anleitung zum regelmäßigen Wäschewechsel
- bedarf, ist für diese teilweise Anleitung ein jeweils geringerer Pflegebedarf heranzuziehen.

(6) Anleitung, Beaufsichtigung und Motivationsgespräch

Die Anleitung sowie die Beaufsichtigung von Menschen mit geistiger oder psychischer Behinderung bei der Durchführung der in § 2 und 3 angeführten Verrichtungen ist der Betreuung und Hilfe gleichzusetzen. Das Motivationsgespräch ist eine eigene Betreuungshandlung, die als Beziehungsarbeit für geistig oder psychisch Behinderte oft eine unerlässliche Basis für deren Aktivierung ist, die einen entsprechenden zeitlichen Aufwand erfordert. Für die Motivationsgespräche der Betreuungspersonen mit geistig oder psychisch behinderten pflegebedürftigen Personen ist von einem zeitlichen Richtwert von insgesamt 10 Stunden pro Monat für diese Betreuungsmaßnahme auszugehen.

(7) Einnahme von Medikamenten

Bei üblicher Medikation sind 3 Stunden pro Monat als Pflegebedarf anzurechnen. Bei Notwendigkeit besonders häufiger Verabreichung kann der Pflegebedarf mit 5 Stunden pro Monat angerechnet werden.

(8) Mobilitätshilfe im engeren Sinn

Mobilitätshilfe im engeren Sinn umfasst die notwendige Unterstützung z.B. beim Aufstehen und Zubettgehen, Umlagern, Gehen, Stehen und Treppensteigen, sowie bei allen gewöhnlichen und wiederkehrenden Ortswechseln im eigenen (inneren) Wohnbereich und bei allen im täglichen Leben vorkommenden Lagewechseln. Weiters ist darunter die Hilfe beim An- und Ablegen von Körperersatzstücken, die der Förderung der Mobilität dienen, zu verstehen. Als Richtwert für den hierfür erforderlichen Betreuungsaufwand gemäß Abs. 2 sind 15 Stunden pro Monat zu berücksichtigen.

Notwendige Unterstützung in diesem Sinne ist auch gegeben, wenn die Begleitung im eigenen Wohnbereich aufgrund des Orientierungsverlustes oder zwecks Verhinderung einer Verletzung (z.B. bei Schwindelzuständen, die wiederholt zu Stürzen geführt haben) erforderlich ist.

**§ 3
Hilfe**

(1) Unter Hilfe sind unaufschiebbare Verrichtungen anderer Personen zu verstehen, die den sachlichen Lebensbereich betreffen und zur Sicherung der Existenz erforderlich sind. Hilfsverrichtungen sind die Herbeischaffung von Nahrungsmitteln, Medikamenten und Bedarfsgütern des täglichen Lebens, die Reinigung der Wohnung und der persönlichen Gebrauchsgegenstände, die Pflege der Leib- und Bettwäsche, die Beheizung des Wohnraumes einschließlich der Herbeischaffung von Heizmaterial und die Mobilitätshilfe im weiteren Sinn. Für jede Hilfsverrichtung ist ein – auf den Monat bezogener – fixer Zeitwert von 10 Stunden anzunehmen.

(2) Herbeischaffung von Nahrungsmitteln, Bedarfsgütern des täglichen Lebens und Medikamenten

Die Lage der Wohnung (Stockwerk) und die Wegstrecke zur nächsten Einkaufsmöglichkeit sind für den Hilfebedarf bei der Herbeischaffung von Nahrungsmitteln, Bedarfsgütern des täglichen Lebens und Medikamenten zu berücksichtigen.

(3) Reinigung der Wohnung und der persönlichen Gebrauchsgegenstände

Unter Wohnungsreinigung ist die laufend notwendige Wohnungsreinigung, allenfalls unter Verwendung zumutbarer technischer Hilfsmittel, das Aufbetten der Schlafstelle und das Staubabwischen zu verstehen.

Ein Hilfsbedarf liegt vor, wenn das für eine Einzelperson übliche Mindestmaß an Wohnraum (Küche, Wohnzimmer, Schlafzimmer, Bad und etwaige dazugehörige Nebenräume) ohne fremde Hilfe nicht mehr gereinigt werden kann.

(4) Beheizung des Wohnraumes einschließlich Herbeischaffung von Heizmaterial

Bei der Prüfung, ob der Wohnraum ordnungsgemäß beheizt werden kann, ist generell von der konkreten Heizeinrichtung der Wohnung auszugehen. Es ist nicht nur auf die Bedienung der vorhandenen Heizmöglichkeit Bedacht zu nehmen, sondern auch auf deren Reinigung. Bei vorhandener Zentralheizung kann kein Hilfsbedarf berücksichtigt werden, wenn die Wartung und Temperatursteuerung nicht von der pflegebedürftigen Person vorgenommen werden muss (z.B. Fernwärme, Gasetagenheizung).

(5) Mobilitätshilfe im weiteren Sinn

Mobilitätshilfe im weiteren Sinn umfasst Hilfeleistungen außerhalb des Wohnbereiches bei allen Abläufen, die zur Führung eines menschenwürdigen Lebens erforderlich sind. Sie umfasst insbesondere die Begleitung zum Arzt, zur Therapie, zu Behörden oder Banken sowie zu kulturellen Veranstaltungen.

Die mangelnde Fähigkeit zur Manipulation mit Geld kann für sich allein keinen anrechenbaren Pflegebedarf bewirken.

§ 4

Abschluss des Gruppenversicherungsvertrages, Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag

Der Gruppenversicherungsvertrag wird mit Unterschrift des Gruppenversichernehmers und des Versicherers abgeschlossen.

Der Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag wird mit Zugang der Polizze an den Hauptversicherten wirksam.

§ 5

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt

- mit dem Vertragsbeginn,
- nach Ablauf vereinbarter Wartezeiten (siehe unten § 6) und
- nach Bezahlung der vorgeschriebenen Prämie (siehe unten § 11 Abs. 1).

Vertragsbeginn bezeichnet das in der Polizze beim jeweiligen versicherten Tarif angeführte Datum mit dem Zusatz

- „neu ab“ – bei Neuabschluss eines Tarifs;
- „gültig ab“ – bei Änderung eines bereits versicherten Tarifs.

Das Versicherungsjahr wird ab dem Datum berechnet, das in der Polizze unter „Ursprünglicher Vertragsbeginn der Krankenversicherung:“ angeführt ist.

§ 6

Wartezeiten

- (1) Wartezeiten (§ 178d VersVG, siehe unten Abs. 3) sind in den Ergänzenden Versicherungsbedingungen der gewählten Tarife festgelegt und werden ab dem Vertragsbeginn (siehe oben § 5) gerechnet.
- (2) Für Pflegebedarf wegen Komplikationen während der Schwangerschaft besteht Versicherungsschutz nach Ablauf einer Wartezeit von neun Monaten.
- (3) **Auszug aus dem VersVG:**

§ 178d VersVG

- (1) Soweit Wartezeiten vereinbart werden, dürfen diese in der Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- und Krankengeldversicherung als allgemeine Wartezeit drei Monate, als besondere Wartezeit für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate und für Entbindung sowie damit im Zusammenhang stehende Heilbehandlungen neun Monate nicht überschreiten. In der Pflegeversicherung darf die Wartezeit drei Jahre nicht überschreiten.
- (2) Soweit Versicherungsschutz ausdrücklich für solche Krankheiten oder Unfallfolgen vereinbart wird, die beiden Vertragsteilen bei Vertragsabschluß bereits bekannt sind, dürfen auch längere als die im Abs. 1 genannten Wartezeiten vereinbart werden.
- (3) Tritt ein Versicherungsfall vor Ablauf der Wartezeit ein, so ist der Versicherer zur Leistung nur dann verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer beweist, daß die Krankheit erst nach Vertragsabschluß erkennbar wurde beziehungsweise daß die Schwangerschaft erst nach diesem Zeitpunkt begonnen hat.

§ 7

Art und Umfang des Versicherungsschutzes

- (1) Art und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag, dem Antrag auf Beitritt, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den Ergänzenden Versicherungsbedingungen der versicherten Tarife und der Polizze.
- (2) Die Versicherungsleistungen sind im Tarif geregelt und von der Einstufung aufgrund des Pflegebedarfs des Versicherten (§ 1 Abs. 2 und 5, § 2 und § 3) abhängig.
- (3) Es gelten folgende Pflegestufen:
 - Pflegestufe 1:
für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 50 Stunden monatlich beträgt;
 - Pflegestufe 2:
für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 75 Stunden monatlich beträgt;
 - Pflegestufe 3:
für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 120 Stunden monatlich beträgt;
 - Pflegestufe 4:
für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 160 Stunden monatlich beträgt;

- Pflegestufe 5:
für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich beträgt, wenn ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist.
Dies ist der Fall, wenn eine dauernde Bereitschaft einer Pflegeperson erforderlich ist, beispielsweise wenn regelmäßig koordinierte Betreuungsmaßnahmen auch während der Nachtstunden notwendig sind. Ist eine koordinierte Pflege tagsüber möglich und sind im Regelfall während der Nacht keine Betreuungsmaßnahmen zu erbringen, liegt Pflegestufe 4 vor;
 - Pflegestufe 6:
für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich beträgt,
 - a) wenn zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen erforderlich und regelmäßig während des Tages und der Nacht zu erbringen sind oder
 - b) die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages und der Nacht wegen der Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung erforderlich ist.
 Zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen liegen dann vor, wenn ein Pflegeplan wegen des Zustandes der pflegebedürftigen Person nicht eingehalten werden kann und die Betreuungsmaßnahme unverzüglich erbracht werden muss;
 - Pflegestufe 7:
für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich beträgt, wenn praktische Bewegungsunfähigkeit oder ein gleichzuachtender Zustand (z.B. dauernder Einsatz technischer Hilfsmittel zur Aufrechterhaltung notwendiger Funktionen ist erforderlich) vorliegt.
- (4) Wenn sich der Gesundheitszustand einer pflegebedürftigen Person so verbessert, dass die Leistungspflicht des Versicherers entfällt, endet die Leistungspflicht mit der Änderung des Gesundheitszustandes.
- (5) Ändert sich der Pflegebedarf während des Leistungsbezugs, wird die Leistung des Versicherers ab dem Zeitpunkt der Änderung neu festgesetzt.
Während des Leistungsbezugs kann eine neuerliche Beurteilung des Pflegebedarfs frühestens 6 Monate nach der letzten Einstufung verlangt werden, es sei denn, die Änderung des Pflegebedarfs beruht auf einem Unfall, einer neu auftretenden Erkrankung oder einer massiven Verschlechterung des bestehenden Krankheitsbildes.
- (6) Nicht ersetzt werden Kosten für medizinische Heilbehandlung, inklusive psychologische Betreuung und physikalische Therapie, Pflege und Betreuung durch Angehörige sowie Sach- und Transportkosten. Kosten die im Zusammenhang mit einem Rehabilitationsaufenthalt, einem Kuraufenthalt oder einem Aufenthalt für Akutgeriatrie/Remobilisation entstehen, sind nicht ersatzfähig.

§ 8

Einschränkung des Versicherungsschutzes

- (1) Vom Versicherungsschutz ausgenommen ist Pflegebedürftigkeit, die vor Vertragsbeginn (siehe oben § 5) eingetreten ist.
- (2) Krankheiten oder Unfälle, die vor Vertragsbeginn entstanden sind, aber erst nach Vertragsbeginn zu Pflegebedürftigkeit führen, sind versichert, wenn sie
 1. vom (Haupt)Versicherten vor Abschluss des Gruppenversicherungsvertrages bzw. vor Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag (siehe oben § 4) schriftlich angegeben und
 2. vom Versicherer nicht durch eine ausdrückliche Erklärung in geschriebener Form ausgeschlossen wurden.
 Die vorvertragliche Anzeigeobliegenheit (Pkt. 1) ist in den §§ 16 – 22 VersVG (siehe Anhang) geregelt. In diesen gesetzlichen Bestimmungen sind geregelt
 - welche Umstände vor Vertragsabschluss anzuzeigen sind,
 - unter welchen Voraussetzungen der Versicherer bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigeobliegenheit vom Vertrag zurücktreten kann,
 - in welchen Fällen dieses Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen ist,
 - in welchen Fällen der Versicherer trotz Rücktritts zur Leistung verpflichtet bleibt und
 - dass der Versicherer wegen arglistiger Täuschung über Gefahrumstände jedenfalls zur Vertragsanfechtung berechtigt ist.
- (3) Kein Versicherungsschutz besteht
 - für Pflegebedarf, der aufgrund missbräuchlichen Genusses von Alkohol, Suchtgiften oder Medikamenten eintritt oder verschlechtert wird oder der infolge missbräuchlichen Genusses von Alkohol, Suchtgiften oder Medikamenten erhöht ist.
 - für Pflegebedarf, der auf einen Selbstmordversuch zurückzuführen ist;
 - für Pflegebedarf, der durch aktive Beteiligung an Unruhen, durch schuldhaftige Beteiligung an Schlägereien oder bei der Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, entsteht;

- für auf Vorsatz des Gruppenversicherungsnehmers oder des (Haupt)Versicherten beruhenden Pflegebedarf; hat der Gruppenversicherungsnehmer/Hauptversicherte den Pflegebedarf eines anderen Versicherten vorsätzlich herbeigeführt, so bleibt der Versicherer diesem gegenüber zur Leistung verpflichtet, der Schadenersatzanspruch des Versicherten geht jedoch auf den Versicherer über (§ 67 VersVG, siehe unten Abs. 4);
- für Pflegebedarf, der durch Kriegsereignisse jeder Art entsteht; wird der (Haupt)Versicherte vom Ausbruch der Kriegshandlungen überrascht, bleibt der Versicherungsschutz für einen Zeitraum von 14 Tagen erhalten – kein Versicherungsschutz besteht, wenn der (Haupt)Versicherte nach Ausbruch der Kriegshandlungen ins Kriegsgebiet einreist.
- solange sich Versicherte im Ausland aufhalten;
- für die Dauer der Verbüßung einer Freiheitsstrafe.

(4) Auszug aus dem VersVG:

§ 67 VersVG

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Schadenersatzanspruch gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen den Dritten oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht auf, so wird der Versicherer von seiner Ersatzpflicht insoweit frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.
- (2) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen einen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, so ist der Übergang ausgeschlossen; der Anspruch geht jedoch über, wenn der Angehörige den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

§ 9

Auszahlung der Versicherungsleistung

- (1) Die Leistungen werden ab Anspruchstellung erbracht, frühestens von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.
- (2) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind. Die Nachweise gehen in das Eigentum des Versicherers über. Die Nachweise müssen im Original vorgelegt werden und sofern nichts anderes vereinbart ist insbesondere enthalten: Vor- und Zuname der pflegebedürftigen Person, ärztliche Diagnose, Name und Anschrift des behandelnden Arztes, Umfang des Pflegebedarfs (Pflegestufe) sowie die durchschnittliche Dauer der Pflege im Monat (Anzahl der Stunden) und die Art der Pflege. Soweit nach dem Bundespflegegeldgesetz Nachweise erstellt bzw. Bescheide erlassen wurden oder Urteile ergangen sind, sind diese vorzulegen.
- (3) Der Versicherer darf vorbehaltlich der Bestimmungen in Abs. 6 den Überbringer von Belegen als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt ansehen.
- (4) Die Belege gehen in das Eigentum des Versicherers über.
- (5) Kosten für die Auslandsüberweisung von Versicherungsleistungen sind vom (Haupt)Versicherten zu tragen.
- (6) Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne Zustimmung des Versicherers weder verpfändet noch abgetreten werden.

§ 10

Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet, auch für laufende Versicherungsfälle, mit der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages.

PFLICHTEN DES GRUPPENVERSICHERUNGSNEHMERS, DES HAUPTVERSICHERTEN UND DES VERSICHERTEN

§ 11

Prämien, Gebühren und Abgaben

- (1) Die Prämie ist eine Jahresprämie und wird vom Vertragsbeginn (siehe oben § 5) an berechnet. Sie ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Prämienraten bezahlt werden. Die Prämienraten sind am 1. eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie ist spätestens bei Zugang der Polizze fällig.
- (2) Neben der Prämie verrechnet der Versicherer Gebühren, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Gruppenversicherungsnehmers bzw. von (Haupt)Versicherten veranlasst worden sind (z.B. Mahngebühren). Die zum jeweiligen Durchführungstermin gültigen Gebühren für diese Mehraufwendungen werden auf der Homepage www.generali.at veröffentlicht; das Gebührenblatt wird vom Versicherer auf Anfrage übermittelt.
- (3) Die Voraussetzungen des Zahlungsverzugs und dessen Rechtsfolgen sind in den §§ 38, 39 und 39a VersVG geregelt (siehe Anhang).

§ 12

Obliegenheiten

A) Obliegenheit vor Eintritt des Versicherungsfalles

- (1) Wurde für einen (Haupt)Versicherten bei einem anderen Versicherer eine Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten-, Pflegegeldversicherung) abgeschlossen, so ist der Versicherer vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu unterrichten.

Rechtsfolgen bei Nichtbeachtung dieser Vorschrift

- (2) Wird die in Abs. 1 angeführte Obliegenheit vorsätzlich verletzt, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.
- (3) Wird die in Abs. 1 angeführte Obliegenheit zumindest leicht fahrlässig verletzt, kann der Versicherer den Versicherungsvertrag (Polizze) innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist hinsichtlich des betreffenden Versicherten kündigen.

B) Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

- (4) Nach Eintritt des Versicherungsfalles sind folgende Obliegenheiten einzuhalten:
 - a) Der Eintritt, jede Änderung und der Wegfall des Pflegebedarfs sind dem Versicherer unverzüglich in geschriebener Form anzuzeigen.
 - b) Der Gruppenversicherungsnehmer und der (Haupt)Versicherte haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Art und des Umfangs des Versicherungsschutzes erforderlich ist. Ebenso sind über Verlangen des Versicherers die erbrachten Pflege- und Betreuungsmaßnahmen sowie die dafür aufgewendeten Kosten nachzuweisen.
 - c) Der (Haupt)Versicherte hat sich auf Verlangen des Versicherers von einem Sachverständigen untersuchen zu lassen und diesem alle Auskünfte zu erteilen, die zur Beurteilung des Versicherungsfalles erforderlich sind.
 - d) Ab dem Zeitpunkt des Beginns der Auszahlung der Versicherungsleistung sind ferner anzuzeigen:
 - die Verlegung des Hauptwohnsitzes des (Haupt)Versicherten in das Ausland;
 - jede Verbüßung einer Freiheitsstrafe durch den Versicherten.
 - e) Der (Haupt)Versicherte hat dafür zu sorgen, dass der Pflegebedarf gemindert oder behoben wird. Er hat ferner alle Handlungen zu unterlassen, die einer Minderung oder einem Wegfall des Pflegebedarfs entgegenstehen.

Rechtsfolgen bei Nichtbeachtung dieser Vorschriften

- (5) Wird eine der in Abs. 4 angeführten Obliegenheiten mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu erschweren, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung befreit.

- (6) Wird eine der Obliegenheiten in Abs. 4 mit einem anderen als dem in Abs. 5 beschriebenen Vorsatz oder grobfahrlässig verletzt, so ist der Versicherer insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als die Verletzung der Obliegenheit auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder auf die Feststellung oder den Umfang der zu erbringenden Leistung einen Einfluss gehabt hat.

§ 13

Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Schiedsgutachter)

- (1) Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang des Pflegebedarfs entscheidet verbindlich ein **Schiedsgutachter**, sofern
- dies der Gruppenversicherungsnehmer bzw. der (Haupt)Versicherte (im Folgenden: der Anspruchsberechtigte) oder der Versicherer verlangen, und
 - die Meinungsverschiedenheiten darauf beruhen, dass das vom Versicherer im Anlassfall eingeholte Sachverständigengutachten mit dem Nachweis des Anspruchsberechtigten (siehe oben § 9, Abs. 2) nicht übereinstimmt.

- (2) Gemäß § 64 Abs 2 VersVG (siehe unten Abs. 8) ist die Entscheidung des Schiedsgutachters nur dann nicht verbindlich, wenn
- sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht;
 - der Schiedsgutachter die Feststellung nicht treffen kann oder will oder sie länger als drei Monate verzögert oder
 - der Schiedsgutachter nicht entscheidet, weil der Anspruchsberechtigte zwar die Entscheidung des Schiedsgutachters verlangt hat, aber nicht fristgerecht gemäß Punkt 7. (siehe unten) mitgeteilt hat, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein.

In diesen Fällen entscheidet ein ordentliches Gericht über die strittige Frage.

- (3) Das Recht, die Entscheidung eines Schiedsgutachters zu verlangen, steht sowohl dem Anspruchsberechtigten als auch dem Versicherer zu.

Das Verlangen einer Entscheidung des Schiedsgutachters hat unter Bekanntgabe der Forderung bzw. Auffassung und unter Vorlage eines diese Forderung/Auffassung begründenden Nachweises (siehe oben § 9, Abs. 2) von Seiten des Anspruchsberechtigten bzw. Gutachtens von Seiten des Versicherers zu erfolgen. Auf dieses Recht sowie die dafür geltenden Erfordernisse und Rahmenbedingungen wird der Versicherer den Anspruchsberechtigten in seiner Entscheidung über den Anspruch und/oder die strittige Fragestellung in geschriebener Form hinweisen.

- (4) Als Schiedsgutachter wird ein gerichtlich zertifizierter Sachverständiger für das Fachgebiet „Gesundheits- und Krankenpflege“ vom Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband bestellt.
- (5) Die Obliegenheiten gemäß § 12, Abs. 4, Pkt. a), b), c) und e) gelten sinngemäß für das Schiedsgutachterverfahren. Den Versicherten trifft demnach auch die Obliegenheit, sich vom Schiedsgutachter untersuchen zu lassen und diesem alle Auskünfte zu erteilen, die zur Beurteilung des Versicherungsfalles erforderlich sind.
- (6) Der Schiedsgutachter hat ein Gutachten zu erstatten und über die strittigen Tatsachen im Sinne des Abs. 1 zu entscheiden. Diese Entscheidung des Schiedsgutachters hat eine schriftliche Begründung zu umfassen, die sich mit dem Nachweis von Seiten des Anspruchsberechtigten (siehe oben § 9, Abs. 2) bzw. dem Gutachten von Seiten des Versicherers auseinandersetzt.

- (7) Verlangt der Versicherer die Entscheidung des Schiedsgutachters, so trägt er dessen Kosten allein. Verlangt der Anspruchsberechtigte die Entscheidung des Schiedsgutachters, hat der Versicherer diesem vor Aufnahme der Tätigkeit des Schiedsgutachters in geschriebener Form den Maximalbetrag der vom Anspruchsberechtigten zu tragenden Kosten mitzuteilen. Dieser Maximalbetrag ist vom Versicherer unter Bedachtnahme auf die zu erwartenden objektiv notwendigen Kosten des Schiedsgutachters zu bestimmen und ist wie folgt begrenzt:

- Bei Meinungsverschiedenheiten über den Kostenersatz für kurzfristige Pflege mit 50% des strittigen Betrages, maximal mit dem 10fachen des versicherten tariflichen Höchstbetrages/Tag (siehe Polizze – Leistungstarif).
- Bei Meinungsverschiedenheiten über das Ausmaß des dauernden Pflegebedarfs mit dem strittigen Betrag für einen Zeitraum von 12 Monaten. Der strittige Betrag errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Leistungsbetrag aufgrund des vom Versicherer anerkannten Pflegebedarfs und dem Leistungsbetrag aufgrund des vom Anspruchsberechtigten geltend gemachten Pflegebedarfs.

Der Schiedsgutachter wird nur dann tätig, wenn der Anspruchsberechtigte innerhalb von vier Wochen ab Erhalt der Mitteilung erklärt, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein. Die endgültigen Kosten des Schiedsgutachters werden von ihm anhand der im Rahmen seiner Tätigkeit angefallenen objektiv notwendigen Kosten festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen,

vom Anspruchsberechtigten jedoch maximal bis zur Höhe des ihm mitgeteilten Maximalbetrags. Bei Unverbindlichkeit der Entscheidung des Schiedsgutachters (siehe Abs. 2) trägt der Versicherer die Kosten des Schiedsgutachters.

(8) **Auszug aus dem VersVG:**

§ 64 VersVG

- (2) Die von dem oder den Sachverständigen getroffene Feststellung ist nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Fall durch Urteil. Das gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.

ENDE DES GRUPPENVERSICHERUNGSVERTRAGES

§ 14

Dauer des Gruppenversicherungsvertrages

Der Gruppenversicherungsvertrag wird für den Zeitraum von 12 Monaten abgeschlossen. Er gilt jeweils für ein Jahr verlängert, wenn er nicht von einem der Vertragspartner unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist zum jeweiligen Ablauf gekündigt wird.

§ 15

Kündigung durch den Gruppenversicherungsnehmer

- (1) Der Gruppenversicherungsvertrag kann hinsichtlich des Hauptversicherten gemeinsam mit den mit ihm mitversicherten Personen zum Ende eines Versicherungsjahres, frühestens zum Ende des 3. Versicherungsjahres, mit einer Frist von einem Monat gekündigt werden.
Das Versicherungsjahr richtet sich nach dem ursprünglichen Vertragsbeginn gemäß § 5.
- (2) Die Kündigung muss in geschriebener Form erfolgen und ist an die in der Polizza angeführte Anschrift zu richten.
- (3) Kündigt der Gruppenversicherungsnehmer den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, hat der Versicherer das Recht, innerhalb einer Frist von einem Monat den Gruppenversicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen zum gleichen Termin zu kündigen.
Der Gruppenversicherungsnehmer hat innerhalb eines Monats nach Gegenkündigung durch den Versicherer das Recht, die ursprünglich ausgesprochene Kündigung zurückzuziehen.
- (4) Werden Prämien erhöht (§ 41 VersVG, siehe unten Abs. 5), hat der Gruppenversicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag hinsichtlich der betroffenen Personen innerhalb eines Monats vom Zugang der Mitteilung über die Änderung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung zu kündigen.

(5) **Auszug aus dem VersVG:**

§ 41 VersVG

- (1) Ist die dem Versicherungsnehmer beim Abschluß des Vertrages obliegende Anzeigepflicht verletzt worden, das Rücktrittsrecht des Versicherers aber ausgeschlossen, weil dem anderen Teil kein Verschulden zur Last fällt, so kann der Versicherer vom Beginn der laufenden Versicherungsperiode an eine höhere Prämie verlangen, falls sie mit Rücksicht auf die höhere Gefahr angemessen ist. Das gleiche gilt, wenn beim Abschluß des Vertrages ein für die Übernahme der Gefahr erheblicher Umstand dem Versicherer nicht angezeigt worden ist, weil er dem anderen Teil nicht bekannt war.
- (2) Wird die höhere Gefahr nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht übernommen, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat kündigen.
- (3) Der Anspruch auf die höhere Prämie erlischt, wenn er nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an geltend gemacht wird, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht oder von dem nicht angezeigten Umstand Kenntnis erlangt. Das gleiche gilt von dem Kündigungsrecht, wenn es nicht innerhalb des bezeichneten Zeitraumes ausgeübt wird.

§ 15a

Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer hat in folgenden Fällen ein Kündigungsrecht:
1. der Gruppenversicherungsnehmer gerät in Prämienzahlungsverzug gemäß § 38 bzw. § 39 VersVG (zu Voraussetzungen des Zahlungsverzugs und dessen Rechtsfolgen – siehe Anhang).
 2. der Gruppenversicherungsnehmer oder ein (Haupt)Versicherter verletzen die vorvertragliche Anzeigepflicht gemäß §§ 16 – 22 VersVG. Den vollständigen Inhalt dieser gesetzlichen Bestimmungen finden Sie im Anhang. Diese regeln
 - welche Umstände vor Vertragsabschluss anzuzeigen sind,
 - unter welchen Voraussetzungen der Versicherer bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht vom Vertrag zurücktreten kann,
 - in welchen Fällen dieses Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen ist,
 - in welchen Fällen der Versicherer trotz Rücktritts zur Leistung verpflichtet bleibt und
 - dass der Versicherer wegen arglistiger Täuschung über Gefahrumstände jedenfalls zur Vertragsanfechtung berechtigt ist.
 3. der Gruppenversicherungsnehmer oder ein (Haupt)Versicherter erschleichen durch wissentlich falsche Angaben – insbesondere durch Vortäuschung einer Krankheit – Versicherungsleistungen oder versuchen sie zu erschleichen oder wirken bei einer solchen Handlung mit. Der Versicherer ist zur fristlosen Kündigung berechtigt.
 4. der (Haupt)Versicherte missachtet vorsätzlich oder grob fahrlässig die Obliegenheiten gemäß § 12 Abs. 4 Pkt. e. Der Versicherer ist zur fristlosen Kündigung berechtigt.
- (2) Bei Fehlverhalten eines Haupt(Versicherten) gemäß Abs. 1 ist das Kündigungsrecht des Versicherers auf die betreffende Person beschränkt. Dieser steht das Recht auf Weiterversicherung gemäß § 16a nicht zu.

§ 16

Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Geht der Gruppenversicherungsnehmer in Ausgleich, Konkurs oder Liquidation, so haben beide Vertragsteile das Recht, den Gruppenversicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zum Ende des laufenden Monats zu kündigen.
- (2) Beim Tod eines (Haupt)Versicherten endet der Gruppenversicherungsvertrag hinsichtlich dieser Person; beim Tod eines Hauptversicherten, soweit der Gruppenversicherungsvertrag nichts anderes bestimmt, auch hinsichtlich der mitversicherten Familienangehörigen.
- (3) Für Versicherte, die während der Vertragsdauer aus dem zu versichernden Personenkreis ausscheiden, endet der Gruppenversicherungsvertrag mit dem Ende des Monats des Ausscheidens

§ 16a

Weiterversicherung

Die (Haupt)Versicherten haben das Recht, innerhalb eines Monats nach Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis bzw. nach Beendigung des gesamten Gruppenversicherungsvertrages die Fortsetzung als Einzelversicherung nach Maßgabe der im Umstiegszeitpunkt für die Einzelversicherung geltenden Tarife und Versicherungsbedingungen bis zur Höhe der im Gruppenversicherungsvertrag erworbenen Rechte zu verlangen, sofern sie bei Eintritt in die Gruppenversicherung gemäß den Bestimmungen für die Einzelversicherung versicherungsfähig waren.

SONSTIGE BESTIMMUNGEN

§ 17

Form von Willenserklärungen und Anzeigen

Alle Erklärungen und Informationen des Gruppenversicherungsnehmers, (Haupt)Versicherten und sonstigen Dritten im Zusammenhang mit dem Versicherungsvertrag bedürfen zu ihrer Gültigkeit der geschriebenen Form (schriftlich jedoch ohne Unterschrift). Die Erklärungen und Informationen müssen dem Empfänger zugehen, von ihm dauerhaft aufbewahrt werden können (ausdrucken oder abspeichern, wie etwa bei Fax oder E-Mail, aber nicht SMS-Nachrichten) und aus dem Text muss die Person des Erklärenden zweifelsfrei hervorgehen. Schriftliche Erklärungen und Informationen (mit Unterschrift) sind selbstverständlich auch gültig, bloß mündliche aber unwirksam.

§ 18

Erfüllungsort

Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag ist der Sitz des Versicherers.

§ 19

Änderung der Prämie und des Versicherungsschutzes

- (1) Zur Sicherung der dauernden Erfüllbarkeit des Gruppenversicherungsvertrages ist der Versicherer berechtigt, die Prämie oder den Versicherungsschutz nach Vertragsabschluss einseitig zu ändern.
Maßgebende Umstände für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes sind die Veränderungen folgender Faktoren:
 - a) eines vereinbarten Index,
 - b) der durchschnittlichen Lebenserwartung; zusätzlich auch Änderung der durchschnittlichen Lebenserwartung bloß bezogen auf die zu der Gruppe gehörenden Versicherten, auch infolge einer Änderung des Durchschnittsalters der Gruppe,
 - c) der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten; zusätzlich auch bloß bezogen auf die zu der Gruppe gehörenden Versicherten, auch infolge einer Änderung des Durchschnittsalters der Gruppe,
 - d) der durch Gesetz, Verordnung, sonstige behördlichen Akte oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und
 - e) des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.
- (2) Die Erklärung der Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes gemäß Abs. 1 wirkt erst ab dem der Absendung an den Gruppenversicherungsnehmer folgenden Monatsersten.
Erklärungen der Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes gemäß Abs. 1 erfolgen zu folgenden Stichtagen: 1. Jänner, 1. April.
Die Anpassung in der Gruppenversicherung kann durch Vereinbarung mit dem Gruppenversicherungsnehmer von den oben genannten Zeitpunkten abweichen.
- (3) Erhöht der Versicherer die Prämie, so hat er dem Gruppenversicherungsnehmer auf dessen Verlangen die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anzubieten.
Auf dieses Recht wird der Versicherer den Gruppenversicherungsnehmer in seiner Benachrichtigung über die Prämienhöhung unter Bekanntgabe der erhöhten Prämie ausdrücklich nochmals hinweisen.
- (4) **Prämienänderung bei Altersgrenze**
Hat ein versichertes Kind das 18. Lebensjahr vollendet, ist der Versicherer berechtigt, die Prämie mit dem folgenden Monatsersten auf denjenigen Betrag anzuheben, den der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten.
- (5) Der Versicherer wird den Gruppenversicherungsnehmer von einer solchen Prämienanhebung unter Bekanntgabe der neuen Prämie mindestens zwei Wochen vor Wirksamkeit der Anhebung benachrichtigen. Der Gruppenversicherungsnehmer ist berechtigt, den Versicherungsvertrag hinsichtlich des Versicherten binnen sechs Wochen ab Erhalt der Benachrichtigung zum Wirksamkeitszeitpunkt der Prämienanhebung zu kündigen. Auf dieses Recht wird der Versicherer den Gruppenversicherungsnehmer in seiner Benachrichtigung ausdrücklich nochmals hinweisen.

§ 20

Gewinnbeteiligung

Die Pflegegeldversicherungen nach den Tarifen 1PB, 1PBA, 3PB, 3PBA und 3P gehören zum Tarifabrechnungsverband B.

Der Gewinnrückstellung des Tarifabrechnungsverbandes B werden 85% des nach Maßgabe des Geschäftsplanes ermittelten Gewinnes zugewiesen. Aus der Gewinnrückstellung sind die auf einzelne Gruppenversicherungsnehmer entfallenden Gewinnanteile nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen auszuschütten:

- (1) Erstens sind nur diejenigen Versicherungen des Tarifabrechnungsverbandes teilnahmeberechtigt, für welche die Prämien des abgelaufenen ganzen Kalenderjahres voll gezahlt worden sind.
Änderungen des Versicherungsschutzes oder der Tarife während des Kalenderjahres können eine Teilnahmeberechtigung nicht begründen. Haben sich die Prämien während des Kalenderjahres geändert, bemisst sich die Höhe der Gewinnbeteiligung nach der niedrigsten Monatsprämie.
Weiters ist Voraussetzung, dass für die ganze Dauer des letzten Kalenderjahres keine Leistungen vom Versicherer bezogen worden sind.
Ausgeschlossen sind die Versicherungen, bei denen im abgelaufenen Kalenderjahr durch Prämienzahlungsverzug Leistungsfreiheit des Versicherers eingetreten ist oder die in Form einer Anwartschaftsversicherung bestanden haben.

- (2) Auszahlung von Versicherungsleistungen:
Bei Feststellung der Teilnahmeberechtigung an der Gewinnbeteiligung gelten die Versicherungen von erwachsenen Personen als Einheit, d.h. diese Versicherungen sind nur dann teilnahmeberechtigt, wenn von keiner der erwachsenen Personen im abgelaufenen Geschäftsjahr Versicherungsleistungen in Anspruch genommen worden sind.
- (3) Kinderprämien sind nicht gewinnberechtigt.
- (4) Der auf die einzelne Versicherung entfallende Gewinnanteil wird entsprechend dem Geschäftsplan ermittelt. Er muss stets ein ganzzahliges Vielfaches einer Monatsprämie betragen. Verbleibende Reste in der Gewinnrücklage der (Haupt)Versicherten werden auf das Folgejahr vorgetragen.
- (5) Die Verrechnung der Gewinnbeteiligung erfolgt nach Veröffentlichung der Bilanz, frühestens jedoch zum 1.7. des dem abgelaufenen Geschäftsjahr folgenden Kalenderjahrs. Für zum Zeitpunkt der Verrechnung ausgetrennte Versicherungsverträge erfolgt keine Verrechnung.
Die Gewinnbeteiligung wird vom Versicherer auf die Prämien der Monate, die der Verrechnung folgen, in Anrechnung gebracht.
- (6) Bei Ansprüchen auf Versicherungsleistung für das abgelaufene Geschäftsjahr nach Empfang der Gewinnbeteiligung, wird diese auf die Leistung des Versicherers angerechnet; eine zu Unrecht erhaltene Gewinnbeteiligung ist zurückzuerstatten.

ANHANG

Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) auf die in den AVBPG 2017 Bezug genommen wird

§ 16

- (1) Der Versicherungsnehmer hat beim Abschluß des Vertrages alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen. Erheblich sind jene Gefahrumstände, die geeignet sind, auf den Entschluß des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bestimmungen abzuschließen, einen Einfluß auszuüben. Ein Umstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und in geschriebener Form gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.
- (2) Ist dieser Vorschrift zuwider die Anzeige eines erheblichen Umstandes unterblieben, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Das gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Umstandes deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen hat.
- (3) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte. Er ist auch ausgeschlossen, wenn die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unterblieben ist; hat jedoch der Versicherungsnehmer einen Umstand nicht angezeigt, nach dem der Versicherer nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt hat, so kann dieser vom Vertrag nur dann zurücktreten, wenn die Anzeige vorsätzlich oder grob fahrlässig unterblieben ist.

§ 17

- (1) Der Versicherer kann vom Vertrag auch dann zurücktreten, wenn über einen erheblich Umstand eine unrichtige Anzeige gemacht worden ist.
- (2) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn die Unrichtigkeit dem Versicherer bekannt war oder die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unrichtig gemacht worden ist.

§ 18

Hatte der Versicherungsnehmer die Gefahrumstände an Hand von vom Versicherer in geschriebener Form gestellter Fragen anzuzeigen, so kann der Versicherer wegen unterbliebener Anzeige eines Umstandes, nach dem nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt worden ist, nur im Falle arglistiger Verschweigung zurücktreten.

§ 19

Wird der Vertrag von einem Bevollmächtigten oder von einem Vertreter ohne Vertretungsmacht abgeschlossen, so kommt für das Rücktrittsrecht des Versicherers nicht nur die Kenntnis und die Arglist des Vertreters, sondern auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers in Betracht. Der Versicherungsnehmer kann sich

darauf, daß die Anzeige eines erheblichen Umstandes ohne Verschulden unterblieben oder unrichtig gemacht ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch ihm selbst ein Verschulden zur Last fällt.

§ 20

- (1) Der Rücktritt ist nur innerhalb eines Monats zulässig. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt.
- (2) Der Rücktritt ist gegenüber dem Versicherungsnehmer zu erklären. Im Falle des Rücktrittes sind, soweit dieses Bundesgesetz nicht in Ansehung der Prämie etwas anderes bestimmt, beide Teile verpflichtet, einander die empfangenen Leistungen zurückzugewähren; eine Geldsumme ist von dem Zeitpunkt des Empfanges an zu verzinsen.

§ 21

Tritt der Versicherer zurück, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt seine Verpflichtung zur Leistung gleichwohl bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt ist, keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit er keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 22

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung über Gefahrumstände anzufechten, bleibt unberührt.

§ 38

- (1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluß des Versicherungsvertrags und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.
- (2) Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls und nach Ablauf der Frist des Abs. 1 noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.
- (3) Die Aufforderung zur Prämienzahlung hat die im Abs. 1 und 2 vorgesehenen Rechtsfolgen nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer dabei auf diese hingewiesen hat.
- (4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 und 2 nicht aus.

§ 39

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2 und 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, ohne Beachtung dieser Vorschriften, ist unwirksam.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintrittes mit der Zahlung der Folgeprämie im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.
- (3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, daß sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; darauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich aufmerksam zu machen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.
- (4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 bis 3 nicht aus.

§ 39a

Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10 vH der Jahresprämie, höchstens aber mit 60 Euro im Verzug, so tritt eine im § 38 oder § 39 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.

