

Vertragsgrundlagen zur Gruppenpflegegeldversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die
Gruppenpflegegeldversicherung (AVBPG 2012)
in der Fassung 3/2017



Unter den Flügeln des Löwen. **GENERALI**

Inhaltsverzeichnis

Seite

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Gruppenpflegegeldversicherung (AVBPG 2012) in der Fassung 3/2017

Bitte beachten Sie:	3
DER VERSICHERUNGSSCHUTZ	
§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	3
§ 2 Betreuung	3
§ 3 Hilfe	5
§ 4 Abschluss des Gruppenversicherungsvertrages/Beitritt	5
§ 5 Beginn des Versicherungsschutzes	6
§ 6 Wartezeit	6
§ 7 Art und Umfang des Versicherungsschutzes	6
§ 8 Einschränkung des Versicherungsschutzes	7
§ 9 Auszahlung der Versicherungsleistung	8
§ 10 Anwartschaftsversicherung	9
§ 11 Ende des Versicherungsschutzes	9
PFLICHTEN DES GRUPPENVERSICHERUNGSNEHMERS UND DES VERSICHERTEN	
§ 12	9
A) Prämien, Gebühren und Abgaben	9
B) Zahlungsverzug und dessen Folgen	9
§ 13 Obliegenheiten	10
A) Obliegenheit vor Eintritt des Versicherungsfalles	10
B) Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles	10
§ 14 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Schiedsgutachter)	11
ENDE DES VERSICHERUNGSVERTRAGES	
§ 15 Kündigung durch den Gruppenversicherungsnehmer	12
§ 16 Kündigung durch den Versicherer	12
§ 17 Sonstige Beendigungsgründe	12
§ 17a Weiterversicherung	12
SONSTIGE BESTIMMUNGEN	
§ 18 Form von Willenserklärungen und Anzeigen	13
§ 19 Erfüllungsort, Gerichtsstand	13
§ 20 Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie	13
§ 21 Gewinnbeteiligung	14
ANHANG	
Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) auf die in den AVBPG 2012 Bezug genommen wird	15

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 Versicherte hat im Versicherungsfall Anspruch auf Versicherungsschutz im Rahmen des gewählten Tarifes.
- (2) Versicherungsfall ist der Pflegebedarf eines 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 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) Versichert können nur Personen werden, die in Österreich ihren ordentlichen Wohnsitz haben.
- (7) 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
Anuspraeter-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 vorauszusetzen. 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 benutzen und sich nach der Stoffwechselverrichtung 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, Ausgeschuhen 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 behin-

dernten 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 eignen (inneren) Wohnbereich und bei allen im täglichen Leben vorkommenden Lagewechseln. Weiters ist darunter die Hilfe beim An- und Ablegen von Körpersersatzstücken, 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

(1) Ein Gruppenversicherungsvertrag kann abgeschlossen werden:

- a) mit Arbeitgebern zur Versicherung ihrer Arbeitnehmer,
- b) mit dem Betriebsrat(sfond) oder einem (von einem Personenkreis von Arbeitnehmern laut Pkt. a) Beauftragten, wenn dieser nachweist, dass er seiner Nachweispflicht als Gruppenversicherungsnehmer über die Personaldaten der zu versichernden Arbeitnehmer und über die jeweilige Änderung des Standes des Personenkreises (Ab- und Anmelden von Versicherten) erfüllen kann.
- c) mit Interessenvertretungen zur Versicherung der von ihnen vertretenen Personen,
- d) zu den gemäß Pkt. a) bis c) versicherten Personen können die Ehegatten/eingetragenen Partner und/oder

Kinder mitversichert werden, soweit und solange der Hauptversicherte oder der Ehegatte/eingetragene Partner Familienbeihilfe bezieht. Regelungen für Abschluss und Beitritt von Versicherten sind im einzelnen Gruppenversicherungsvertrag festgelegt.

(2)

- a) Personen, die während der Dauer des Gruppenversicherungsvertrages in den zu versichernden Personenkreis neu einbezogen werden, können zu dem im Gruppenversicherungsvertrag näher bezeichneten Zeitpunkt beitreten. Der Beitritt muss innerhalb eines Monats nach dem vorgesehenen Beitrittstermin beantragt werden.
 - b) Sind in der Gruppenversicherung auch Ehegatten/eingetragene Partner und/oder Kinder von Hauptversicherten gemäß Abs. 1, Pkt. a) bis c) einbezogen, so können die Ehegatten/eingetragenen Partner nur mit dem Tag der Eheschließung/Begründung der eingetragenen Partnerschaft, die Kinder mit dem Tag der Geburt, dem Gruppenversicherungsvertrag beitreten. Der Beitritt muss innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung/Begründung der eingetragenen Partnerschaft bzw. nach der Geburt des Kindes beantragt werden.
 - c) Der spätere Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag ist nur zu einem im Gruppenversicherungsvertrag näher bezeichneten Zeitpunkt möglich.
 - d) Der neuerliche Beitritt einer aus dem Gruppenversicherungsvertrag ausgeschiedenen Person ist nur zu besonderen Bedingungen möglich.
- (3) Der Beitritt kann von einer ärztlichen Untersuchung oder Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses und von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden.
- (4) Über die Annahme des Antrages entscheidet die Geschäftsleitung des Versicherers. Die Entscheidung ist dem Antragsteller in geschriebener Form mitzuteilen. Mit dem Zugang der Polizza ist der Versicherungsvertrag abgeschlossen bzw. der Beitritt wirksam.

§ 5

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit Annahme des Antrages des Hauptversicherten auf Beitritt, jedoch nicht vor Bezahlung der ersten Prämie, nicht vor Ablauf der Wartezeiten und nicht vor dem im in der Polizza bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn).

Wird die Polizza nach diesem Zeitpunkt übermittelt, die Prämie sodann aber innerhalb von 14 Tagen oder ohne schuldhaften Verzug bezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz, abgesehen von den Bestimmungen über die Wartezeiten, mit dem in der Polizza bezeichneten Zeitpunkt.

Das Versicherungsjahr wird ab dem in der Polizza angeführten Datum des ursprünglichen Versicherungsbeginns berechnet.

§ 6

Wartezeit

- (1) Die Wartezeit wird ab Versicherungsbeginn, bei Erhöhung oder Ausweitung des Versicherungsschutzes ab dem Änderungszeitpunkt, gerechnet.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt bei Abschluss des Gruppenversicherungsvertrages und beim Beitritt gemäß § 4 Abs. 2 einen Monat.
Sie entfällt, wenn der Versicherungsfall durch einen Unfall eintritt.
- (3) Die Bestimmungen über die allgemeine Wartezeit gelten, sofern im Gruppenversicherungsvertrag, in den Ergänzenden Versicherungsbedingungen für die versicherten Tarife oder in der Polizza keine besonderen Wartezeiten festgelegt sind.
- (4) Für Pflegebedarf wegen Komplikationen während der Schwangerschaft besteht Versicherungsschutz nach Ablauf einer Wartezeit von neun Monaten. Wenn der Versicherte beweist, dass die Schwangerschaft nachweislich nach dem Versicherungsbeginn eingetreten ist, besteht keine Wartezeit.
Es gilt als Nachweis, wenn der ärztlich errechnete Geburtstermin neun Monate nach Versicherungsbeginn liegt.

§ 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 Polizza.
- (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 Versicherungsbeginn eingetreten ist.
- (2) Krankheiten oder Unfälle, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind, aber erst nach Versicherungsbeginn zu Pflegebedürftigkeit führen, sind nur nach Maßgabe des Abs. 6 und der §§ 16ff VersVG iVm § 178k VersVG (siehe Anhang) in den Versicherungsschutz einbezogen.
- (3) Für Krankheiten, die während der Wartezeit (§ 6, Abs. 2) erstmals auftreten, und eine körperliche, geistige oder psychische Behinderung oder Sinnesbehinderung verursachen, die zu Pflegebedürftigkeit führt, besteht bis zur Beendigung des Versicherungsfalles, längstens bis drei Jahre nach Abschluss, Abänderung oder Wiederinkraftsetzung des Gruppenversicherungsvertrages kein Versicherungsschutz.
Der Versicherer ist jedoch zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer oder der Versicherte beweist, dass die für die körperliche, geistige oder psychische Behinderung oder Sinnesbehinderung ursächliche Erkrankung erst nach Abschluss des Gruppenversicherungsvertrages oder des Beitritts zu diesem für sie erkennbar wurde.
- (4) 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 schuldhafte Beteiligung an Schlägereien oder bei der Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, entsteht;
 - für auf Vorsatz des 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 Anhang);
 - für Pflegebedarf, der durch Kriegereignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzungen, entsteht;
 - solange sich Versicherte im Ausland aufhalten;
 - für die Dauer der Verbüßung einer Freiheitsstrafe.
- (5) Pflegebedürftigkeit gemäß Abs. 1 bis 3 kann zu besonderen Bedingungen in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden.
- (6) Für Pflegebedürftigkeit aufgrund von Krankheiten oder Unfällen, die vom Versicherten vor Abschluss des Gruppenversicherungsvertrages oder des Beitritts zu diesem angegeben wurden, kann der Versicherungsschutz nur durch ausdrückliche Erklärung des Versicherers in geschriebener Form ausgeschlossen werden.

§ 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 oder Landespflegegeldgesetzen 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 sowie die Kosten für Übersetzungen sind vom Versicherungsnehmer zu tragen.
- (6) Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne Zustimmung des Versicherers weder verpfändet noch abgetreten werden.
- (7) Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherte nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung des Versicherers verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.
Sind die Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles nicht beendet, so kann der Versicherte in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherten gehindert ist.
- (8) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherten gegenüber den erhobenen Anspruch in geschriebener Form abgelehnt hat. Die Entscheidung des Versicherers muss zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zu Grunde gelegten Tatsache und der gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet sein und die Angabe der mit dem Ablauf verbundenen Rechtsfolge enthalten; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherte ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruches gehindert ist, gehemmt.

- (9) Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekannt geworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren. Ist ein Anspruch beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer Entscheidung des Versicherers in geschriebener Form gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.

§ 10

Anwartschaftsversicherung

- (1) Auf Antrag des Gruppenversicherungsnehmers kann in begründeten Fällen für einen im Voraus bestimmten Zeitraum das Ruhen der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag vereinbart werden. Dieser Zeitraum darf innerhalb der Laufzeit des Versicherungsvertrages insgesamt 60 Monate nicht übersteigen.
- (2) Eine vom Gruppenversicherungsnehmer beantragte Wiederinkraftsetzung der Versicherung vor Ablauf des vereinbarten Zeitraumes kann von einer Gesundheitsprüfung des Versicherten abhängig gemacht werden.
- (3) Für den Zeitraum der Ruhendstellung ist eine Anwartschaftsprämie zu vereinbaren und im Voraus zu bezahlen (Anwartschaftsversicherung).
Nach Wiederinkraftsetzung der Versicherung besteht Versicherungsschutz für während des Ruhens eingetretene Versicherungsfälle.
Nach Wiederinkraftsetzung der Versicherung wird die Prämie aufgrund des zu diesem Zeitpunkt bestehenden Alters des Versicherten neu berechnet. Versicherungszeiten, für die bis dahin volle Prämien bezahlt wurden, werden dabei berücksichtigt.

§ 11

Ende des Versicherungsschutzes

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

PFLICHTEN DES GRUPPENVERSICHERUNGSNEHMERS UND DES VERSICHERTEN

§ 12

A) Prämien, Gebühren und Abgaben

- (1) Prämien und Gebühren richten sich nach dem Gruppenversicherungsvertrag.
Die Prämie ist eine Jahresprämie und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Sie ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Prämienraten bezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Prämienrate gestundet gelten. Die Prämienraten sind am 1. eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie ist spätestens bei Zugang bzw. Angebot der Police und Aufforderung zur Prämienzahlung fällig.
- (2) Hat ein versichertes Kind das 18. Lebensjahr vollendet, so sind ab dem nächstfolgenden Monatsersten die Prämien zu bezahlen, die für erwachsene Personen zu entrichten sind.
- (3) Die Prämien sind in der im Gruppenversicherungsvertrag vereinbarten Form an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
- (4) Neben der Prämie verrechnet der Versicherer Gebühren, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Gruppenversicherungsnehmers bzw. von Versicherten veranlasst worden sind (z.B. Mahngebühren). Die zum jeweiligen Durchführungstermin gültigen Gebühren für diese Mehraufwendungen werden auf der Homepage unter: <https://www.generali.at/service/gebuehren-versicherung.html> veröffentlicht; das Informationsblatt sendet der Versicherer dem Gruppenversicherungsnehmer auf Wunsch auch gerne zu.

B) Zahlungsverzug und dessen Folgen

- (5) Ist die erste Prämie oder die erste Prämienrate innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Gruppenversicherungsvertrages 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.
- (6) Wird in der Folge eine fällige Prämie oder eine fällige Prämienrate nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer den Gruppenversicherungsnehmer unter Angabe der Höhe der Prämien- und Kostenschuld und der

Rechtsfolgen weiterer Säumnis auffordern, die Schuld innerhalb einer Zahlungsfrist von 14 Tagen, vom Empfang der Aufforderung an gerechnet, an die vom Versicherer bezeichnete Stelle ohne Abrechnung von Überweisungsspesen zu bezahlen.

Neben Postgebühr und Mahnkosten können Verzugszinsen in Höhe der gesetzlichen Verzugszinsen eingehoben werden.

- (7) Tritt der Versicherungsfall nach Ablauf der Zahlungsfrist ein und ist der Gruppenversicherungsnehmer zu dieser Zeit mit der Zahlung der Prämien im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Gruppenversicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.
Die Leistungspflicht des Versicherers lebt nach Bezahlung aller rückständigen Prämien wieder auf, jedoch besteht für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der Zahlungsfrist und vor Nachzahlung der rückständigen Prämien eingetreten sind, und deren Folgen kein Anspruch auf Leistung.
- (8) Ist der Gruppenversicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10 v.H. der Jahresprämie, höchstens aber mit dem in § 39a VersVG genannten Betrag (derzeit EUR 60,--, siehe Anhang) in Verzug, so tritt die in Abs. 7 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.
- (9) Der Versicherer ist berechtigt, den Gruppenversicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Gruppenversicherungsnehmer nach Ablauf der Frist von 14 Tagen mit der Zahlung der Prämien im Verzug ist. Der Versicherer kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist den Gruppenversicherungsvertrag so kündigen, dass die Kündigung mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Gruppenversicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung der Prämien im Verzug ist.
- (10) Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Gruppenversicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung der Prämien nachholt.
- (11) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 7 und 9 nicht aus.

§ 13

Obliegenheiten

A) Obliegenheit vor Eintritt des Versicherungsfalles

- (1) Wurde für einen 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.

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

- (3) 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 Versicherte haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Art und des Umfanges des Versicherungsschutzes erforderlich ist.
Ebenso sind über Verlangen des Versicherers die erbrachten Pflege- und Betreuungsmaßnahmen sowie die dafür aufgewendeten Kosten nachzuweisen.
 - c) Der 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 Versicherten in das Ausland;
 - jede Verbüßung einer Freiheitsstrafe durch den Versicherten.
 - e) Der 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

- (4) Wird eine der in Abs. 3 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.
- (5) Wird eine der Obliegenheiten in Abs. 3 mit einem anderen als dem in Abs. 4 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.

§ 14

Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Schiedsgutachter)

- (1) Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang des Pflegebedarfs entscheidet verbindlich ein Schiedsgutachter, sofern
 - dies der Versicherte oder der Versicherer verlangen, und
 - die Meinungsverschiedenheiten darauf beruhen, dass das vom Versicherer im Anlassfall eingeholte Sachverständigengutachten mit dem Nachweis des Versicherten (siehe § 9, Abs. 2 AVBPG 2012) nicht übereinstimmt.
- (2) Gemäß § 64 Abs 2 VersVG (siehe Anhang) 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 Versicherte zwar die Entscheidung des Schiedsgutachters verlangt hat, aber nicht fristgerecht gemäß Abs. 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 Versicherten 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 § 9, Abs. 2 AVBPG 2012) von Seiten des Versicherten bzw. Gutachtens von Seiten des Versicherers zu erfolgen. Auf dieses Recht sowie die dafür geltenden Erfordernisse und Rahmenbedingungen wird der Versicherer den Versicherten 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 § 13, Abs. 4 a), b), c) und e) gelten sinngemäß für das Schiedsgutacherverfahren. 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 § 9, Abs. 2 AVBPG 2012) bzw. dem Gutachten von Seiten des Versicherers auseinandersetzt.
- (7) Verlangt der Versicherer die Entscheidung des Schiedsgutachters, so trägt er dessen Kosten allein. Verlangt der Versicherte 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:
 - a) 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).
 - b) 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 Versicherte 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 Versicherten 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.

ENDE DES VERSICHERUNGSVERTRAGES

§ 15

Kündigung durch den Gruppenversicherungsnehmer

- (1) Der Gruppenversicherungsvertrag wird für einen Zeitraum von 12 Monaten abgeschlossen. Er gilt jeweils ein Jahr verlängert, wenn er nicht vom Gruppenversicherungsnehmer unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist zum jeweiligen Ablauf gekündigt wird.
- (2) Das Versicherungsverhältnis hinsichtlich des (Haupt)Versicherten kann 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 Versicherungsbeginn gemäß § 5.
- (3) Die Kündigung muss in geschriebener Form erfolgen und ist an die zuständige Regionaldirektion des Versicherers (siehe Polizze) zu richten.
- (4) 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.
- (5) Werden Prämien erhöht (§ 41 VersVG – siehe Anhang), 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.

§ 16

Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Gruppenversicherungsvertrag wird für einen Zeitraum von 12 Monaten abgeschlossen. Er gilt jeweils ein Jahr verlängert, wenn er nicht vom Versicherer unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist zum jeweiligen Ablauf gekündigt wird.
- (2) Wenn der Gruppenversicherungsnehmer oder ein Versicherter durch wissentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung eines Pflegebedarfs, Versicherungsleistungen erschleicht oder zu erschleichen versucht oder bei einer solchen Handlung mitwirkt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei und hat das Recht, den Gruppenversicherungsvertrag fristlos zu kündigen.
- (3) Wenn ein Versicherter im Versicherungsfall vorsätzlich oder grob fahrlässig gegen die Obliegenheit zur Minderung des Pflegebedarfs gemäß § 13 Abs. 4 Pkt. e) verstößt, hat der Versicherer das Recht, den Vertrag fristlos zu kündigen.
- (4) Die Kündigung gemäß Abs. 2 und 3 kann auf die jeweils betroffenen Versicherten beschränkt werden. Diesen steht das Recht auf Weiterversicherung gemäß 17a nicht zu.

§ 17

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 Versicherten endet der Gruppenversicherungsvertrag hinsichtlich dieser Person; beim Tod der gemäß § 4 Abs. 1 Pkt. a) bis c) versicherten Personen, 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.
- (4) Für Versicherte, die während der Vertragsdauer ihren Wohnsitz ins Ausland verlegen, endet der Versicherungsvertrag in diesem Zeitpunkt, es sei denn, dass eine andere Vereinbarung getroffen wird.

§ 17a

Weiterversicherung

- (1) Die 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.

gen, sofern sie bei Eintritt in die Gruppenversicherung gemäß den Bestimmungen für die Einzelversicherung versicherungsfähig waren.

- (2) Dieses Recht steht dem Versicherten dann zu, wenn die Fortsetzung als Einzelversicherung für alle bisher mitversicherten Familienangehörigen unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers beantragt wird.

SONSTIGE BESTIMMUNGEN

§ 18

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 Email, 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. Rücktrittserklärungen nach §§3 und 3a KSchG sind an keine bestimmte Form gebunden.

§ 19

Erfüllungsort, Gerichtsstand

- (1) Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag ist der Sitz des Versicherers.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, wo der Vermittlungsagent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.
- (3) Für Klagen gegen den Gruppenversicherungsnehmer oder den (Haupt)Versicherten ist das Gericht örtlich zuständig, in dessen Sprengel der Gruppenversicherungsnehmer seinen Sitz im Inland oder der (Haupt)Versicherte seinen Wohnsitz, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat oder der Ort seiner Beschäftigung liegt.

§ 20

Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

- (1) Zur Sicherung der dauernden Erfüllbarkeit des Versicherungsvertrages ist der Versicherer gemäß § 178f VersVG berechtigt, die Prämie oder den Versicherungsschutz (Allgemeine und Ergänzende Versicherungsbedingungen und Tarife) nach Vertragsabschluss ohne Altersbegrenzung, ohne Wartezeiten für die Mehrleistungen und ungeachtet eines etwa verschlechterten Gesundheitszustandes einseitig zu ändern, wenn mindestens einer der folgenden Umstände eintritt. Dabei ist der Versicherer bei Vorliegen der vereinbarten Voraussetzungen für eine Prämienänderung auch zu einer Herabsetzung der Prämien verpflichtet:
 - a) Änderung eines vereinbarten Index,
 - b) Änderung der durchschnittlichen Lebenserwartung,
 - c) Änderung der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwändigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,
 - d) Änderung des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherung,
 - e) Änderung 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
 - f) Änderung des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.
- (2) Zur Festsetzung der erforderlichen Anpassung vergleicht der Versicherer laufend die der letzten Tarifikalkulation zugrundeliegenden Faktoren mit den zu erwartenden Faktoren. Ergibt dieser Vergleich eine Änderung der zu erwartenden Leistungen, werden die Leistungen und Prämien dem geänderten Bedarf angepasst. Für die Bemessung der Teilprämie für die Anpassung ist das Alter des Versicherten im Zeitpunkt der Anpassung maßgebend.
- (3) Die neuen Leistungen und Prämien werden zum Ersten des Monats wirksam, der der Benachrichtigung des Gruppenversicherungsnehmers in geschriebener Form folgt.
- (4) 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 ausdrücklich nochmals hinweisen.

§ 21

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 Versicherungsnehmer 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 (§ 10 Abs. 3 AVBPG 2012).
- (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 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 ausgetretene 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 2012 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.

§ 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.

§ 41

- (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.

§ 64

- (1) Eine Vereinbarung, daß einzelne Voraussetzungen des Anspruchs aus der Versicherung oder die Höhe des Schadens in einem Schiedsgutachterverfahren durch Sachverständige festgestellt werden sollen, ist nur wirksam, wenn vorgesehen ist, daß der Sachverständige oder die Sachverständigen von einem unbeteiligten Dritten oder jeweils in gleicher Anzahl vom Versicherer und vom Versicherungsnehmer namhaft gemacht werden, wobei vorgesehen werden kann, daß diese Sachverständigen oder ein unbeteiligter Dritter einen Vorsitzenden zu bestimmen haben.
- (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.
- (3) Sind nach dem Vertrag die Sachverständigen vom Gericht zu bestellen, so ist für die Bestellung das Bezirksgericht zuständig, in dessen Sprengel der Schaden entstanden ist. Durch eine ausdrückliche Vereinbarung der Beteiligten kann die Zuständigkeit eines anderen Bezirksgerichtes begründet werden. Der Beschluß, durch den dem Antrag auf Bestellung der Sachverständigen stattgegeben wird, ist nicht anfechtbar.
- (4) Eine Vereinbarung, die von der Vorschrift des Abs. 1 Satz 1 abweicht, ist nichtig.

§ 67

- (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.

§ 178b

- (1) Bei der Krankheitskostenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich medizinischer Betreuung und Behandlung bei Schwangerschaft und Entbindung im vereinbarten Umfang zu ersetzen.
- (2) Bei der Krankenhaustagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung das vereinbarte Krankenhaustagegeld zu leisten.
- (3) Bei der Krankengeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, den als Folge von Krankheit oder Unfall durch Arbeitsunfähigkeit verursachten Verdienstausfall durch das vereinbarte Krankengeld zu ersetzen.
- (4) In der Pflegekrankenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, im Fall der Pflegebedürftigkeit die Aufwendungen, die für die Pflege der versicherten Person entstehen, im vereinbarten Umfang zu ersetzen (Pflegekostenversicherung) oder das vereinbarte Tagegeld zu leisten (Pflege tagegeldversicherung).

- (5) Die Kosten und Risiken der medizinischen Betreuung und Behandlung im Zusammenhang mit der Schwangerschaft, der Entbindung und der Mutterschaft dürfen in der Krankenversicherung nicht zu unterschiedlichen Prämien oder Leistungen zwischen Frauen und Männern führen.

§ 178f

- (1) Eine Vereinbarung, nach der der Versicherer berechtigt ist, die Prämie nach Vertragsabschluß einseitig zu erhöhen oder den Versicherungsschutz einseitig zu ändern, etwa einen Selbstbehalt einzuführen, ist - unbeschadet des § 6 Abs. 1 Z 5 KSchG beziehungsweise des § 6 Abs. 2 Z 3 KSchG - nur mit den sich aus den Abs. 2 und 3 ergebenden Einschränkungen wirksam.
- (2) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände dürfen nur die Veränderungen folgender Faktoren vereinbart werden:
1. eines in der Vereinbarung genannten Index,
 2. der durchschnittlichen Lebenserwartung,
 3. der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die auf die zu diesem Tarif Versicherten,
 4. des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
 5. der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und
 6. des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.
- Bloß vom Älterwerden des Versicherten oder von der Verschlechterung seines Gesundheitszustandes abhängige Anpassungen dürfen jedenfalls nicht vereinbart werden, insbesondere ist eine Prämienanpassung unzulässig, um eine schon bei Eingehung der Versicherung unzureichend kalkulierte Alterungsrückstellung zu ersetzen. Es kann jedoch vereinbart werden, daß eine zunächst geringere Prämie ab einem bestimmten Lebensalter des Versicherten auf denjenigen Betrag angehoben wird, den der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten; dieses Lebensalter darf nicht über 20 Jahren liegen.
- (3) Erhöht der Versicherer die Prämie, so hat er dem Versicherungsnehmer auf dessen Verlangen die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anzubieten.
- (4) Die Erklärung einer rückwirkenden Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes ist unwirksam; die Erklärung wirkt erst ab dem der Absendung folgenden Monatsersten.

§ 178k

Wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer beim Abschluß des Vertrags obliegenden Anzeigepflicht kann der Versicherer vom Vertrag nicht mehr zurücktreten oder den Vertrag kündigen, wenn seit dem Abschluß drei Jahre verstrichen sind. Das Rücktrittsrecht bleibt jedoch bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

SAP 24679 02.17 DVR 0603589