

ANHANG ZUR PFLEGERENTEN-RAHMENVEREINBARUNG:

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

Versicherungsbedingungen für die Pflegeversicherung BASIS, die Pflegeversicherung PLUS und die Pflegeversicherung DELUXE (Fassung 07/2017)

- § 1 Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall
- § 1a Begriff der Pflegebedürftigkeit
- § 2 Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person
- § 2a Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags
- § 2b Prämien, Zahlungsverzug und dessen Folgen
- § 2c Mitwirkungspflichten bei Geltendmachung der Pflegebedürftigkeit
- § 2d Pflichten während des Bestehens des Versicherungsvertrags
- § 3 Dauer und Umfang des Versicherungsschutzes
- § 4 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes
- § 5 Kosten und Gebühren
- § 6 Gewinnbeteiligung
- § 7 Leistungserbringung durch den Versicherer
- § 7a Versicherungsfall "Pflegebedürftigkeit"
- § 7b Versicherungsfall "Ableben"
- § 7c Angaben zur Steuerpflicht
- § 8 Kündigung
- § 9 Prämienfreistellung
- § 9a Wiederaufnahme der Prämienzahlung
- § 10 Wertsicherung
- § 11 Vorauszahlungen
- § 12 Vinkulierung, Verpfändung und Abtretung
- § 13 Erklärungen
- § 14 Verjährung
- § 15 Vertragsgrundlagen
- § 16 Gerichtsstand
- § 17 Anwendbares Recht
- § 18 Erfüllungsort

Allgemeine Informationen zu Ihrer Pflegeversicherung (Fassung 07/2017)

1. Zuständige Aufsichtsbehörde
2. Allgemeine Angaben über die für die Versicherung geltende Steuerregelung
3. Rücktrittsrechte
4. Information über die Fälligkeit der Erst- oder Einmalprämie und die Rechtsfolgen der nicht rechtzeitigen Zahlung

Versicherungsbedingungen für die Pflegeversicherung BASIS, die Pflegeversicherung PLUS und die Pflegeversicherung DELUXE

(Fassung 07/2017)

Begriffsbestimmungen

Soweit personenbezogene Bezeichnungen in diesen Versicherungsbedingungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

Bezugsberechtigter (Begünstigter):	Der Bezugsberechtigte (Begünstigte) ist die Person, die für den Empfang der Ablebensleistung benannt ist.
Deckungsrückstellung:	Der Kapitalbedarf, der bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit für die Auszahlung einer Pflegerente erforderlich ist, ändert sich mit steigendem Alter. Trotzdem werden gleichbleibende Prämien verrechnet. Daher werden zu Beginn der Versicherungsdauer Teile der vorgeschriebenen Prämie angespart und der sogenannten Deckungsrückstellung, zugeführt. Diese Deckungsrückstellung wird verwendet, um das mit fortschreitendem Alter steigende Risiko der Pflegebedürftigkeit abzudecken bzw. das bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit notwendige Kapital teilweise sicher zu stellen. Der Versicherer bildet mit diesem Wert eine Rückstellung in seiner Bilanz zur Deckung des entsprechenden Anspruchs des Begünstigten (daher der Name "Deckungsrückstellung").
Versicherer:	Der Versicherer ist die Sparkassen Versicherung AG Vienna Insurance Group (im Folgenden kurz „s Versicherung“). Sitz und Generaldirektion: Wipplingerstraße 36-38, 1010 Wien Rechtsform: Aktiengesellschaft Firmenbuchnummer: FN 82351 f beim Handelsgericht Wien.
Versicherte Person:	Die versicherte Person ist die Person, auf die sich die Versicherung bezieht.
Versicherungsmathematische Grundlagen:	Die versicherungsmathematischen Grundlagen sind eine detaillierte Aufstellung jener Bestimmungen und versicherungsmathematischen Formeln, anhand derer die Leistung des Versicherers und die Gegenleistung des Versicherungsnehmers (Versicherungsprämie) berechnet werden. Der Versicherer muss die versicherungsmathematischen Grundlagen gemäß der „Verordnung der Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) über Inhalt und Gliederung der versicherungsmathematischen Grundlagen (Lebensversicherung Versicherungsmathematische Grundlagen-Verordnung - LV-VMGV)“ vor Einführung eines Tarifs der FMA vorlegen.
Versicherungsnehmer:	Der Versicherungsnehmer ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit dem Versicherer abschließt.
Versicherungsprämie:	Die Versicherungsprämie - auch „Prämie“ - ist das vom Versicherungsnehmer an den Versicherer zu zahlende Entgelt.

§ 1. Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall

- Die versicherte Person hat im Versicherungsfall "Pflegebedürftigkeit" Anspruch auf Rentenzahlung. Die Höhe der Rente richtet sich nach der Pflegestufe (siehe Abs. 3) und der gewählten Produktvariante. Die vertraglich vereinbarte Leistung je Pflegestufe gemäß Abs. 3 entnehmen Sie bitte dem Antrag bzw. der Versicherungspolizze.
- Der Versicherungsfall „Pflegebedürftigkeit“ beginnt mit dem gemäß § 7a festgestellten Pflegebedarf. Er endet, wenn der Pflegebedarf nicht mehr besteht oder die versicherte Person stirbt.
- Es gelten - entsprechend dem österreichischen Bundespflegegeldgesetz (BPGG) in der Fassung BGBl. I Nr. 116/2016 - folgende Pflegestufen:
 - Pflegestufe 1: für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 65 Stunden monatlich beträgt
 - Pflegestufe 2: für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 95 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, wenn
 - a) zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen erforderlich sind und regelmäßig während des Tages und der Nacht erbracht werden müssen 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 keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind oder ein gleichzeitiger Zustand vorliegt, z.B. wenn ein dauernder Einsatz technischer Hilfsmittel zur Aufrechterhaltung notwendiger Funktionen erforderlich ist.
- Im Übrigen gelten die Sondereinstufungskriterien des BPGG in der Fassung BGBl. I Nr. 116/2016 für die Pflegestufen sinngemäß.
- Bei Ableben der versicherten Person vor Anzeige der Pflegebedürftigkeit leisten wir den in Ihrem Versicherungsvertrag für den Ablebensfall angeführten Betrag.

5. Sind für den Fall der stationären Pflege höhere Leistungen vereinbart, gilt:
 Als „stationäre Pflege“ im Sinne dieser Versicherungsbedingungen gilt die Pflege der versicherten Person auf Kosten oder unter Kostenbeteiligung eines Landes, einer Gemeinde oder eines Sozialhilfeträgers
- in einem Pflege-, Wohn-, oder Altenheim,
 - in einer Sonderkrankenanstalt für Psychiatrie,
 - auf einer von einem Träger der öffentlichen Wohlfahrtspflege, einer kirchlichen oder anderen karitativen Vereinigung geführten Pflegestelle.
- Als „stationäre Pflege“ gilt weiters eine entsprechende entgeltliche Pflege in einem österreichischen Pflegeheim ohne Kostenbeteiligung eines Landes, einer Gemeinde oder eines Sozialhilfeträgers, sofern dieses in den Anwendungsbereich des jeweiligen den Betrieb von Pflegeheimen normierenden Landesgesetzes fällt und über eine entsprechende aufrechte Betriebsbewilligung, -anerkennung oder -zulassung verfügt.
6. Der Versicherungsschutz besteht weltweit.
7. Sollten wesentliche Änderungen des BPGG (z.B. Wegfall der sieben Pflegestufen, Verschärfung der Zugangsbestimmungen, Reduktion der Höhe des Pflegegeldes, ...) beschlossen werden, behält sich der Versicherer vor, dem Versicherungsnehmer den Umstieg auf ein neues Produkt mit einem an die neuen gesetzlichen Bestimmungen angepassten Leistungsversprechen anzubieten, sofern noch kein Anspruch gemäß dem gesetzlichen oder vertraglichen Pflegegeld besteht. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, das Angebot ohne erneute Gesundheitsprüfung anzunehmen. Nimmt er das Angebot nicht an oder bietet der Versicherer kein angepasstes Produkt an, dann läuft der Vertrag unverändert weiter, d.h. es gelten weiterhin die Bestimmungen des BPGG in der Fassung BGBl. I Nr. 116/2016.
8. Assistenzleistungen:
 Der Versicherer bietet dem Versicherten auch ohne Leistungspflicht auf Pflegerente unabhängige Assistenzleistungen bei der Suche nach und Auswahl von vorübergehender oder ständiger Pflegeunterstützung. Bei einem Anspruch auf eine Pflegerente gemäß diesem Vertrag bietet der Versicherer dem Versicherten ebenfalls unabhängige Unterstützung für die Beratung und Auswahl von geeigneten stationären Einrichtungen. Für betroffene Angehörige werden Informations- und Unterstützungsdienstleistungen erbracht. Aktuell werden diese Leistungen durch eine 24h-Hotline erbracht.

§ 1a. Begriff der Pflegebedürftigkeit

1. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person in Folge einer Krankheit, eines Unfalls, einer Körperverletzung, Schwangerschaftskomplikationen oder Geburt oder Kräfteverfalls in erheblichem Umfang, wegen einer körperlichen, geistigen, psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung der ständigen Betreuung und Hilfe (Pflegebedarf) bedarf, und diese Hilfe aus medizinischer Sicht voraussichtlich dauernd, mindestens jedoch sechs Monate, benötigt wird.
2. Krankheit ist ein nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft anormaler körperlicher oder geistiger Zustand.
3. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
4. Bei der Beurteilung des Pflegebedarfs 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.
5. 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 An- und Auskleiden, Körperpflege, Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten, Verrichtung der Notdurft, Einnahme von Medikamenten und Mobilitätshilfe im engeren Sinn.
6. Für die Feststellung einer Pflegerentenleistung ist grundsätzlich das komplette Bedarfsschema des staatlichen Pflegegeldes gemäß BPGG in der Fassung BGBl. I Nr. 116/2016 heranzuziehen, also sowohl das zeitbezogene als auch das diagnosebezogene Schema sowie Sonderbestimmungen. Bei der Feststellung des zeitlichen Betreuungsaufwandes ist auszugsweise 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 |
7. Abweichungen von diesen Zeitwerten sind nur dann zu berücksichtigen, wenn der tatsächliche Betreuungsaufwand diese Mindestwerte um mehr als das Doppelte überschreitet oder um die Hälfte unterschreitet.
8. 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 Pflegebedarfs 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 vorgeschchnittene oder breiige Nahrung selbständig, d.h. ohne Anleitung, wiederholte Aufforderung und/oder Beaufsichtigung aufgenommen werden kann, ist kein Pflegebedarf anzurechnen.
9. 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.

10. 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, Ausgehshuhen 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 selbstständig 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.

11. Anleitung, Beaufsichtigung und Motivationsgespräch

Die Anleitung sowie die Beaufsichtigung von Menschen mit geistiger oder psychischer Behinderung bei der Durchführung der in § 1a 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.

12. Einnahme von Medikamenten

Bei üblicher Medikation sind 3 Stunden pro Monat als Pflegebedarf anzurechnen. Bei Notwendigkeit von mehr als 3x täglicher Verabreichung kann der Pflegebedarf mit 5 Stunden pro Monat angerechnet werden.

13. 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. 6 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.

14. Hilfe und Hilfsverrichtungen

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.

15. 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.

16. 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.

17. 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 Temperaturregulation nicht von der pflegebedürftigen Person vorgenommen werden muss (z.B. Fernwärme, Gasetagenheizung).

18. 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.

§ 2. Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person

§ 2a Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags

1. Sie sind verpflichtet, den Antrag und die damit verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig auszufüllen bzw. zu beantworten.
2. Werden Fragen schuldhaft unrichtig oder unvollständig beantwortet, können wir innerhalb von drei Jahren ab Abschluss, letzter Änderung oder Wiederherstellung des Versicherungsvertrags von diesem zurücktreten.
Wir können den Rücktritt nur innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären.
3. Wir können nicht vom Versicherungsvertrag zurücktreten, wenn wir von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben Kenntnis hatten oder der verschwiegene Umstand keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles hatte.
4. Bei arglistiger Täuschung können wir den Versicherungsvertrag jederzeit anfechten.
5. Schuldhaft unrichtige oder unvollständige Angaben können darüber hinaus nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.
6. An diesen Antrag sind Sie sechs Wochen lang gebunden. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung.

§ 2b. Prämien, Zahlungsverzug und dessen Folgen

1. Sie sind verpflichtet, die vereinbarten Versicherungsprämien (einmalige oder laufende Prämien) an uns kostenfrei und rechtzeitig zu zahlen.
2. Die erste oder einmalige Prämie wird mit Zustellung der Versicherungspolizze, nicht aber vor Versicherungsbeginn fällig und ist sodann innerhalb von zwei Wochen zu zahlen.
3. Wenn Sie die erste oder eine einmalige Prämie nicht rechtzeitig zahlen, sind wir leistungsfrei und können vom Versicherungsvertrag zurücktreten, es sei denn, Sie waren an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert.
Es gilt als Rücktritt unsererseits, wenn wir die erste oder einmalige Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an

gerichtlich geltend machen.

Bei einem Rücktritt sind die Kosten der ärztlichen Untersuchung von Ihnen zu zahlen.

4. Folgeprämien sind innerhalb eines Monats, bei monatlicher Prämienzahlung innerhalb von zwei Wochen, jeweils ab dem in der Versicherungspolize angegebenen Fälligkeitstag zu zahlen.
5. Wenn Sie eine Folgeprämie nicht rechtzeitig zahlen, erhalten Sie eine schriftliche Mahnung.
6. Zahlen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung festgesetzten Frist von mindestens zwei Wochen, können wir den Versicherungsvertrag zum Ablauf der festgesetzten Frist kündigen, es sei denn, Sie waren an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert.
7. Im Falle unserer Kündigung vermindert sich Ihr Versicherungsschutz auf die prämienfreie Rente bzw. entfällt zur Gänze, wenn keine prämienfreie Rente vorhanden ist.

§ 2c. Mitwirkungspflichten bei Geltendmachung der Pflegebedürftigkeit

1. Werden Leistungen aus diesem Versicherungsvertrag verlangt, sind uns folgende Unterlagen/Nachweise einzureichen:
 - a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit
 - b) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf, die bisherige bzw. voraussichtliche Dauer des Leidens, über den Umfang sowie über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit und eine Bescheinigung über Art und Umfang der PflegeDie Nachweise müssen, sofern nichts anderes vereinbart ist, insbesondere enthalten:
 - Vor- und Zuname der pflegebedürftigen Person
 - Umfang des Pflegebedarfs (Pflegestufe) gemäß § 1 in Verbindung mit § 1a
 - die durchschnittliche Dauer der Pflege im Monat (Anzahl der Stunden)
 - die Art der PflegeSoweit Nachweise nach dem Bundespflegegeldgesetz oder den Landespflegegeldgesetzen erstellt wurden, sind diese vorzulegen. Erhält eine versicherte Person Pflegegeldleistungen nach dem BPGG oder den Landespflegegeldgesetzen, sind die dort getroffenen Feststellungen in Bezug auf den Pflegebedarf grundsätzlich zur Feststellung des Versicherungsfalls heranzuziehen und vom Antragsteller nachzuweisen.

Diese Vorgehensweise gilt auch bei Änderungen hinsichtlich des Pflegebedarfs, über den eine versicherte Person den Versicherer spätestens binnen drei Monaten ab rechtskräftiger Entscheidung zu informieren hat.
Die dadurch entstehenden Kosten hat der Anspruchsteller zu tragen.
2. Wir können außerdem weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise, zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen verlangen.

Die Untersuchungskosten werden von uns getragen, nicht jedoch die Reise- und Aufenthaltskosten.
Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime, Sanatorien, Versorgungs- und Fürsorgeämter, sowie andere Personenversicherer, Sozialversicherungsträger und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen. Die befragten Personen sind von ihrer Schweigepflicht uns gegenüber zu befreien.
3. Der Versicherte kann auch unabhängig von einer Zuerkenntnis des staatlichen Pflegegelds, bei negativem Bescheid oder bei Änderung des BPGG gegenüber der Fassung BGBl. I Nr. 116/2016 eine eigene Leistungsprüfung des Versicherers verlangen. Sollte die Leistungsprüfung aus diesem Versicherungsvertrag ebenfalls negativ ausfallen, hat er die Kosten zu tragen. An das Gutachten sind in jedem Fall dieselben Anforderungen zu stellen, als wäre es nach den Grundsätzen für das staatliche Pflegegeld lt. BPGG in der Fassung BGBl. I Nr. 116/2016 angefertigt worden.
4. Zumutbare Anordnungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt trifft, um die Heilung zu fördern oder die Pflegebedürftigkeit zu mindern, dürfen nicht vorsätzlich missachtet werden.
5. Die ärztlichen Nachweise zum Eintritt der Pflegebedürftigkeit oder zum Fortbestehen der Pflegebedürftigkeit müssen von einem innerhalb Österreichs zugelassenen Arzt in deutscher Sprache erstellt werden, sofern wir nicht anlässlich einer Leistungsprüfung oder der weiteren Nachprüfung im Einzelfall abweichende Vereinbarungen mit Ihnen treffen.

§ 2d. Pflichten während des Bestehens des Versicherungsvertrags

1. Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 2c oder § 7a Abs. 7 vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei.
2. Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben dafür zu sorgen, dass der Pflegebedarf gemindert oder behoben wird. Sie haben ferner alle Handlungen zu unterlassen, die einer Minderung oder einem Wegfall des Pflegebedarfs entgegenstehen.

Wird diese Verhaltenspflicht vorsätzlich verletzt, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei und berechtigt, den Versicherungsvertrag zu kündigen.
3. Der Eintritt, jede Änderung und der Wegfall des Pflegebedarfs sind uns innerhalb von drei Monaten in geschriebener Form anzuzeigen.

Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Art und des Umfangs des Versicherungsschutzes erforderlich ist.
Die versicherte Person ist verpflichtet, sich auf unser Verlangen von einem ärztlichen Sachverständigen untersuchen zu lassen und diesem alle Auskünfte zu erteilen, die zur Beurteilung des Versicherungsfalls „Pflegebedürftigkeit“ erforderlich sind. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, können wir die beantragten Leistungen verweigern.
Die Kosten der genannten Untersuchung tragen wir, es sei denn, es wird innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten erneut der Eintritt eines Versicherungsfalls „Pflegebedürftigkeit“ oder eine Änderung des Pflegebedarfs behauptet, ohne dass wir unsere Leistungspflicht anerkennen.

§ 3. Dauer und Umfang des Versicherungsschutzes

1. Art und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus dem Antrag, der Versicherungspolize, diesen Versicherungsbedingungen und den versicherungsmathematischen Grundlagen.
2. Kein Versicherungsschutz besteht, wenn bei der versicherten Person zum Zeitpunkt der Antragsstellung bereits Pflegebedürftigkeit vorlag.
3. Versicherungsschutz für Pflegebedürftigkeit aufgrund von Krankheiten oder Unfällen, die vom Versicherungsnehmer bzw. von der versicherten Person vor Abschluss des Versicherungsvertrags angegeben wurden, kann zu besonderen Bedingungen (höhere Prämien, besondere Wartezeiten) geboten werden. Ein Ausschluss des Versicherungsschutzes ist in diesen Fällen nur durch unsere ausdrückliche schriftliche Erklärung möglich.
4. Änderungen des Pflegebedarfs führen zu einer Änderung der Versicherungsleistung, sofern der geänderte Pflegebedarf aus medizinischer Sicht voraussichtlich dauernd, mindestens jedoch sechs Monate, anhält.
5. Wir sind von der Verpflichtung zur Leistung der versicherten Rente frei, wenn der Pflegebedarf verursacht wurde
 - a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse
 - b) unmittelbar oder mittelbar durch Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat
 - c) unmittelbar oder mittelbar durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen oder durch Kernenergie
 - d) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person
 - e) durch Drogen oder Suchtmittel, absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder

- versuchte Selbsttötung
- f) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person vorsätzlich den Pflegebedarf der versicherten Person herbeigeführt hat
- g) durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes, außer jene, die durch Heilbehandlungen veranlasst waren
6. Wird Österreich in kriegerische Ereignisse verwickelt, von einer nuklearen, biologischen, chemischen oder durch Terrorismus ausgelösten Katastrophe betroffen, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei.
7. Lebt der aus irgendeinem Grunde erloschene Versicherungsschutz wieder auf, so können Ansprüche nicht aufgrund solcher Ursachen (Krankheit, Unfall) geltend gemacht werden, die während der Unterbrechung des Versicherungsschutzes eingetreten sind.
8. Wenn die bereits pflegebedürftige, versicherte Person das Gebiet der Europäischen Union, die Schweiz, Liechtenstein oder Norwegen verlässt, ruht ab diesem Zeitpunkt unsere Verpflichtung zur Leistung, sofern nichts anderes vereinbart wurde.

§ 4. Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrags in geschriebener Form oder durch Zustellung der Versicherungspolizze bestätigt und Sie die erste oder einmalige Prämie rechtzeitig gezahlt haben. Vor dem in der Versicherungspolizze angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.
2. Bei Erhöhung oder Ausweitung des Versicherungsschutzes gilt Abs. 1 entsprechend.

§ 5. Kosten und Gebühren

1. Die Versicherungssteuer wird entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen von Ihren Versicherungsprämien abgezogen und an die zuständige Behörde abgeführt. Weiters verrechnen wir Ihnen für unsere Leistungen im Rahmen Ihrer Versicherung Kosten zur Deckung des versicherten Risikos, Abschlusskosten und Verwaltungskosten sowie Gebühren.
2. Die Kosten zur Deckung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Risikoprämien) richten sich nach dem Alter der versicherten Person sowie nach dem für den Leistungsfall vereinbarten Betrag und der Höhe der Deckungsrückstellung. Die Risikoprämien errechnen sich monatlich aus der Differenz zwischen dem Kapitalbedarf für die Auszahlung der Pflegerente und der Deckungsrückstellung zum Stichtag, multipliziert mit der in den versicherungsmathematischen Grundlagen angeführten Wahrscheinlichkeit, dass die versicherte Person pflegebedürftig wird. Das Alter zum Berechnungsstichtag ergibt sich durch Abrundung des tatsächlichen Lebensalters auf volle Lebensjahre. Für die Übernahme erhöhter Risiken insbesondere wegen Krankheit, Beruf, Sport, etc. werden wir Risikozuschläge zur Versicherungsprämie mit Ihnen vereinbaren. Zur Anwendung kommen die in den versicherungsmathematischen Grundlagen angeführten Rechnungsgrundlagen.
3. Die Kosten zur Deckung des Ablebensrisikos (Risikoprämien) richten sich nach dem Alter der versicherten Person sowie nach der Ablebensleistung und der Höhe der Deckungsrückstellung. Die Risikoprämien errechnen sich monatlich aus der Differenz zwischen der zu diesem Stichtag aktuellen Ablebensleistung und der Deckungsrückstellung zum Stichtag, multipliziert mit der in den versicherungsmathematischen Grundlagen angeführten Ablebenswahrscheinlichkeit. Das Alter zum Berechnungsstichtag ergibt sich durch Abrundung des tatsächlichen Lebensalters auf volle Lebensjahre.
4. Die für Ihren Versicherungsvertrag gültigen Abschlusskosten können Sie Ihrem Antrag entnehmen.
5. Für durch Sie veranlassten Mehraufwand verrechnen wir angemessene Gebühren. Die Höhe der Gebühr für Mahnung, Ausstellen einer Duplikats- bzw. Letztstandspolizze, Manipulationsaufwand bei Nichtannahme der Lastschrift durch das kontoführende Institut bzw. Arztkosten in Zusammenhang mit der Antragsannahme können Sie bei uns erfragen, unserer Homepage www.s-versicherung.at entnehmen oder auf Wunsch zugesandt bekommen. Diese Gebühren werden zusätzlich zur vereinbarten Versicherungsprämie vorgeschrieben.
6. Diese Gebühren sind wertgesichert und verändern sich mit 01.01. jedes Kalenderjahres - erstmalig zum 01.01. des dem Inkrafttreten des Tarifs folgenden Kalenderjahres - im selben Ausmaß, in dem sich der von der STATISTIK AUSTRIA monatlich verlaublich Verbraucherpreisindex 2010 oder ein von Amts wegen an seine Stelle tretender Index im Verhältnis zum Index des Vorjahres verändert hat. Zu Unrecht empfangene Rentenzahlungen müssen an uns zurückgezahlt werden.
7. Die Risikoprämien sowie die Kosten und Gebühren entnehmen wir der fälligen Prämie oder der Deckungsrückstellung.

§ 6. Gewinnbeteiligung

Ihre Pflegeversicherung ist nicht gewinnberechtigt

§ 7. Leistungserbringung durch den Versicherer

§ 7a. Versicherungsfall "Pflegebedürftigkeit"

1. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens von dem Zeitpunkt an, zu dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Die Leistung erfolgt in monatlich nachschüssigen Raten. Für Zeiträume von weniger als einem Monat wird pro Tag 1/30 dieses Betrages bezahlt.
2. Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von uns gem. § 2c Abs. 1 geforderten Nachweise erbracht sind.
3. Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen.
4. Bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht sind die Prämien weiter zu zahlen. Wir werden jedoch die über den Leistungsbeginn hinaus gezahlten Prämien bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen.
5. Wir werden die Rentenzahlungen auf ein in Österreich geführtes legitimes Konto der versicherten Person überweisen. Wir können verlangen, dass uns ein amtlicher Nachweis vorgelegt wird, dass die versicherte Person am Fälligkeitstag der Rentenzahlung gelebt hat. Zu Unrecht empfangene Rentenzahlungen müssen an uns zurückgezahlt werden.
6. Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen sowie das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen.
7. Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. § 2c Abs. 2 gilt entsprechend. Verweigert die versicherte Person, sich zu diesem Zweck entsprechend untersuchen zu lassen oder die vom beauftragten Sachverständigen erbetenen Informationen zu erteilen, ruht der Anspruch auf Versicherungsleistung. Ergibt die Überprüfung den Wegfall oder die Minderung des ursprünglich festgestellten Pflegebedarfs, wird die entsprechende Minderung oder der Wegfall der Versicherungsleistung mit dem auf die entsprechende Mitteilung des Versicherers folgenden Monat wirksam.
Ändert sich der Pflegebedarf während des Leistungsbezugs, wird unsere Leistung ab dem Zeitpunkt der Änderung neu festgesetzt.
8. Ist die Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen weggefallen, endet die Leistungspflicht mit der Änderung des Gesundheitszustandes und wir stellen unsere Leistungen ein. Die Einstellung teilen wir der versicherten Person unter Hinweis auf ihre Rechte gemäß § 14 mit.

§ 7b. Versicherungsfall "Ableben"

1. Für die Erbringung von Leistungen aus dem Versicherungsvertrag können wir die Übergabe der Versicherungspolize verlangen.
2. Bei Verlust einer auf Überbringer lautenden Versicherungspolize können wir die Leistungserbringung von einer gerichtlichen Kraftloserklärung abhängig machen.
3. Auf Kosten des Bezugsberechtigten sind eine amtliche Sterbeurkunde und ein Nachweis über die Todesursache der versicherten Person vorzulegen.
4. Die Versicherungsleistung wird nach Eintritt des Versicherungsfalles und Abschluss der Erhebungen zu Versicherungsfall und Leistungsumfang fällig.
5. Leistungen an einen im Ausland wohnhaften Anspruchs- oder Bezugsberechtigten erbringen wir, sobald uns (behördlich) nachgewiesen wird, dass wir die Zahlung ohne Gefahr der Haftung für unberichtigte Steuern vornehmen dürfen.
6. Wir können verlangen, dass der Anspruchsberechtigte die erforderlichen behördlichen Nachweise vorlegt (beibringt).
7. Bei Überweisungen an Empfänger außerhalb der Europäischen Union trägt der Empfänger die Gefahr und die Kosten.

§ 7c. Angaben zur Steuerpflicht

1. Sie sind verpflichtet, uns über Ihren allfälligen Umzug ins Ausland zu informieren und uns alle Änderungen der Angaben, die für die Beurteilung der persönlichen Steuerpflicht des Leistungsempfängers relevant sein können (insbesondere österreichische und/oder ausländische Steuerpflicht und Steuernummer, Wohnsitz, Anzahl der Tage und gewöhnlicher Aufenthalt im Ausland, entsprechende Daten von Treugebern) unverzüglich bekannt zu geben. Ist der Versicherungsnehmer keine natürliche Person, so ist diese verpflichtet, uns über allfällige Änderungen von Sitz und Organisation, sowie für die Beurteilung der Steuerpflicht relevante Änderung der Eigentümerstruktur (mehr als 25% werden direkt oder indirekt von US-Person gehalten) zu informieren.
2. Leistungen erbringen wir nur Zug um Zug gegen Identifikation und, falls von uns verlangt, Abgabe einer Erklärung des Leistungsberechtigten, die die Angaben laut Abs. 1 enthält, sowie entsprechender Nachweise (insbesondere Reisepass).
3. Wenn und insoweit die Gefahr einer Haftung für Steuern durch uns besteht, sind wir berechtigt, den entsprechenden Teil der Versicherungsleistung bis zum Wegfall der Gefahr einzubehalten und an die jeweils zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden abzuführen. Wir sind nicht verpflichtet, Kosten des Leistungsempfängers, die zur Erlangung einer allfälligen Rückerstattung der abgeführten Beträge von Steuerbehörden anfallen, zu ersetzen.

§ 8. Kündigung

1. Sie können Ihren Versicherungsvertrag schriftlich kündigen, solange noch keine Ansprüche anerkannt oder festgestellt sind:
 - jederzeit mit Wirkung zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres;
 - innerhalb eines Versicherungsjahres mit 3-monatiger Frist mit Wirkung zum Monatsende, frühestens jedoch mit Wirkung zum Ende des ersten Versicherungsjahres.
2. Aus dem gekündigten Versicherungsvertrag fällt kein Rückkaufswert an.

§ 9. Prämienfreistellung

1. Sie können Ihren Versicherungsvertrag schriftlich prämienfrei stellen
 - jederzeit mit Wirkung zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres;
 - innerhalb eines Versicherungsjahres mit 3-monatiger Frist mit Wirkung zum Monatsende, frühestens jedoch mit Wirkung zum Ende des ersten Versicherungsjahres.
2. Bei Prämienfreistellung setzen wir Ihre versicherte Rente zum verlangten Termin nach den in den versicherungsmathematischen Grundlagen festgelegten Bestimmungen auf eine entsprechende prämienfreie Versicherungsleistung herab. Die prämienfreie versicherte Rente für die Pflegestufe 7 darf 150 Euro - bemessen am Niveau zum 01.01.2017 des Verbraucherpreisindex 2015 (Wert 101,8) - nicht unterschreiten. Andernfalls endet der Versicherungsvertrag ohne Rückvergütungsansprüche. Der Betrag von 150 Euro ist wertgesichert und verändert sich mit 01.01. jedes Kalenderjahres - erstmalig zum 01.01. des dem Inkrafttreten des Tarifs folgenden Kalenderjahres - in demselben Ausmaß, in dem sich der von der STATISTIK AUSTRIA monatlich verlaublich Verbraucherpreisindex 2015 oder ein von Amts wegen an seine Stelle tretender Index im Verhältnis zum Index des Vorjahres verändert hat. Den jeweils im Kalenderjahr aktuellen Betrag können Sie unserer Homepage www.s-versicherung.at entnehmen.

§ 9a. Wiederaufnahme der Prämienzahlung

1. Die Wiederaufnahme der Prämienzahlung ist im Rahmen der zum Zeitpunkt der Wiederaufnahme gültigen gesetzlichen Bestimmungen möglich. Bei Berechnung der neuen Prämie bzw. versicherten Leistungen wird die Deckungsrückstellung in voller Höhe berücksichtigt. Die Kalkulation erfolgt anhand des dann für Neuabschlüsse gültigen Tarifs.
2. Bei Wiederaufnahme der Prämienzahlung innerhalb von 2 Jahren ab Wirksamkeit der Prämienfreistellung wird auf eine Risikoprüfung verzichtet, sofern die neuen versicherten Leistungen nicht über jenen vor Prämienfreistellung liegen.
3. Tritt der Leistungsfall innerhalb von sechs Monaten nach Wiederaufnahme der Prämienzahlung an, so besteht Leistungspflicht in dem während der vorangegangenen prämienfreien Zeit gültigen Ausmaß.

§ 10. Wertsicherung

1. Vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit
Wird das gesetzliche Pflegegeld erhöht, bleiben die übrigen Bestimmungen des BPGG - insbesondere die Anzahl der Pflegestufen - jedoch im Wesentlichen unverändert, erfolgt eine Anpassung der versicherten Rentenleistungen Ihrer Versicherung im gleichen Ausmaß und die Prämie wird nach versicherungstechnischen Grundsätzen neu berechnet. Die Leistungsanpassung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. Sie haben das Recht, innerhalb von sechs Wochen nach Erhalt des Dokumentes über die Anpassung der versicherten Rentenleistungen auf diese zu verzichten.
Unabhängig von einer Änderung des gesetzlichen Pflegegeldes behält sich der Versicherer vor, Ihnen eine Erhöhung der versicherten Rentenleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung anzubieten.
2. Nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit
Die Versicherungsleistung wird jährlich um 2% erhöht. Die Erhöhung erfolgt zum Jahrestag des Leistungsbeginns, erstmalig ein Jahr nach dem Leistungsbeginn.

§ 11. Vorauszahlungen

Eine Vorauszahlung auf die künftige Leistung ist nicht möglich.

§ 12. Vinkulierung, Verpfändung und Abtretung

Eine Vinkulierung der Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag ist nicht möglich. Eine Verpfändung oder Abtretung ist insbesondere an Betreiber von stationären Pflegeeinrichtungen möglich. Der Versicherer ist entsprechend zu informieren und erbringt die Rentenleistung in diesem Fall schuldbefreiend an den Betreiber der stationären Pflegeeinrichtung.

§ 13. Erklärungen

1. Folgende Erklärungen und Mitteilungen zwischen Ihnen als Versicherungsnehmer und/oder zu versichernder Person oder sonstigen Dritten und uns sind nur in Schriftform wirksam:
 - Kündigungen
 - Anträge auf Prämienfreistellung
 - Anträge auf Änderungen des Anspruchsberechtigten für den Erhalt von Versicherungsleistungen (z.B. Bezugsrechtsänderung, Kontrahentenrechtsänderung)
 - Vollmachten und Anzeigen bzw. Aufhebungen von Sicherstellungen (z.B. Verpfändung, Abtretung).
2. Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss.
3. Für alle anderen Erklärungen und Informationen im Zusammenhang mit den beantragten Versicherungen genügt es zur Wirksamkeit, wenn sie in geschriebener Form erfolgen oder zugehen. Der geschriebenen Form wird durch einen Text in Schriftzeichen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Telefax oder E-Mail), entsprochen
4. Bloß mündlich abgegebene Erklärungen und Informationen sind nicht wirksam.
5. Wenn Sie Ihren Wohnort wechseln, müssen Sie uns Ihre neue Adresse mitteilen, andernfalls richten wir unsere Erklärungen rechtswirksam an Ihre letzte uns bekannte Adresse.
6. Wenn Sie Ihren Wohnort außerhalb Europas nehmen, müssen Sie uns eine Person innerhalb Österreichs benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Erklärungen an Sie entgegenzunehmen.

§ 14. Verjährung

1. Sie können Ihre Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von 3 Jahren ab Fälligkeit der Leistung geltend machen. Danach tritt Verjährung ein.
2. Wenn Sie mit unserer Leistungsentscheidung nicht einverstanden sind, können Sie innerhalb eines Jahres nach Zugang unserer Entscheidung den Anspruch gerichtlich geltend machen.
3. Verstreicht diese Frist, ohne dass bei Gericht Klage erhoben wurde, so sind weitergehende Ansprüche, als wir anerkannt haben, ausgeschlossen.
4. Für die Ablebensleistung gilt: Steht der Anspruch einem anderen zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung bekannt geworden ist. Ist ihm sein Recht nicht bekannt geworden, so verjähren die Ansprüche erst nach 10 Jahren ab Fälligkeit der Leistung.

§ 15. Vertragsgrundlagen

Vertragsgrundlagen sind Ihr Antrag, die Versicherungspolizze samt Anlagen, die versicherungsmathematischen Grundlagen und die vorliegenden Versicherungsbedingungen.

§ 16. Gerichtsstand

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz.

§ 17. Anwendbares Recht

Dieser Versicherungsvertrag unterliegt österreichischem Recht ohne die Verweisungsnormen des österreichischen internationalen Privatrechts.

§ 18. Erfüllungsort

Erfüllungsort für die Versicherungsleistung ist die Generaldirektion des Versicherers.

Allgemeine Informationen zu Ihrer Pflegeversicherung

(Fassung 07/2017)

1. Zuständige Aufsichtsbehörde

Finanzmarktaufsicht (FMA)
Otto-Wagner-Platz 5, 1090 Wien

2. Allgemeine Angaben über die für die Versicherung geltende Steuerregelung

- 2.1. Versicherungssteuer (§ 6 Abs. 1 Z 1 und 1a VersStG)
Die Prämien Ihrer Lebensversicherung unterliegen grundsätzlich einer 4%igen Versicherungssteuer.
- 2.2. Kapitalertragsteuer
Ihre Lebensversicherung ist kapitalertragsteuerfrei.
- 2.3. Besteuerung der Leistung (§§ 2 Abs. 3 Z 5 und Z 7 sowie 29 Z 1 Einkommensteuergesetz)
Pflegerenten sind nach den Einkommensteuerrichtlinien (Rz 7011) als Mehrbedarfsrenten zu qualifizieren.
Somit unterliegen die Leistungen nicht der Einkommensbesteuerung gem. EStG.

Diese Angaben entsprechen den steuerlichen Bestimmungen, Stand 01.04.2017, die durch zukünftige Novellierungen der Steuergesetze geändert werden können.

Es ist nicht möglich, an dieser Stelle auf alle Steuerfragen, die im Zusammenhang mit Ihrer Versicherung stehen, einzugehen. Offene Fragen richten Sie bitte an uns oder an Ihren Steuerberater.

3. Rücktrittsrechte

- 3.1. Rücktrittsrecht nach § 5b Versicherungsvertragsgesetz
Zur besseren Information wird der § 5b Versicherungsvertragsgesetz im Wortlaut zitiert:
*„(1) Gibt der Versicherungsnehmer seine Vertragserklärung dem Versicherer oder seinem Beauftragten persönlich ab, so hat dieser ihm unverzüglich eine Kopie dieser Vertragserklärung auszuhändigen.
(2) Der Versicherungsnehmer kann binnen zweier Wochen vom Vertrag zurücktreten, sofern er
1. entgegen Abs. 1 keine Kopie seiner Vertragserklärung erhalten hat,
2. die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Festsetzung der Prämie, soweit diese nicht im Antrag*

bestimmt ist, und über vorgesehene Änderungen der Prämie nicht vor Abgabe seiner Vertragserklärung erhalten hat oder
3. die in den § 252, § 253 und § 255 VAG 2016 und, sofern die Vermittlung durch einen Versicherungsvermittler in der Form „Versicherungsagent“ erfolgte, die in den §§ 137f Abs. 7 bis 8 und 137g Gewerbeordnung (GewO) 1994 unter Beachtung des § 137h GewO 1994 vorgesehenen Mitteilungen nicht erhalten hat.

(3) Dem Versicherer obliegt der Beweis, dass die in Abs. 2 Z 1 und 2 angeführten Urkunden rechtzeitig ausgefolgt und die in Abs. 2 Z 3 angeführten Mitteilungspflichten rechtzeitig erfüllt worden sind.

(4) Die Frist zum Rücktritt nach Abs. 2 beginnt erst zu laufen, wenn die in Abs. 2 Z 3 angeführten Mitteilungspflichten erfüllt worden sind, dem Versicherungsnehmer der Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen ausgefolgt worden sind und er über sein Rücktrittsrecht belehrt worden ist.

(5) Der Rücktritt bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der geschriebenen Form; es genügt, wenn die Erklärung innerhalb der Frist abgesendet wird. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins einschließlich einer Belehrung über das Rücktrittsrecht. Hat der Versicherer vorläufige Deckung gewährt, so gebührt ihm hierfür die ihrer Dauer entsprechende Prämie.

(6) Das Rücktrittsrecht gilt nicht, wenn die Vertragslaufzeit weniger als sechs Monate beträgt.“

3.2. Rücktrittsrecht nach § 5c Versicherungsvertragsgesetz

Zur besseren Information wird der § 5c Versicherungsvertragsgesetz im Wortlaut zitiert:

„(1) Ist der Versicherungsnehmer Verbraucher (§ 1 Abs. 1 Z 2 KSchG), so kann er vom Versicherungsvertrag oder seiner Vertragserklärung ohne Angabe von Gründen binnen 14 Tagen in geschriebener Form zurücktreten. Hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer vorläufige Deckung gewährt, so gebührt ihm dafür die ihrer Dauer entsprechende Prämie.

(2) Die Frist zur Ausübung des Rücktrittsrechts beginnt mit dem Tag zu laufen, an dem dem Versicherungsnehmer

1. der Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder -änderung,

2. die in § 252, § 253 und § 255 VAG 2016 sowie in den §§ 137f Abs. 7 und 8 und 137g in Verbindung mit § 137h GewO 1994 vorgesehenen Informationen und

3. eine Belehrung über das Rücktrittsrecht zugegangen sind.

(3) Das Rücktrittsrecht nach Abs. 1 steht dem Versicherungsnehmer nicht zu, wenn die Vertragslaufzeit weniger als sechs Monate beträgt. Es erlischt spätestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheines und einer Belehrung über das Rücktrittsrecht.“

3.3. Rücktrittsrecht nach § 165a Versicherungsvertragsgesetz (gilt nur für Lebensversicherungsverträge)

Zur besseren Information wird der § 165a Versicherungsvertragsgesetz im Wortlaut zitiert:

„(1) Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, binnen 30 Tagen nach seiner Verständigung vom Zustandekommen des Vertrags von diesem zurückzutreten. Hat der Versicherer vorläufige Deckung gewährt, so gebührt ihm hierfür die ihrer Dauer entsprechende Prämie.

(2) Hat der Versicherer der Verpflichtung zur Bekanntgabe seiner Anschrift (§ 252 Abs. 1 Z 1 VAG 2016) nicht entsprochen, so beginnt die Frist zum Rücktritt nach Abs. 1 nicht zu laufen, bevor dem Versicherungsnehmer diese Anschrift bekannt wird.

(2a) Ist der Versicherungsnehmer Verbraucher (§ 1 Abs. 1 Z 2 KSchG), so beginnt die Frist zum Rücktritt nach Abs. 1 und 2 erst dann zu laufen, wenn er auch über dieses Rücktrittsrecht belehrt worden ist.

(3) Die vorstehenden Absätze gelten nicht für Gruppenversicherungsverträge und für Verträge mit einer Laufzeit von höchstens sechs Monaten.“

3.4. Rücktrittsrecht nach § 3 Konsumentenschutzgesetz

Der Verbraucher ist - sofern der Antrag außerhalb der vom Versicherer dauernd benützten Räume unterfertigt wurde - berechtigt, von seinem Versicherungsantrag oder vom Vertrag zurückzutreten.

Dieser Rücktritt kann bis zum Zustandekommen des Vertrags oder danach binnen 14 Tagen erklärt werden. Es genügt, wenn die Rücktrittserklärung innerhalb des genannten Zeitraumes abgesandt wird. Die Rücktrittserklärung ist an keine bestimmte Form gebunden. Der Lauf dieser Frist beginnt mit der Ausfolgung einer Urkunde, die zumindest den Namen und die Anschrift des Unternehmers, die zur Identifizierung des Vertrags notwendigen Angaben sowie eine Belehrung über das Rücktrittsrecht, die Rücktrittsfrist und die Vorgangsweise für die Ausübung des Rücktrittsrechts enthält. Die Frist beginnt frühestens mit dem Zustandekommen des Vertrags. Das Rücktrittsrecht steht dem Verbraucher jedoch nicht zu, wenn er die geschäftliche Verbindung zwecks Schließung des Vertrags selbst angebahnt hat oder dem Zustandekommen des Vertrages keine Besprechungen zwischen ihm und dem Versicherer oder ihren Beauftragten vorangegangen sind. Die Rücktrittsfrist endet spätestens einen Monat nach dem Zustandekommen des Vertrags.

3.5. Rücktrittsrecht nach § 3a Konsumentenschutzgesetz

Der Verbraucher kann von seinem Antrag oder vom Vertrag weiters zurücktreten, wenn ohne seine Veranlassung für seine Einwilligung maßgebliche Umstände - Mitwirkung oder Zustimmung eines Dritten; die Aussicht auf steuerliche Vorteile, auf eine öffentliche Förderung oder auf einen Kredit -, die der Unternehmer im Zuge der Vertragsverhandlungen als wahrscheinlich dargestellt hat, nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten. Der Rücktritt kann binnen einer Woche erklärt werden. Die Frist beginnt zu laufen, sobald für den Verbraucher erkennbar ist, dass die oben genannten Umstände nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten und er eine schriftliche Belehrung über dieses Rücktrittsrecht erhalten hat. Es genügt, wenn die Erklärung innerhalb des genannten Zeitraums abgesendet wird.

Die Rücktrittserklärung ist an keine bestimmte Form gebunden. Das Rücktrittsrecht steht dem Verbraucher nicht zu, wenn

- er bereits bei den Vertragsverhandlungen wusste oder wissen musste, dass die maßgeblichen Umstände nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten werden,

- der Ausschluss des Rücktrittsrechts im Einzelnen ausgehandelt wurde oder

- der Unternehmer sich zu einer angemessenen Anpassung des Vertrags bereit erklärt.

Dieses Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach dem Zustandekommen des Vertrags.

3.6. Rücktrittsrecht nach § 8 Fern-Finanzdienstleistungs-Gesetz

Wurde der Vertrag ausschließlich im Wege des Fernabsatzes (d.h. z.B. über Telefon, Internet, E-Mail, SMS, Direct-Mail) abgeschlossen, besteht die Möglichkeit innerhalb von 30 Tagen zurückzutreten. Die Rücktrittsfrist beginnt mit dem Tag des Vertragsabschlusses. Bei Lebensversicherungen beginnt die Frist mit dem Zeitpunkt, zu dem der Verbraucher über den Abschluss des Vertrags informiert wird. Hat aber der Verbraucher die Vertragsbedingungen und Vertriebsinformationen erst nach Vertragsabschluss erhalten, so beginnt die Rücktrittsfrist mit dem Erhalt aller dieser Bedingungen und Informationen.

4. Information über die Fälligkeit der Erst- oder Einmalprämie und die Rechtsfolgen der nicht rechtzeitigen Zahlung

Zur besseren Information wird § 38 Abs. 1 - 3 Versicherungsvertragsgesetz im Wortlaut zitiert:

„(1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages 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.“