

Informationen und Bedingungen zu Ihrer Versicherung

Versicherungsbedingungen für die Pflegeversicherung BASIS, die Pflegeversicherung PLUS und die Pflegeversicherung DELUXE (Fassung 03/2024)

- § 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 Umfang des Versicherungsschutzes
- § 4 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes
- § 5 Kosten
- § 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 03/2024)

1. Zuständige Aufsichtsbehörde
2. Allgemeine Angaben über die für die Versicherung geltende Steuerregelung
3. 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 03/2024)

Begriffsbestimmungen

Personenbezogene Bezeichnungen in diesem Dokument beziehen sich auf alle Geschlechter in gleicher Weise.

Bezugsberechtigter (Begünstigter):	Der Bezugsberechtigte (Begünstigte) ist die Person, die für den Empfang der Ablebensleistung benannt ist.
Deckungserfordernis und Deckungsstock:	Der Versicherer muss für die jederzeitige Erfüllbarkeit der Ansprüche der Versicherungsnehmer eine Rückstellung bilden (Deckungserfordernis) und in dieser Höhe ist nach den Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsgesetz 2016 (VAG 2016) ein Deckungsstock zu bilden. Er wird von einem Treuhänder überwacht, der von der Finanzmarktaufsichtsbehörde bestellt wird. Auf die Werte des Deckungsstocks darf nur zugunsten einer Versicherungsforderung Exekution geführt werden. Im Konkurs des Versicherers bildet der Deckungsstock mit seinen einzelnen Abteilungen eine Sondermasse, die vorrangig für die Befriedigung der jeweils zugeordneten Versicherungsforderungen zu verwenden 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 WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group (im Folgenden kurz „WIENER STÄDTISCHE“). Sitz in 1010 Wien, Schottenring 30. FN 333376i, 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. Der Versicherungsnehmer ist Schuldner der Prämie.
Versicherungsprämie:	Die Versicherungsprämie - auch „Prämie“ - ist das vom Versicherungsnehmer an den Versicherer zu zahlende Entgelt.

§ 1. Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall

1. 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.
2. Der Versicherungsfall „Pflegebedürftigkeit“ beginnt mit dem gemäß § 7a festgestellten Pflegebedarf. Er endet, wenn der Pflegebedarf nicht mehr besteht oder die versicherte Person stirbt.
3. Es gelten - entsprechend dem österreichischen Bundespflegegeldgesetz (BPGG) in der Fassung BGBI. 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 gleichzuchtender Zustand vorliegt, z.B. wenn ein dauernder Einsatz technischer Hilfsmittel zur Aufrechterhaltung notwendiger Funktionen erforderlich ist.
- Im Übrigen gelten die Sondereinstufungskriterien des BPGBG in der Fassung BGBI. I Nr. 116/2016 für die Pflegestufen sinngemäß.
4. 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 BPGBG (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 BPGBG in der Fassung BGBI. I Nr. 116/2016.
 8. Assistanceleistungen:
Der Versicherer bietet dem Versicherten auch ohne Leistungspflicht auf Pflegerente unabhängige Assistanceleistungen 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 Unterstützungsdiensleistungen 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 abnormaler 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 Pflegerenterleistung ist grundsätzlich das komplette Bedarfsschema des staatlichen Pflegegeldes gemäß BPGBG in der Fassung BGBI. 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-praepter-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 aufgewärmt 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 vorgeschnittene 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 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.
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, Ausgehshüten 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.
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 hiefür 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 Wohnungreinigung ist die laufend notwendige Wohnungreinigung, allenfalls unter Verwendung zumutbarer technischer Hilfsmittel, das Aufbetteln 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 Temperatursteuerung nicht von der pflegebedürftigen Person vorgenommen werden muss (z.B. Fernwärmе, 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 Versicherungsfalls 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 Versicherungspolizze 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 Pflege

Die 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 Pflege

Soweit Nachweise nach dem Bundespflegegeldgesetz oder den Landespflegegeldgesetzen erstellt wurden, sind diese vorzulegen.

Erhält eine versicherte Person Pflegegeldleistungen nach dem BPFGG 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, Sozialversicherungssträger 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 BPFGG gegenüber der Fassung BGBI. 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. BPFGG in der Fassung BGBI. 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 anzugeben.
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. Umfang des Versicherungsschutzes

1. Art und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus dem Antrag, der Versicherungspolizze, 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

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.
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. Die Risikoprämien sowie die Kosten 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 oder der Europäischen Union geführtes legitimiertes 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 Versicherungspolizze verlangen.
2. Bei Verlust einer auf Überbringer lautenden Versicherungspolizze 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 Versicherungsfalls 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 (bei bringt).

§ 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 abgeführt 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 Versicherungsjahrs 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 Versicherungsjahrs 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 verlautbare 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 beim Versicherer erfragen.

§ 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 Jährungstag 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

Ergänzend zum Antrag gilt folgendes:

Wenn Sie Ihren Wohnort wechseln, müssen Sie uns Ihre neue Adresse mitteilen, andernfalls richten wir unsere Erklärungen rechtswirksam an Ihre letzte uns bekannte Adresse.

§ 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 der Sitz des Versicherers.

ALTCV_V8

Allgemeine Informationen zu Ihrer Pflegeversicherung

(Fassung 03/2024)

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 01.03.2022, die durch zukünftige Novellierungen der Steuergesetze geändert werden können. Die jeweilige abgabenrechtliche Behandlung Ihrer Versicherung hängt von Ihren persönlichen Verhältnissen ab und kann künftigen Änderungen unterworfen sein.

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. 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 Versicherungsvertrags und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.“

„(2) Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls und nach Ablauf der Frist des Abs. 1 noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.“

„(3) Die Aufforderung zur Prämienzahlung hat die im Abs. 1 und 2 vorgesehenen Rechtsfolgen nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer dabei auf diese hingewiesen hat.“