

Ergänzende Versicherungsbedingungen für BestCare: Pflege - Tarif 4PH (EB_4PH_17)

Vertragspartner

Diese Vertragsgrundlagen gelten für Verträge mit der Generali Versicherung AG, 1010 Wien, Landskronergasse 1-3.

Aufsichtsbehörde

Finanzmarktaufsicht, 1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5



Unter den Flügeln des Löwen. GENERALI

§ 1

Gegenstand des Versicherungsschutzes

(1) Vorübergehend notwendige Pflege und Betreuung

ist gegeben, wenn Pflegebedarf gemäß § 1 Abs. 2 AVBP 2017 / AVBPG 2017 für einen Zeitraum von mindestens drei Tagen und voraussichtlich weniger als sechs Monaten besteht.

(2) Dauernd notwendige Pflege und Betreuung

ist gegeben, wenn der Pflegebedarf gemäß § 1 Abs. 2 AVBP 2017 / AVBPG 2017 voraussichtlich für einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten besteht.

§ 2

Wartezeit

Die Wartezeit für dauernd notwendige Pflege und Betreuung beträgt ein Jahr.
Sie entfällt, wenn der Versicherungsfall durch einen Unfall eintritt.

§ 3

Art und Umfang der Versicherungsleistungen

(1) Kostenersatz für vorübergehend notwendige Pflege und Betreuung

1. Voraussetzung für Kostenersatz

- Pflegebedarf entspricht mindestens der Pflegestufe 1 (§ 7 Abs. 3 AVBP 2017 / AVBPG 2017), und
- Tätigkeiten werden von dafür geeigneten und zugelassenen Einrichtungen/Personen erbracht oder vom Versicherer organisiert.

Für Pflege und Betreuung durch Ehegatten oder Lebensgefährten, Eltern oder Kinder des Versicherten wird kein Kostenersatz geleistet.

2. Dauer des Kostenersatzes

Der Zeitraum von zwei Kalenderjahren wird nach dem Beginn jenes Kalenderjahres ermittelt, in das der ursprüngliche Versicherungsbeginn (§ 5 AVBP 2017 / AVBPG 2017) fällt.

3. Auszahlung des Kostenersatzes

Der Kostenersatz wird nach Vorlage der Rechnung über die erbrachten Pflege- und Betreuungsleistungen gezahlt.
Diese Rechnung hat insbesondere folgende Angaben zu enthalten:

- Vor- und Zuname sowie Geburtsdatum der pflegebedürftigen Person,
- die tatsächliche Dauer der Betreuung bzw. Hilfe (Stunden pro Woche/Tag),
- Art und Umfang der verrichteten Tätigkeiten,
- Tag (Datum) der Leistungserbringung,
- Name und Anschrift des Leistungserbringers.

4. Kostenersatz und Pflegegeld

Für vorübergehend notwendige Pflege und Betreuung wird kein Kostenersatz geleistet, wenn und solange ein Anspruch auf Pflegegeld bei dauernd notwendiger Pflege und Betreuung besteht oder begründet werden könnte.

Wurde bereits eine Leistung für vorübergehend notwendige Pflege und Betreuung erbracht, besteht für diesen Zeitraum bis zur Höhe des ausbezahlten Betrages kein Anspruch auf Pflegegeld bei dauernd notwendiger Pflege und Betreuung (keine Doppelzahlung).

5. Subsidiarität

Kostenersatz für vorübergehend notwendige Pflege und Betreuung wird nur erbracht, soweit nicht aus anderen Privat- oder Sozialversicherungen, oder sonstigen öffentlichen oder privaten Einrichtungen Kostenersatz erlangt werden kann.

(2) Pflegegeld bei dauernd notwendiger Pflege und Betreuung

Das Pflegegeld wird abhängig vom täglichen Pflege- und Betreuungsaufwand ab Pflegestufe 4 (§ 7 Abs. 3 AVBP 2017 / AVBPG 2017) erbracht.

Die Auszahlung erfolgt monatlich im Nachhinein.

In Abänderung von § 8 Abs. 4 AVBP 2017 / AVBPG 2017 wird bei vorübergehendem oder dauerndem Aufenthalt in einem EU-Mitgliedsstaat, der Schweiz oder Liechtenstein Pflegegeld geleistet.

(3) **Pflege-Assistance**

1. Der Versicherer erbringt die nachstehend beschriebenen Leistungen einmal pro Versicherungsfall, wenn der vorübergehende oder dauernde Pflegebedarf der Pflegestufe 1 (§ 7 Abs. 3 AVBP 2017 / AVBPG 2017) entspricht. Die Leistungen der Pflege-Assistance können neuerlich frühestens sechs Monate nach Vorlage des letzten Nachweises des Pflegebedarfs (§ 9 Abs. 2 AVBP 2017 / AVBPG 2017) in Anspruch genommen werden, es sei denn, die Änderung des Pflegebedarfs beruht auf einem Unfall, einer neu auftretenden Erkrankung oder einer massiven Verschlechterung des bestehenden Krankheitsbildes.
Der Versicherer bietet im Rahmen der Pflege-Assistance Information, Beratung und Organisation von auf den Pflegebedarf des Versicherten abgestimmten Maßnahmen. Die damit verbundenen Kosten werden vom Versicherer nicht ersetzt, sondern sind vom Versicherten zu tragen. Bei Anspruch auf Leistungen gemäß Abs. 1 oder 2, können diese vom Versicherten zur Kostenabdeckung verwendet werden.
2. **Pflege-Hotline**
Der Versicherer
 - bietet Beratung zu medizinischen und organisatorischen Fragen aufgrund des bestehenden Pflegebedarfs;
 - unterstützt durch Herstellung der Verbindung zu Dienstleistern für Leistungen gemäß Pkt. 3, 4 und 5.
3. **Entlassungs-Management**
Bereits während eines Krankenhausaufenthaltes bietet der Versicherer
 - Unterstützung beim Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen nach Abschluss der stationären Heilbehandlung;
 - Beratung über und Organisation von weiterführender Pflege und für den Pflegebedarf geeigneter Pflegemodelle;
 - Organisation von Pflege-Workshops für Angehörige des pflegebedürftigen Versicherten oder in seinem Haushalt lebende Personen;
 - Information zum gesetzlichen Pflegegeld und Unterstützung bei der Antragsstellung;
4. **Pflege des Versicherten**
Der Versicherer unterstützt bei der Organisation folgender Leistungen entsprechend dem Pflegebedarf des Versicherten
 - ambulante Grundpflege und weitere Pflegeleistungen;
 - Wundversorgung und Bereitstellung von Pflegehilfsmitteln;
 - Überwachung der Medikamenteneinnahme;
 - mobile(n) Friseur/Friseuse, Kosmetiker(in), Fußpfleger(in);
 - sozialpädagogische Betreuung.
5. **Hilfe und Sicherheit im Haushalt, Mobilität**
Der Versicherer unterstützt bei der Organisation folgender Leistungen entsprechend dem Pflegebedarf des Versicherten
 - Menü-Service und Einkaufshilfe;
 - Reinigung der Wohnung und der Wäsche, Versorgung von Haustieren;
 - Versorgung von minderjährigen Familienangehörigen im selben Haushalt;
 - Bereitstellung eines Hausnotrufs (z.B. Rufhilfe, Notrufarmband, Sprechanlage);
 - Anpassung des Wohnbereichs (z.B. Überprüfung auf mögliche Unfallgefahren, Beratung zu Barrierefreiheit);
 - Fahrdienst zu Arzt, Therapien und Behörden;
 - Begleitsdienst zu Arzt, Therapien und Behörden;
 - Medikamententransporte von der nächstgelegenen Apotheke in die Wohnung des Versicherten.
6. **Herstellung der Verbindung**
erfolgt nur auf Wunsch des Versicherten. Der Versicherer stellt nur den erstmaligen Kontakt her, in weiterer Folge wendet sich der Versicherte selbst an den Arzt, die Pflegekraft / den Pflegedienst oder den sonstigen Dienstleister.
7. **Haftungsausschluss**
Durch die Beratung bzw. Herstellung der Verbindung gewährleistet der Versicherer nicht die Verfügbarkeit der Leistungen des betreffenden Arztes, der Pflegekraft / des Pflegedienstes oder des sonstigen Dienstleisters in einem bestimmten Umfang oder innerhalb eines bestimmten Zeitraumes.

§ 4

Ruhen der Prämienzahlung

Bei Anspruch auf Pflegegeld bei dauernd notwendiger Pflege und Betreuung (§ 3 Abs. 2) ruht die Verpflichtung zur Prämienzahlung für die Dauer des Leistungsbezugs.

Die Verpflichtung zur Prämienzahlung lebt mit Ende des Leistungsbezugs wieder auf.

Für die Dauer des Ruhens der Prämienzahlung erfolgt keine Anpassung aufgrund der Indexvereinbarung (§ 5 Abs. 2 - 6).

§5

Änderung der Prämie und des Versicherungsschutzes

(1) Der Tarif 4PH unterliegt der Anpassung gemäß § 19 AVBP 2017 / AVBPG 2017.

Indexvereinbarung

(2) Der für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes gemäß § 178f Abs 2 Z 1 VersVG maßgebliche Index ist der von der Bundesanstalt "Statistik Österreich" (FN 191155k) veröffentlichte Verbraucherpreisindex VPI 2010 oder, wenn dieser Index nicht mehr veröffentlicht wird, der an dessen Stelle tretende Index ("VPI").

(3) Der Versicherer ist berechtigt, die Leistungen gemäß dem VPI (siehe oben Abs. 2) und, aus Anlass einer Leistungsänderung auch die Prämie, wie folgt zu ändern:

1. Der Tarif 4PH ist ein sogenannter Stufentarif mit Grundtarifstufe 1.
Die Leistungen der Grundtarifstufe sind unabhängig vom Lebensalter des Versicherten gleich hoch. Die Höhe der Prämie für die Grundtarifstufe ist je nach Alter des Versicherten zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses unterschiedlich.
Die Höhe der in der Polizza konkret vereinbarten Tarifleistungen wird durch die Anzahl der versicherten Grundtarifstufen bestimmt.
2. Ausgangsbasis ist die Indexzahl für Juli des Kalenderjahres, das dem Vertragsabschluss oder der letzten Vertragsänderung (worunter Indexanpassungen und andere Änderungen der Leistung zu verstehen sind) vorangegangen ist.
3. Der Versicherer ermittelt Indexänderungen vor Ablauf eines jeden Kalenderjahres für das nächste Kalenderjahr, erstmals vor Ablauf des zweiten Kalenderjahres, das dem Vertragsabschluss oder der letzten Vertragsänderung folgt. Vergleichswert ist die für Juli des aktuellen Kalenderjahres veröffentlichte Indexzahl.
4. Der Faktor, um den der Vergleichswert höher oder niedriger als die Ausgangsbasis ist, wird mit der Anzahl der Grundtarifstufen, die jeweils aktuell versichert sind, multipliziert.
5. Ist das Ergebnis um zwei oder mehr Grundtarifstufen höher oder niedriger als die aktuelle Anzahl der Grundtarifstufen, dann wird die Anzahl der Grundtarifstufen um diese Differenz - kaufmännisch gerundet auf die nächste ganze Zahl an Grundtarifstufen - erhöht oder vermindert.
Ergibt die Indexveränderung eine Differenz von weniger als zwei Grundtarifstufen, so wird sie auf den nächsten Vergleichszeitraum vorgetragen und bei einer späteren Indexanpassung berücksichtigt.
6. Die Prämie für die zusätzlichen oder in Abzug zu bringenden Grundtarifstufen wird mit dem aktuellen Alter des Versicherten zum Zeitpunkt der Anpassung berechnet.
- (4) Daraus resultierende Änderungen der Prämie und des Versicherungsschutzes wird der Versicherer dem Versicherungsnehmer vor Ablauf des Kalenderjahres zusenden. Sie wirken gemäß § 178f Abs 4 VersVG ab dem dieser Absendung folgenden Monatsersten, d.h. ab dem 1. Jänner des Folgejahres.
- (5) Wenn der Versicherungsnehmer mit der zugesandten Änderung nicht einverstanden ist, kann er das dem Versicherer bis 31. Jänner des Folgejahres mitteilen. Dann findet die Änderung für den Vertrag nicht statt. Auf dieses Recht wird der Versicherer den Versicherungsnehmer in der Verständigung von der Änderung der Prämie und des Versicherungsschutzes gesondert hinweisen.
- (6) Beispiele zur oben beschriebenen Indexanpassung sind auf der Homepage www.generali.at veröffentlicht.