

Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für die Pflegekassenversicherung

Pflegegeldversicherung MHP7/21_034 Wertgesicherter Tarif (mit Anpassungsklausel) Erster Abschnitt - Tarifbestimmungen

Durch den Abschluss einer Pflegegeldversicherung nach diesem Tarif erhält der Versicherte

- bei Feststellung eines Pflegebedarfs und Erhalt einer Pflegeleistung nach dem Bundespflegegeldgesetz ein Pflegegeld

in der vereinbarten Höhe.

Dieser Tarif ist mehrfach abschließbar und kann maximal 50-fach abgeschlossen werden.

Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter.

Das Aufnahmealter ist mit 70 Jahren begrenzt.

Unter Anwendung der Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB-1995 / in der zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltenden Fassung - in weiterer Folge AVB-1995 genannt) werden folgende Leistungen erbracht. Die Höhe der nachfolgend dargestellten tariflichen Leistungen (tarifliche Höchstbeträge) ergibt sich aus dem Zweiten Abschnitt - Leistungen.

I. Pflegegeld

A Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes Pflegegeld

- (1) Für das Pflegegeld gelten ausschließlich § 2 Abs. 1-4, § 3, § 9, § 10, § 11, § 13, § 14 Abs. 2-3, § 15, § 16, § 17 und § 18 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB-1995 / in der zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltenden Fassung - in weiterer Folge AVB-1995 genannt) und die nachstehend angeführten Punkte.
- (2) Die versicherte Person hat im Versicherungsfall Anspruch auf Versicherungsschutz im Rahmen des gewählten Tarifs.
- (3) Versicherungsfall ist die rechtskräftige, bescheidmäßige Feststellung der Pflegestufe nach dem Bundespflegegeldgesetz.
- (4) Krankheit ist ein nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft anomaler körperlicher oder geistiger Zustand.
- (5) Unfall gemäß AVB-1995 § 1(5) ist jedes vom Willen des Versicherten (Mitversicherten) unabhängige Ereignis, das, plötzlich von außen, mechanisch oder chemisch einwirkend, eine körperliche Schädigung des Versicherten (Mitversicherten) nach sich zieht.
- (6) Versichert können nur Personen werden, die in Österreich ihren Hauptwohnsitz haben. Andere Personen können aufgrund besonderer Vereinbarungen versichert werden.

B Art und Umfang des Versicherungsschutzes Pflegegeld

- (1) Voraussetzung für eine Leistung aus der Pflegegeldversicherung ist die Feststellung und der Nachweis eines Pflegebedarfs, der mindestens der Pflegestufe 7 entspricht, und der Erhalt einer Pflegegeldleistung für die versicherte Person nach dem Bundespflegegeldgesetz.

Der Nachweis ist durch Vorlage des rechtskräftigen Bescheides lt. Bundespflegegeldgesetz und des diesem zugrunde liegenden Gutachtens über den Pflegebedarf zu erbringen und kann in der Folge bei Bedarf vom Versicherer einmal jährlich verlangt werden.

- (2) Das tarifliche Pflegegeld gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen wird ab Feststellung des im Bescheid festgestellten Zeitpunktes gemäß Absatz (1) fällig. Die Leistung des Pflegegeldes wird nur solange erbracht, als Pflegebedarf besteht und Pflegegeld nach dem Bundespflegegeldgesetz bezahlt wird. Diese Leistung wird monatlich im Nachhinein erbracht.
- (3) Die Höhe des tariflichen Pflegegeldes richtet sich nach dem in der Police angeführten Versicherungsschutz und der im rechtskräftigen Bescheid lt. Bundespflegegeldgesetz festgestellten Pflegestufe.
- (4) Es gelten die Pflegeeinstufungen des Bundespflegegeldgesetzes in der jeweils zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles gültigen Fassung.
- (5) Ändert sich die Pflegestufe während des Leistungsbezugs, wird die Leistung des Versicherers ab dem Zeitpunkt der Änderung neu festgesetzt, bzw. entfällt die Leistung bei Herabsetzung der Pflegestufe unter die vereinbarte Mindestpflegestufe gem. Absatz (1). Jede Änderung der Pflegestufe ist vom Versicherungsnehmer unverzüglich dem Versicherer in schriftlicher oder in geschriebener Form, unter Vorlage des aktuellen Bescheides nach dem Bundespflegegeldgesetz, anzuzeigen.
- (6) Der Versicherer ist jedoch berechtigt, bei Bedenken gegen den vorgelegten Nachweis des Pflegebedarfs, den Eintritt des Pflegebedarfs, die Pflegestufe und die Fortdauer durch einen von ihm zu beauftragenden ärztlichen Sachverständigen überprüfen zu lassen.

Falls erforderlich, sind zur ganzheitlichen Beurteilung der Pflegesituation Personen aus anderen Bereichen, beispielsweise dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, der Heil- und Sonderpädagogik, der Sozialarbeit, der Psychologie sowie der Psychotherapie beizuziehen.

C Art und Umfang des Versicherungsschutzes Einmalzahlung

- (1) Voraussetzung für die Leistung der Einmalzahlung aus der Pflegegeldversicherung ist die Feststellung und der Nachweis eines Pflegebedarfs, der mindestens der Pflegestufe 7 entspricht, und der Erhalt einer Pflegegeldleistung für die versicherte Person nach dem Bundespflegegeldgesetz.
Der Nachweis ist durch Vorlage des rechtskräftigen Bescheides lt. Bundespflegegeldgesetz und des diesem zugrunde liegenden Gutachtens über den Pflegebedarf zu erbringen.
- (2) Die Einmalzahlung wird ab Feststellung des im Bescheid festgestellten Zeitpunktes gemäß Absatz (1) während der gesamten Versicherungsdauer einmalig fällig.
- (3) Die Höhe der Einmalzahlung gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen richtet sich nach dem in der Police angeführten Versicherungsschutz.

- (4) Es gelten die Pflegeeinstufungen des Bundespflegegeldgesetzes in der jeweils zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles gültigen Fassung.

- (5) Wurde die Einmalzahlung bereits geleistet, so besteht kein weiterer Anspruch auf Einmalzahlung. Eine Änderung der Pflegestufe begründet in keinem Fall eine weitere Einmalzahlung.

Bei Herabsetzung der Pflegestufe unter die vereinbarte Mindestpflegestufe gem. Absatz (1) ist die Einmalzahlung nicht zurückzubehalten; sofern nach Herabsetzung der Pflegestufe unter die vereinbarte Mindestpflegestufe gemäß Absatz (1) erneut ein Anspruch auf Pflegegeld nach diesem Tarif entsteht, wird dadurch kein weiterer oder neuerlicher Anspruch auf eine Einmalzahlung begründet.

D Einschränkung des Versicherungsschutzes

- (1) Vom Versicherungsschutz ausgenommen ist Pflegebedürftigkeit, die vor Versicherungsbeginn eingetreten ist.
- (2) Krankheiten und Unfälle sowie Folgen einer Komplikation während der Schwangerschaft, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind, aber erst nach Versicherungsbeginn zu Pflegebedürftigkeit führen, sind nur nach Maßgabe des Pkt. I.D (5) und des § 11 AVB-1995 in den Versicherungsschutz einbezogen.
- (3) Kein Versicherungsschutz besteht

für Pflegebedarf, der aufgrund eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften eintritt oder verschlechtert wird oder der infolge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften wesentlich erhöht ist;

für Pflegebedarf, der auf einen Selbstmordversuch zurückzuführen ist;

für Pflegebedarf, der durch aktive Beteiligung an Unruhen, durch schuldhaftes Verhalten an Schlägereien oder bei der Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, entsteht;

für auf Vorsatz des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person beruhenden Pflegebedarf; hat der Versicherungsnehmer den Pflegebedarf einer anderen versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt, so bleibt der Versicherer diesem gegenüber zur Leistung verpflichtet, der Schadenersatzanspruch der versicherten Person an den Versicherungsnehmer geht jedoch auf den Versicherer über;

für Pflegebedarf, der durch Kriegsereignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzungen, entsteht;

solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten;

für die Dauer der Verbüßung einer Freiheitsstrafe.

- (4) Pflegebedürftigkeit gemäß Abs. 1 und 2 kann zu besonderen Bedingungen (höhere Prämie, Wartezeiten) in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden.
- (5) Für Pflegebedürftigkeit aufgrund von Krankheiten oder Unfällen, die vom Versicherungsnehmer bzw. von der versicherten Person vor Abschluss des Versicherungsvertrages angegeben wurden, kann der Versicherungsschutz nur durch ausdrückliche schriftliche Erklärung des Versicherers ausgeschlossen werden.

E Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne Zustimmung des Versicherers weder verpfändet noch abgetreten werden. Der Versicherungsnehmer (Versicherte, Mitversicherte) kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, wenn der Versicherer zahlungsunfähig ist oder wenn es sich um Gegenforderungen handelt, die im rechtlichen Zusammenhang mit seiner Forderung stehen und die gerichtlich festgestellt oder die vom Versicherer anerkannt worden sind.
- (2) Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung des Versicherers verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.

Sind die Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.

Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gehindert ist.

- (3) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch schriftlich abgelehnt hat. Die Entscheidung des Versicherers muss zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zu Grunde gelegten Tatsache und der gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet sein und die Angabe der mit dem Ablauf verbundenen Rechtsfolge enthalten; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruches gehindert ist, gehemmt.

- (4) Die Ansprüche auf die Versicherungsleistungen verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekannt geworden ist. Ist dem Dritten dieses Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach 10 Jahren.

Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.

II. Ruhen/ Aussetzen der Prämienzahlung

Bei Anspruch auf Pflegegeld gem. Pkt. I. wird die Verpflichtung zur Prämienzahlung für die Dauer des Leistungsbezugs ausgesetzt.

Die Verpflichtung zur Prämienzahlung lebt mit Ende des Leistungsbezugs für ein Pflegegeld gemäß Pkt. I. wieder auf.

Während des Ruhens der Prämienzahlungspflicht erfolgt keine Leistungs- und Prämienanpassung gemäß Pkt. IV.

III. Option auf Leistungserhöhung

- (1) Die folgenden Optionen gelten nur bei Beantragung durch den Versicherungsnehmer, wobei diese Antragstellung nur bis zum vollendeten 60. Lebensjahr einer versicherten Person erfolgen kann.
- (2) Innerhalb einer Versicherungsdauer von 15 Jahren ab Versicherungsbeginn hat der Versicherungsnehmer in der Pflegekrankenversicherung einmalig das Recht, die Leistung des Tarifs ohne neuerliche Risikoprüfung wie folgt zu erhöhen:
- a) Die Leistung darf maximal auf das Doppelte des bestehenden Tarifs erhöht werden und insgesamt höchstens 50-fach abgeschlossen werden.

- b) Dieser Tarif kann auf den gleichartigen Pflegegeldversicherungstarif mit Leistung ab Pflegestufe 5 nach dem Bundespflegegeldgesetz umgestellt werden. Wurde die in Punkt I.C. vorgesehene Einmalzahlung bereits geleistet, begründet die Umstellung keinen neuerlichen Anspruch auf eine Einmalzahlung nach dem betreffenden Pflegegeldversicherungstarif.
- (3) Das Optionsrecht gemäß Punkt III. (2) a) und b) steht nur einmalig zu; wurde innerhalb dieses Tarifs oder innerhalb eines anderen Pflegegeldversicherungstarif bereits von diesem Optionsrecht Gebrauch gemacht, so steht dieses dem Versicherungsnehmer kein weiteres Mal zu.
- (4) Voraussetzung für das Wirksamwerden der Tarifumstellung aufgrund dieser Option ist, dass der Versicherungsfall des Pflegebedarfs gem. Pkt. I. noch nicht eingetreten ist, beziehungsweise kein Pflegegeld lt. Bundespflegegeldgesetz beantragt worden ist und darüber hinaus auch keine vorübergehende Pflegebedürftigkeit (kürzer als 6 Monate) besteht.
- (5) Für die Bemessung der Teilprämie für die höheren (neuen) Leistungen ist das Alter zum Zeitpunkt der Umstellung maßgebend.

IV. Leistungs- und Prämienanpassung

Für die Leistungs- und Prämienanpassung gelten die Bestimmungen gemäß § 18 AVB-1995.

Zweiter Abschnitt - Leistungen

Pflegegeld
pro Monat
Pflegestufe 7

EUR 4.250,00

Einmalzahlung

bei erstmaligem Anspruch auf Pflegegeld ab Pflegestufe 7

EUR 51.000,00

