

Vertragsgrundlagen zur Pflegegeldversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die
Pflegegeldversicherung (AVBP 2004)
Fassung Juni 2005

Unter den Flügeln des Löwen.





Dafür sein statt dagegen.

CARE heißt: die Wünsche, Ziele und Pläne unserer Kunden in den Mittelpunkt zu stellen.

Begleiten statt bearbeiten.

CARE heißt: ein Leben lang für unsere Kunden da zu sein – mit den richtigen Ideen für jede Lebensphase.

Aktiv handeln statt abwarten.

CARE heißt: die Initiative zu ergreifen und damit Probleme erst gar nicht entstehen zu lassen.

Individuell statt gleich.

CARE heißt: jeden Kunden individuell zu unterstützen – mit einer auf ihn abgestimmten Betreuung und einem ganz besonderen Qualitäts- und Leistungsanspruch.

Lösungen statt Produkte.

CARE heißt: jeden Kunden mit einer persönlichen Gesamtlösung zu überzeugen, die über das reine Produktangebot hinausgeht.

Besser sein statt gut.

CARE heißt: neue Maßstäbe zu setzen – im Service, in der Beratung und im Bestreben, immer einen Schritt voraus zu sein.

Danke. Für Ihr Vertrauen.

Sehr geehrte Kundin,
sehr geehrter Kunde,

die Generali ist eines der führenden Versicherungsunternehmen in Österreich. Und auch international zählen wir zu den ganz Großen.

Wir wissen, dass die Basis für die Nachhaltigkeit unseres Erfolges einzig und allein im Kundenvertrauen liegt. Dieses Vertrauen erlangt man nur durch erstklassige, kompetente Betreuung, individuelle Produktlösungen und überzeugende Servicequalität.

Aus dieser Grundüberzeugung heraus haben wir das Generali CAREConcept entwickelt. Es definiert unseren Anspruch, die Wünsche, Ziele und Pläne unserer Kunden zu erfüllen.

Im Sinne unseres CAREConcepts ist es uns ein wichtiges Anliegen, noch mehr Transparenz hinsichtlich der Vertragsgrundlagen für Sie zu erreichen.

Daher finden Sie auf den folgenden Seiten die Bedingungen, welche Ihrem Versicherungsvertrag zu Grunde liegen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Generali

Rücktrittsrecht ist das Recht des Versicherungsnehmers, binnen zweier Wochen ab Erhalt dieses Hinweises vom Vertrag zurückzutreten, wenn bei Antragstellung die Versicherungsbedingungen oder eine Antragsdurchschrift nicht übergeben wurden oder die Prämienhöhe nicht bekanntgegeben wurde. Der Rücktritt bedarf der Schriftform. Die Erklärung muss innerhalb der Frist abgesendet werden.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegegeldversicherung (AVBP 2004)

DER VERSICHERUNGSSCHUTZ

§ 1	Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	5
§ 2	Betreuung	5
§ 3	Hilfe	7
§ 4	Abschluss des Versicherungsvertrages	7
§ 5	Beginn des Versicherungsschutzes	7
§ 6	Wartezeit	8
§ 7	Art und Umfang des Versicherungsschutzes	8
§ 8	Einschränkung des Versicherungsschutzes	8
§ 9	Auszahlung der Versicherungsleistung	9
§ 10	Anwartschaftsversicherung	10
§ 11	Ende des Versicherungsschutzes	10

PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

§ 12	A) Prämien, Gebühren und Abgaben	10
	B) Zahlungsverzug und dessen Folgen	10
§ 13	Obliegenheiten	
	A) Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages	11
	B) Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages	11
	C) Pflichten des Versicherungsnehmers und des Versicherten während des Bestehens des Versicherungsvertrages ...	11
	D) Folgen der Verletzung von Pflichten während des Bestehens des Versicherungsvertrages	12

ENDE DES VERSICHERUNGSVERTRAGES

§ 14	Kündigung durch den Versicherungsnehmer	12
§ 15	Kündigung durch den Versicherer	13
§ 16	Sonstige Beendigungsgründe	13

SONSTIGE BESTIMMUNGEN

§ 17	Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen	13
§ 18	Erfüllungsort, Gerichtsstand	13
§ 19	Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie	13
§ 20	Gewinnbeteiligung	14

Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Pflegegeldversicherung (Tarif PTB)	15
--	----

ANHANG

Informationsblatt zur Datenanwendung (gem. § 24 DSGVO)	19
--	----

Der Versicherungsschutz

§ 1

Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Die versicherte Person hat im Versicherungsfall Anspruch auf Versicherungsschutz im Rahmen des gewählten Tarifes.
- (2) Versicherungsfall ist der Pflegebedarf einer versicherten Person in Folge einer Krankheit, eines Unfalls oder wegen Komplikationen während der Schwangerschaft. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung der ständigen Betreuung und Hilfe (Pflegebedarf) bedürfen.

Ständiger Pflegebedarf liegt vor, wenn dieser täglich oder zumindest mehrmals wöchentlich regelmäßig gegeben ist.

Der Versicherungsfall beginnt mit dem gemäß § 7 Abs. 2 festgestellten Pflegebedarf. Er endet, wenn der Pflegebedarf nicht mehr besteht.
- (3) Krankheit ist ein nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft anormaler körperlicher oder geistiger Zustand.
- (4) Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- (5) Bei der Beurteilung des Pflegebedarfes von Kindern und Jugendlichen ist nur jenes Maß an Pflege zu berücksichtigen, das über das erforderliche Ausmaß von gleichaltrigen nicht behinderten Kindern und Jugendlichen hinausgeht.
- (6) Versichert können nur Personen werden, die in Österreich ihren ordentlichen Wohnsitz haben.
- (7) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Versicherungsfälle in Österreich.

§ 2

Betreuung

- (1) Unter Betreuung sind alle in relativ kurzer Folge notwendigen Verrichtungen anderer Personen zu verstehen, die vornehmlich den persönlichen Lebensbereich betreffen und ohne die die pflegebedürftige Person der Verwahrlosung ausgesetzt wäre. Zu diesen Verrichtungen zählen insbesondere solche beim An- und Auskleiden, bei der Körperpflege, der Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten, der Verrichtung der Notdurft, der Einnahme von Medikamenten und der Mobilitätshilfe im engeren Sinn.

- (2) Bei der Feststellung des zeitlichen Betreuungsaufwandes ist von folgenden – auf den Tag bezogenen – Richtwerten auszugehen:

An- und Auskleiden	2 x 20 Minuten
Reinigung bei inkontinenten Patienten	4 x 10 Minuten
Entleerung und Reinigung des Leibstuhles	4 x 5 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	2 x 25 Minuten
Zubereitung der Mahlzeiten	1 Stunde
Einnehmen der Mahlzeiten	1 Stunde
Verrichtung der Notdurft	4 x 15 Minuten

Abweichungen von diesen Zeitwerten sind nur dann zu berücksichtigen, wenn der tatsächliche Betreuungsaufwand diese Mindestwerte erheblich überschreitet.

- (3) **Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten**

Es kommt bei der Zubereitung von Mahlzeiten lediglich auf die körperliche, geistige oder psychische Fähigkeit zur täglichen Zubereitung einer einfachen gekochten warmen Hauptmahlzeit und gegebenenfalls auf die Zumutbarkeit des Umgangs mit gefährlichen Brennstoffen an.

Die Herstellung einer einfachen gekochten warmen Hauptmahlzeit ist täglich vorauszusetzen. Die ausschließliche Verköstigung mit aufgewärmten Speisen (Tiefkühlkost oder Konserven) ist auch dann nicht zumutbar, wenn sie mit verhältnismäßig geringem Zeitaufwand möglich wäre.

Im Zusammenhang mit der Nahrungszubereitung ist nicht nur die Bedienung der (konkreten) Kochstelle zu berücksichtigen, sondern auch die notwendige Reinigung der verwendeten Geräte (Koch- und Essgeschirr, Kochstelle). Der Betreuungsbedarf bei der Zubereitung der Nahrung ist allerdings nur dann für die Beurteilung des Pflegebedarfes heranzuziehen, wenn diese Betreuung nicht aufgrund mangelnder Kochkenntnisse erforderlich ist.

Vorschneiden oder Passieren von Teilen der Mahlzeit oder der gesamten Mahlzeit sind durch den vorgegebenen Mindestwert (eine Stunde täglich) abgedeckt.

Wenn eine vorgeschnittene oder breiige Nahrung selbständig, d.h. ohne Anleitung, wiederholte Aufforderung und/oder Beaufsichtigung aufgenommen werden kann, ist kein Pflegebedarf anzurechnen.

(4) **Verrichtung der Notdurft**

Die Frage, ob jemand außerstande ist, seine Notdurft zu verrichten, ist danach zu beurteilen, ob der betreffende imstande ist, eine ordnungsgemäß installierte Toilette aufzusuchen, sie vollständig bestimmungsgemäß zu benutzen und sich nach der Stoffwechselverrichtung ausreichend zu reinigen.

Bei vorliegender Unfähigkeit zur selbständigen Reinigung ist in Fällen, in denen Stuhl- und Harninkontinenz vorliegt, sowohl der Pflegebedarf für die „Reinigung bei Inkontinenz“, für die „tägliche Körperpflege“ als auch für die „Verrichtung der Notdurft“ anzurechnen.

Falls die Notdurft unter Verwendung eines Leibstuhles ordnungsgemäß verrichtet werden kann, die Entleerung und Reinigung des Leibstuhles jedoch nur mit Unterstützung einer Pflegeperson bewerkstelligt werden kann, ist für die Entsorgung des Leibstuhles durch eine Pflegeperson ein Zeitbedarf von 10 Stunden pro Monat anzurechnen, jedoch kein Pflegebedarf für die Verrichtung der Notdurft selbst.

(5) **An und Auskleiden**

Der für die Betreuung beim An- und Auskleiden vorgesehene Richtwert ist für das vollständige An- und Auskleiden mit üblicher Kleidung (einmal täglich auch mit Mantel, Ausgehschuhen und Kopfbedeckung) zu verstehen. Dabei ist zu prüfen, ob einfache Hilfsmittel verwendet werden können (z.B. langer Schuhlöffel).

Benötigt die pflegebedürftige Person aufgrund einer psychischen oder geistigen Behinderung Anleitung zum An- und Auskleiden, ist der Richtwert von 20 Stunden pro Monat als Pflegebedarf ebenfalls für das komplette An- und Auskleiden anzurechnen. Falls der Kleiderwechsel selbständig durchgeführt werden kann, jedoch die pflegebedürftige Person

- der Anleitung bei der Auswahl einer adäquaten Kleidung oder
- der Anleitung zum regelmäßigen Wäschewechsel

bedarf, ist für diese teilweise Anleitung ein jeweils geringerer Pflegebedarf heranzuziehen.

(6) **Anleitung, Beaufsichtigung und Motivationsgespräch**

Die Anleitung sowie die Beaufsichtigung von Menschen mit geistiger oder psychischer Behinderung bei der Durchführung der in § 2 und 3 angeführten Verrichtungen ist der Betreuung und Hilfe gleichzusetzen.

Das Motivationsgespräch ist eine eigene Betreuungshandlung, die als Beziehungsarbeit für geistig oder psychisch Behinderte oft eine unerlässliche Basis für deren Aktivierung ist, die einen entsprechenden zeitlichen Aufwand erfordert. Für die Motivationsgespräche der Betreuungspersonen mit geistig oder psychisch behinderten pflegebedürftigen Personen ist von einem zeitlichen Richtwert von insgesamt 10 Stunden pro Monat für diese Betreuungsmaßnahme auszugehen.

(7) **Einnahme von Medikamenten**

Bei üblicher Medikation sind 3 Stunden pro Monat als Pflegebedarf anzurechnen. Bei Notwendigkeit besonders häufiger Verabreichung kann der Pflegebedarf mit 5 Stunden pro Monat angerechnet werden.

(8) **Mobilitätshilfe im engeren Sinn**

Mobilitätshilfe im engeren Sinn umfasst die notwendige Unterstützung z.B. beim Aufstehen und Zubettgehen, Umlagern, Gehen, Stehen und Treppensteigen, sowie bei allen gewöhnlichen und wiederkehrenden Ortswechseln im eignen (inneren) Wohnbereich und bei allen im täglichen Leben vorkommenden Lagewechseln. Weiters ist darunter die Hilfe beim An- und Ablegen von Körperersatzstücken, die der Förderung der Mobilität dienen, zu verstehen. Als Richtwert für den hierfür erforderlichen Betreuungsaufwand gemäß Abs. 2 sind 15 Stunden pro Monat zu berücksichtigen.

Notwendige Unterstützung in diesem Sinne ist auch gegeben, wenn die Begleitung im eigenen Wohnbereich aufgrund des Orientierungsverlustes oder zwecks Verhinderung einer Verletzung (z.B. bei Schwindelzuständen, die wiederholt zu Stürzen geführt haben) erforderlich ist.

§ 3

Hilfe

- (1) Unter Hilfe sind unaufschiebbare Verrichtungen anderer Personen zu verstehen, die den sachlichen Lebensbereich betreffen und zur Sicherung der Existenz erforderlich sind. Hilfsverrichtungen sind die Herbeischaffung von Nahrungsmitteln, Medikamenten und Bedarfsgütern des täglichen Lebens, die Reinigung der Wohnung und der persönlichen Gebrauchsgegenstände, die Pflege der Leib- und Bettwäsche, die Beheizung des Wohnraumes einschließlich der Herbeischaffung von Heizmaterial und die Mobilitätshilfe im weiteren Sinn.

Für jede Hilfsverrichtung ist ein – auf den Monat bezogener – fixer Zeitwert von 10 Stunden anzunehmen.

- (2) **Herbeischaffung von Nahrungsmitteln, Bedarfsgütern des täglichen Lebens und Medikamenten**

Die Lage der Wohnung (Stockwerk) und die Wegstrecke zur nächsten Einkaufsmöglichkeit sind für den Hilfebedarf bei der Herbeischaffung von Nahrungsmitteln, Bedarfsgütern des täglichen Lebens und Medikamenten zu berücksichtigen.

- (3) **Reinigung der Wohnung und der persönlichen Gebrauchsgegenstände**

Unter Wohnungsreinigung ist die laufend notwendige Wohnungsreinigung, allenfalls unter Verwendung zumutbarer technischer Hilfsmittel, das Aufbetten der Schlafstelle und das Staubabwischen zu verstehen.

Ein Hilfsbedarf liegt vor, wenn das für eine Einzelperson übliche Mindestmaß an Wohnraum (Küche, Wohnzimmer, Schlafzimmer, Bad und etwaige dazugehörige Nebenräume) ohne fremde Hilfe nicht mehr gereinigt werden kann.

- (4) **Beheizung des Wohnraumes einschließlich Herbeischaffung von Heizmaterial**

Bei der Prüfung, ob der Wohnraum ordnungsgemäß beheizt werden kann, ist generell von der konkreten Heizeinrichtung der Wohnung auszugehen. Es ist nicht nur auf die Bedienung der vorhandenen Heizmöglichkeit Bedacht zu nehmen, sondern auch auf deren Reinigung. Bei vorhandener Zentralheizung kann kein Hilfsbedarf berücksichtigt werden, wenn die Wartung und Temperaturregelung nicht von der pflegebedürftigen Person vorgenommen werden muss (z.B. Fernwärme, Gasetagenheizung).

- (5) **Mobilitätshilfe im weiteren Sinn**

Mobilitätshilfe im weiteren Sinn umfasst Hilfeleistungen außerhalb des Wohnbereiches bei allen Abläufen, die zur Führung eines menschenwürdigen Lebens erforderlich sind. Sie umfasst insbesondere die Begleitung zum Arzt, zur Therapie, zu Behörden oder Banken sowie zu kulturellen Veranstaltungen.

Die mangelnde Fähigkeit zur Manipulation mit Geld kann für sich allein keinen anrechenbaren Pflegebedarf bewirken.

§ 4

Abschluss des Versicherungsvertrages

- (1) Versicherungsnehmer kann nur eine Person sein, die in Österreich ihren ordentlichen Wohnsitz hat.
- (2) Der Antragsteller ist sechs Wochen an seinen Antrag gebunden. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung bzw. mit der Absendung des Antrages.
- (3) Die Annahme des Antrages kann auch von einer ärztlichen Untersuchung oder von der Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses abhängig gemacht werden.
- (4) Über die Antragsannahme entscheidet die Geschäftsleitung des Versicherers. Anträge können ohne Angabe von Gründen abgelehnt werden. Die Entscheidung ist dem Antragsteller schriftlich mitzuteilen. Mit der Zustellung (Aushändigung) der Polizze oder einer schriftlichen Annahmeerklärung ist der Versicherungsvertrag abgeschlossen.

§ 5

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Versicherungsvertrages, jedoch nicht vor Bezahlung der ersten Prämie, nicht vor Ablauf der Wartezeiten und nicht vor dem in der Polizze bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Wird die Polizze nach diesem Zeitpunkt ausgehändigt, die Prämie sodann aber innerhalb von 14 Tagen oder ohne schuldhaften Verzug bezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz, abgesehen von den Bestimmungen über die Wartezeiten, mit dem in der Polizze bezeichneten Zeitpunkt.

Nach diesem Zeitpunkt (ursprünglicher Versicherungsbeginn) wird in der Folge auch das Versicherungsjahr gerechnet.

Bei Erhöhung oder Ausweitung des Versicherungsschutzes gelten die Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 6

Wartezeit

- (1) Die Wartezeit wird ab Versicherungsbeginn, bei Erhöhung oder Ausweitung des Versicherungsschutzes ab dem Änderungszeitpunkt, gerechnet.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.
Sie entfällt, wenn der Versicherungsfall durch einen Unfall eintritt.
- (3) Für Pflegebedarf wegen Komplikationen während der Schwangerschaft besteht Versicherungsschutz nach Ablauf einer Wartezeit von neun Monaten. Wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass die Schwangerschaft nachweislich nach dem Versicherungsbeginn eingetreten ist, besteht keine Wartezeit.
Es gilt als Nachweis, wenn der ärztlich errechnete Geburtstermin neun Monate nach Versicherungsbeginn liegt.

§ 7

Art und Umfang des Versicherungsschutzes

- (1) Art und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus dem Tarif, den allgemeinen und ergänzenden Versicherungsbedingungen und der Police.
- (2) Die Versicherungsleistungen sind im Tarif geregelt und von der Einstufung aufgrund des Pflegebedarfs der versicherten Person (§ 1 Abs. 2 und 5, § 2 und § 3) abhängig.
- (3) Es gelten folgend Pflegestufen:
 - Pflegestufe 1: für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 50 Stunden monatlich beträgt;
 - Pflegestufe 2: für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 75 Stunden monatlich beträgt;
 - Pflegestufe 3: für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 120 Stunden monatlich beträgt;
 - Pflegestufe 4: für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 160 Stunden monatlich beträgt;
 - Pflegestufe 5: für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich beträgt, wenn ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist.
Dies ist der Fall, wenn eine dauernde Bereitschaft einer Pflegeperson erforderlich ist, beispielsweise wenn regelmäßig koordinierte Betreuungsmaßnahmen auch während der Nachtstunden notwendig sind.
Ist eine koordinierte Pflege tagsüber möglich und sind im Regelfall während der Nacht keine Betreuungsmaßnahmen zu erbringen, liegt Pflegestufe 4 vor;
 - Pflegestufe 6: für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich beträgt,
 - a) wenn zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen erforderlich und regelmäßig während des Tages und der Nacht zu erbringen sind oder
 - b) die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages und der Nacht wegen der Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung erforderlich ist.
Zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen liegen dann vor, wenn ein Pflegeplan wegen des Zustandes der pflegebedürftigen Person nicht eingehalten werden kann und die Betreuungsmaßnahme unverzüglich erbracht werden muss;
 - Pflegestufe 7: für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich beträgt, wenn praktische Bewegungsunfähigkeit oder ein gleichzuachtender Zustand (z.B. dauernder Einsatz technischer Hilfsmittel zur Aufrechterhaltung notwendiger Funktionen ist erforderlich) vorliegt.
- (4) Wenn sich der Gesundheitszustand einer pflegebedürftigen Person so verbessert, dass die Leistungspflicht des Versicherers entfällt, endet die Leistungspflicht mit der Änderung des Gesundheitszustandes.
- (5) Ändert sich der Pflegebedarf während des Leistungsbezugs, wird die Leistung des Versicherers ab dem Zeitpunkt der Änderung neu festgesetzt.
- (6) Nicht ersetzt werden Kosten für medizinische Heilbehandlung, inklusive psychologische Betreuung und physikalische Therapie, sowie Sach- und Transportkosten. Kosten die im Zusammenhang mit einem Rehabilitationsaufenthalt, einem Kuraufenthalt oder einem Aufenthalt für Akutgeriatrie/Remobilisation entstehen, sind nicht ersatzfähig.

§ 8

Einschränkung des Versicherungsschutzes

- (1) Vom Versicherungsschutz ausgenommen ist Pflegebedürftigkeit, die vor Versicherungsbeginn eingetreten ist.
- (2) Krankheiten oder Unfälle, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind, aber erst nach Versicherungsbeginn zu Pflegebedürftigkeit führen, sind nur nach Maßgabe des Abs. 6 und des § 13 in den Versicherungsschutz einbezogen.
- (3) Für Krankheiten, die während der Wartezeit (§ 6, Abs. 2) erstmals auftreten, und eine körperliche, geistige oder psychische Behinderung oder Sinnesbehinderung verursachen, die zu Pflegebedürftigkeit führt, besteht bis zur Beendigung des Versicherungsfalles, längstens bis drei Jahre nach Abschluss, Abänderung oder Wiederinkraftsetzung des Versicherungsvertrages kein Versicherungsschutz.

Der Versicherer ist jedoch zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person beweist, dass die für die körperliche, geistige oder psychische Behinderung oder Sinnesbehinderung ursächliche Erkrankung erst nach Vertragsabschluss für sie erkennbar wurde.

- (4) 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 schuldhaftige Beteiligung 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.
- (5) Pflegebedürftigkeit gemäß Abs. 1 bis 3 kann zu besonderen Bedingungen (höhere Prämie, besondere Wartezeiten) in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden.
- (6) 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.

§ 9

Auszahlung der Versicherungsleistung

- (1) Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.
- (2) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind. Die Nachweise gehen in das Eigentum des Versicherers über. Die Nachweise müssen im Original vorgelegt werden und sofern nichts anderes vereinbart ist insbesondere enthalten: Vor- und Zuname der pflegebedürftigen Person, Umfang des Pflegebedarfs (Pflegestufe) sowie die durchschnittliche Dauer der Pflege im Monat (Anzahl der Stunden) und die Art der Pflege. Soweit Nachweise nach dem Bundespflegegeldgesetz oder den Landespflegegeldgesetzen erstellt wurden, sind diese vorzulegen.
- (3) Der Versicherer darf vorbehaltlich der Bestimmungen in Abs. 4 den Überbringer von Belegen als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt ansehen.
- (4) Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne Zustimmung des Versicherers weder verpfändet noch abgetreten werden.

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, wenn es sich um Gegenforderungen handelt, die im rechtlichen Zusammenhang mit seiner Forderung stehen und die gerichtlich festgestellt oder vom Versicherer anerkannt worden sind.

- (5) Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung des zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges 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.

- (6) 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.

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

Ist ein Anspruch 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.

§ 10

Anwartschaftsversicherung

- (1) Auf Antrag des Versicherungsnehmers kann in begründeten Fällen für einen im voraus bestimmten Zeitraum das Ruhen der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag vereinbart werden.

Dieser Zeitraum darf innerhalb der Laufzeit des Versicherungsvertrages insgesamt 60 Monate nicht übersteigen.

- (2) Eine vom Versicherungsnehmer beantragte Wiederinkraftsetzung der Versicherung vor Ablauf des vereinbarten Zeitraumes kann von einer Gesundheitsprüfung abhängig gemacht werden.

- (3) Für den Zeitraum der Ruhendstellung ist eine Anwartschaftsprämie zu vereinbaren und im voraus zu bezahlen (Anwartschaftsversicherung).

Nach Wiederinkraftsetzung der Versicherung besteht Versicherungsschutz für während des Ruhens eingetretene Versicherungsfälle.

Nach Wiederinkraftsetzung der Versicherung wird die Prämie aufgrund des zu diesem Zeitpunkt bestehenden Alters neu berechnet. Versicherungszeiten, für die bis dahin volle Prämien bezahlt wurden, werden dabei berücksichtigt.

§ 11

Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 12

A) Prämien, Gebühren und Abgaben

- (1) Die Prämie ist eine Jahresprämie und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Sie ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Prämienraten bezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Prämienrate gestundet gelten. Die Prämienraten sind am 1. eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie ist spätestens bei Aushändigung bzw. Angebot der Polizze und Aufforderung zur Prämienzahlung fällig.

- (2) Hat ein versichertes Kind das 18. Lebensjahr vollendet, so sind ab dem nächstfolgenden Monatsersten die Prämien zu bezahlen, die für erwachsene Personen zu entrichten sind.

- (3) Die Prämien sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

- (4) Allfällige Abgaben (Steuern) aus dem Versicherungsvertrag trägt der Versicherungsnehmer. Ansonsten können dem Versicherungsnehmer nur Gebühren angelastet werden, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person veranlasst worden sind.

B) Zahlungsverzug und dessen Folgen

- (5) Ist die erste Prämie oder die erste Prämienrate 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.

- (6) Wird in der Folge eine fällige Prämie oder eine fällige Prämienrate nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer den Versicherungsnehmer unter Angabe der Höhe der Prämien- und Kostenschuld und der Rechtsfolgen weiterer Säumnis schriftlich auffordern, die Schuld innerhalb einer Zahlungsfrist von 14 Tagen, vom Empfang der Aufforderung an gerech-

net, an die vom Versicherer bezeichnete Stelle ohne Abrechnung von Überweisungsspesen zu bezahlen.

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

- (7) Tritt der Versicherungsfall nach Ablauf der Zahlungsfrist ein und ist der Versicherungsnehmer zu dieser Zeit mit der Zahlung der Prämien im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.

Die Leistungspflicht des Versicherers lebt nach Bezahlung aller rückständigen Prämien wieder auf, jedoch besteht für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der Zahlungsfrist und vor Nachzahlung der rückständigen Prämien eingetreten sind, und deren Folgen kein Anspruch auf Leistung.

- (8) Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10 v.H. der Jahresprämie, höchstens aber mit dem in § 39a VersVG genannten Betrag (derzeit EUR 60,-) in Verzug, so tritt die in Abs. (7) vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.
- (9) Der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Frist von 14 Tagen mit der Zahlung der Prämien im Verzug ist. Der Versicherer kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist den Versicherungsvertrag so kündigen, dass die Kündigung mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung der Prämien im Verzug ist.
- (10) Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung der Prämien nachholt.
- (11) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. (7) und (9) nicht aus.

§ 13

Obliegenheiten

A) Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages

- (1) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben bei der Antragstellung und zwischen Antragstellung und Zustellung (Aushändigung) der Polizze alle erheblichen Gefahrenumstände anzuzeigen. Jeder Gefahrenumstand, nach dem der Versicherer in schriftlicher Form ausdrücklich und genau umschrieben gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

B) Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages

- (2) Hat der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person die Anzeigepflicht über erhebliche Gefahrenumstände schuldhaft verletzt, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Die Anzeigepflicht ist auch dann verletzt, wenn Fragen um Gefahrenumstände unvollständig beantwortet werden.
- (3) Der Rücktritt vom Versicherungsvertrag ist innerhalb eines Monats von dem Tag an zulässig, an dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt hat.
- (4) Tritt der Versicherer zurück, nachdem ein Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt der Versicherungsschutz bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt wurde, keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

Der Versicherer kann jedoch die Rückzahlung der Leistungen verlangen, die sich auf Tatsachen beziehen, die zum Rücktritt geführt haben.

- (5) Treffen die Voraussetzungen für den Rücktritt nur auf einzelne versicherte Personen zu, so kann er auf diese beschränkt werden. Der Versicherungsnehmer hat in diesem Fall das Recht, innerhalb eines Monats nach Erhalt der Rücktrittserklärung den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung zur Gänze zu kündigen.
- (6) Wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer beim Abschluss des Vertrags obliegenden Anzeigepflicht kann der Versicherer vom Vertrag nicht mehr zurücktreten oder den Vertrag kündigen, wenn seit dem Abschluss drei Jahre verstrichen sind. Das Rücktrittsrecht bleibt jedoch bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.
- (7) Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht kann der Versicherer, wenn der Geschäftsplan bei Vorliegen der ihm unbekannt gebliebenen Gefahrenumstände eine höhere Prämie vorsieht, vom Beginn des laufenden Versicherungsjahres an die entsprechend höhere Prämie verlangen.

Wird die höhere Gefahr nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht übernommen, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat kündigen.

C) Pflichten des Versicherungsnehmers und des Versicherten während des Bestehens des Versicherungsvertrages

- (8) Der Eintritt, jede Änderung und der Wegfall des Pflegebedarfs sind dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Art und des Umfangs des Versicherungsschutzes erforderlich ist.

Ebenso sind über Verlangen des Versicherers die erbrachten Pflege- und Betreuungsmaßnahmen sowie die dafür aufgewendeten Kosten nachzuweisen.

Die versicherte Person ist verpflichtet, sich auf Verlangen des Versicherers von einem ärztlichen Sachverständigen untersuchen zu lassen und diesem alle Auskünfte zu erteilen, die zur Beurteilung des Versicherungsfalls erforderlich sind. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern. Die Kosten der genannten Untersuchung trägt der Versicherer, es sei denn, es wird innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten erneut der Eintritt eines Versicherungsfalles oder eine Änderung des Pflegebedarfs behauptet, ohne dass der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennt.

- (9) Ab dem Zeitpunkt des tariflichen Leistungsbeginns sind ferner anzuzeigen:
- die Verlegung des Hauptwohnsitzes in das Ausland;
 - jede Verbüßung einer Freiheitsstrafe.
- (10) 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.
- (11) Wird für eine versicherte Person bei einem anderen Versicherer eine Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten-, Pflegegeldversicherung) abgeschlossen, so ist der Versicherer vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu unterrichten.

D) Folgen der Verletzung von Pflichten während des Bestehens des Versicherungsvertrages

- (12) Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person eine der in Abs. 8, 9 genannten Obliegenheiten, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, sofern die Verletzung vorsätzlich oder grob fahrlässig erfolgt ist.
- Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat.
- (13) Wird die in Abs. 10 genannte Verhaltenspflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei und berechtigt, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen.
- (14) Wird die in Abs. 11 genannte Informationspflicht schuldhaft verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Der Versicherer kann überdies den Versicherungsvertrag zur Gänze oder nur hinsichtlich der betreffenden versicherten Person innerhalb eines Monats, nachdem er von der Obliegenheitsverletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die Leistungsfreiheit nicht berufen.

Ende des Versicherungsvertrages

§ 14

Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Versicherungsvertrag zum Ende eines Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten zu kündigen.
- (2) Das Versicherungsjahr richtet sich nach dem ursprünglichen Versicherungsbeginn.
- (3) Die Kündigung muss schriftlich erfolgen und ist an die Geschäftsleitung des Versicherers zu richten.
- (4) Kündigt der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, hat der Versicherer das Recht, innerhalb einer Frist von einem Monat den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen zum gleichen Termin zu kündigen.
- (5) Werden Prämien erhöht oder Leistungen vermindert (§ 13 B) Abs. 7), hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag hinsichtlich der betroffenen Personen innerhalb eines Monats vom Zugang der Mitteilung über die Änderung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung zu kündigen.

Eine Anpassung des Versicherungsvertrages gemäß § 178f VersVG (siehe auch § 18) berechtigt zur Kündigung jedoch nicht.

§ 15

Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer verzichtet auf eine Kündigung des Vertrages abgesehen von den Fällen des § 12 Abs. 9, § 13 Abs. 13 und 14, § 14 Abs. 4 und § 15 Abs. 2.
- (2) Wenn der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person durch wissentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung eines Pflegebedarfs, Versicherungsleistungen erschleicht oder zu erschleichen versucht oder bei einer solchen Handlung mitwirkt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei und hat das Recht, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen.
- (3) Kündigt der Versicherer gemäß § 13 Abs. 14 den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen innerhalb einer Frist von einem Monat zum gleichen Termin zu kündigen.

§ 16

Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet der Versicherungsvertrag hinsichtlich dieser Person.
- (3) Der Versicherungsvertrag endet ferner durch Verlegung des Wohnsitzes des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person ins Ausland, es sei denn, dass eine andere Vereinbarung getroffen wird. Die Bestimmungen des Abs. 1 gelten sinngemäß.

Sonstige Bestimmungen

§ 17

Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen

- (1) Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind schriftlich abzufassen und an die Geschäftsleitung des Versicherers zu richten.
- (2) Hat der Versicherungsnehmer seine Wohnung gewechselt, dies aber nicht dem Versicherer mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit von Willenserklärungen des Versicherers dem Versicherungsnehmer gegenüber die Absendung des Briefes an die letzte dem Versicherer bekannt gegebene Anschrift.

§ 18

Erfüllungsort, Gerichtsstand

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

§ 19

Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

- (1) Die Versicherungsleistungen sind wertgesichert. Der Versicherer ist verpflichtet, die Prämie oder den Versicherungsschutz (allgemeine und ergänzende Versicherungsbedingungen und Tarife) nach Vertragsabschluss einseitig zu erhöhen beziehungsweise zu ändern, wenn mindestens einer der folgenden Umstände eintritt. Dabei ist der Versicherer bei Vorliegen der vereinbarten Voraussetzungen für eine Prämienänderung auch zu einer Herabsetzung der Prämien verpflichtet:

- a) Änderung eines vereinbarten Index,
 - b) Änderung der durchschnittlichen Lebenserwartung,
 - c) Änderung der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwändigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,
 - d) Änderung des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherung,
 - e) Änderung der durch Gesetz, Verordnung, sonstige behördlichen Akte oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und
 - f) Änderung des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.
- (2) Erhöht der Versicherer die Prämie gemäß Abs. (1), so hat er dem Versicherungsnehmer auf dessen Verlangen die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anzubieten.
- (3) Die Erklärung einer rückwirkenden Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes ist unwirksam; die Erklärung wirkt erst ab dem der Absendung folgenden Monatsersten.
- (4) Der Versicherungsnehmer hat das Recht, während der Laufzeit des Vertrages unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Altersrückstellung in einen anderen im Geschäftsplan vorgesehenen Tarif derselben Versicherungsart (§178b VersVG) bis zum bisherigen Deckungsumfang zu wechseln.

§ 20

Gewinnbeteiligung

Die Pflegegeldversicherungen gehören zum Gewinnverband B.

Zu Gewinnverband B zählen auch Krankenhauskostenversicherungen, Krankentagegeldversicherungen, Krankengeldversicherungen, Versicherungen für Kur und Rehabilitation und Vorsorgeversicherungen.

Der Gewinnrückstellung des Gewinnverbandes B werden 85% des nach Maßgabe des Geschäftsplanes ermittelten Gewinnes zugewiesen. Aus der Gewinnrückstellung sind die auf einzelne Versicherungsnehmer entfallenden Gewinnanteile nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen auszuschütten:

- (1) Erstens sind nur diejenigen Versicherungen des Gewinnverbandes teilnahmeberechtigt, für welche die Prämien des abgelaufenen ganzen Kalenderjahres voll gezahlt worden sind.
 Änderungen des Versicherungsschutzes oder der Tarife während des Kalenderjahres können eine Teilnahmeberechtigung nicht begründen. Haben sich die Prämien während des Kalenderjahres geändert, bemisst sich die Höhe der Gewinnbeteiligung nach der niedrigsten Monatsprämie.
 Weiters ist Voraussetzung, dass für die ganze Dauer des letzten Kalenderjahres keine Leistungen vom Versicherer bezogen worden sind.
 Ausgeschlossen sind die Versicherungen, bei denen im abgelaufenen Kalenderjahr durch Prämienzahlungsverzug Leistungsfreiheit des Versicherers eingetreten ist, oder die in Form einer Anwartschaftsversicherung bestanden haben (§ 10 Abs. 3 AVBP 2004).
- (2) Auszahlung von Versicherungsleistungen:
 Bei Feststellung der Teilnahmeberechtigung an der Gewinnbeteiligung gelten die Versicherungen von erwachsenen Personen als Einheit, d.h. diese Versicherungen sind nur dann teilnahmeberechtigt, wenn von keiner der erwachsenen Personen im abgelaufenen Geschäftsjahr Versicherungsleistungen in Anspruch genommen worden sind.
- (3) Kinderprämien sind nicht gewinnberechtigt.
- (4) Der auf die einzelne Versicherung entfallende Gewinnanteil wird entsprechend dem Geschäftsplan ermittelt. Er muss stets ein ganzzahliges Vielfaches einer Monatsprämie betragen. Verbleibende Reste in der Gewinnrücklage der Versicherten werden auf das Folgejahr vorgetragen.
- (5) Die Verrechnung der Gewinnbeteiligung erfolgt nach Veröffentlichung der Bilanz, frühestens jedoch zum 1.7. des dem abgelaufenen Geschäftsjahr folgenden Kalenderjahr. Für zum Zeitpunkt der Verrechnung ausgeschiedene Versicherungsverträge erfolgt keine Verrechnung.
 Die Gewinnbeteiligung wird vom Versicherer auf die Prämien der Monate, die der Verrechnung folgen, in Anrechnung gebracht.
- (6) Bei Ansprüchen auf Versicherungsleistung für das abgelaufene Geschäftsjahr nach Empfang der Gewinnbeteiligung, wird diese auf die Leistung des Versicherers angerechnet; eine zu Unrecht erhaltene Gewinnbeteiligung ist zurückzuerstatten.

Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Pflegegeldversicherung – BestCARE: Pflegevorsorge (Tarif PTB)

auf Grundlage der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegegeldversicherung (AVBP 2004)

§ 1

Gegenstand des Versicherungsschutzes

- (1) **Vorübergehend notwendige Pflege und Betreuung**
ist gegeben, wenn Pflegebedarf gemäß § 1 Abs. 2 AVBP 2004 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 2004 voraussichtlich für einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten besteht.

§ 2

Wartezeit

Abweichend von § 6 Abs. 2 AVBP 2004 beträgt die Wartezeit für dauernd notwendige Pflege und Betreuung ein Jahr.

§ 3

Art und Umfang der Versicherungsleistungen

- (1) Ersatz der Kosten und Organisation einer vorübergehend notwendigen Pflege und Betreuung
1. **Feststellung des Pflegebedarfs**
Die Notwendigkeit des Pflegebedarfs wird durch den Versicherer festgestellt.
2. Über Beauftragung der versicherten Person, veranlasst der Versicherer die **Organisation** notwendiger Pflege- und Betreuungsmaßnahmen.
3. Voraussetzung für Kostenersatz
 - a. Voraussetzung für den Kostenersatz ist ein Pflegebedarf, der mindestens der Pflegestufe 1 entspricht.
 - b. Die Tätigkeiten werden von dafür geeigneten und zugelassenen Einrichtungen/Personen erbracht oder vom Versicherer organisiert.
4. **Höhe des Kostenersatzes**
Der Kostenersatz gemäß Punkt 1 des Leistungstarifes wird abhängig vom täglichen Pflege- und Betreuungsaufwand erbracht, sofern die Leistungen vom Versicherer organisiert werden. Ist dies nicht der Fall, erfolgt Kostenersatz bis zum tariflich vorgesehenen Höchstbetrag je Tag auf Grundlage von 80% des für den täglichen Pflege- und Betreuungsaufwand in Rechnung gestellten Betrages.
5. **Dauer des Kostenersatzes**
Der Kostenersatz wird für längstens 60 Tage innerhalb von 2 Kalenderjahren geleistet.
Dieser Zeitraum wird nach dem Beginn jenes Kalenderjahres ermittelt, in das der ursprüngliche Versicherungsbeginn (§ 5 AVBP 2004) fällt.
6. **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,
 - Name und Anschrift des Leistungserbringers
7. **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 kein Anspruch auf Pflegegeld bei dauernd notwendiger Pflege und Betreuung (keine Doppelzahlung).

8. **Subsidiarität**

Die Leistungen gemäß Punkt 1 des Leistungstarifes werden 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**

1. Das Pflegegeld gemäß Punkt 2 des Leistungstarifes wird bei dauernd notwendiger Pflege und Betreuung abhängig vom täglichen Pflege- und Betreuungsaufwand erbracht.

Die Auszahlung erfolgt monatlich im nachhinein. Für Zeiträume von weniger als einem Monat wird pro Tag bis zu 1/30 dieses Betrages bezahlt.

In Abänderung von § 8 Abs. 4 AVBP 2004 wird bei vorübergehendem oder dauerndem Aufenthalt in einem EU-Mitgliedsstaat, der Schweiz oder Liechtenstein Pflegegeld geleistet.

2. **Höhe des Pflegegeldes**

Erhält eine versicherte Person Pflegegeldleistungen nach dem Bundespflegegeldgesetz oder den Landespflegegeldgesetzen oder sind nach diesen Bestimmungen Leistungen beantragt, sind die dort getroffenen Feststellungen in Bezug auf den Pflegebedarf und die Pflegestufe maßgebend und vom Antragsteller nachzuweisen. Dies gilt auch bei Änderungen hinsichtlich des Pflegebedarfs und der Pflegestufe.

Der Versicherer ist berechtigt, den Eintritt des Pflegebedarfs, die Pflegestufe und die Fortdauer durch einen ärztlichen Sachverständigen feststellen 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.

Das Sachverständigengutachten hat jedenfalls zu enthalten:

- a) die Anamnese, die Diagnose und die voraussichtliche Entwicklung der Behinderung,
- b) den Befund über die Funktionsausfälle und die zumutbare Verwendung von Hilfsmitteln bzw. die Beschreibung der Defizite auf Grund der geistigen oder psychischen Behinderung,
- c) die Angabe, zu welchen Verrichtungen ständige Betreuung und Hilfe benötigt wird,
- d) eine Begründung, für eine Abweichung von den in § 2 AVBP 2004 festgelegten Richt- und Mindestwerten,
- e) begründete Angaben, ob die zusätzlichen Kriterien für die Stufen 5, 6 oder 7 vorliegen, wenn der Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich beträgt.

3. **Auszahlung des Pflegegeldes**

Mit dem Pflegegeld werden die Kosten der bei dauernd notwendiger Pflege und Betreuung erforderlichen Pflege- und Betreuungsleistungen ersetzt.

Im Leistungsfall kann vereinbart werden, dass zunächst die Ersatzleistung nach Maßgabe der für die jeweilige Pflegestufe vereinbarten Versicherungssumme erbracht wird.

Der Versicherer kann einen Nachweis der aufgewendeten Kosten für erbrachte Pflege- und Betreuungsleistungen verlangen. Das Pflegegeld wird dann nach Vorlage einer entsprechenden Rechnung 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,
- Name und Anschrift des Leistungserbringers.

§ 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.

§ 5

Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

- (1) Die Versicherungsleistungen sind wertgesichert. Der Versicherer verpflichtet sich, auf Grundlage der in Abs. 2 und 3 genannten Faktoren die Prämien und Leistungen ohne Altersbegrenzung, ohne Wartezeiten für die Mehrleistungen und ungeachtet eines etwa verschlechterten Gesundheitszustandes entsprechend anzupassen. Dabei ist der Versicherer bei

Vorliegen der vereinbarten Voraussetzungen für eine Prämienänderung auch zu einer Herabsetzung der Prämien verpflichtet.

(2) **Wertsicherung**

Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebender Umstand gilt die Indexveränderung vereinbart. Als Index gilt der von Statistik Austria verlautbarte durchschnittliche Index der Verbraucherpreise des letzten abgelaufenen Kalenderjahres.

Der Versicherer vergleicht die Indexveränderungen seit Versicherungsbeginn bzw. dem letzten Änderungszeitpunkt (z.B. Indexanpassung). Ergibt dieser Vergleich eine Erhöhung um mindestens 10%, so werden die Leistungen und Prämien dem geänderten Bedarf angepasst.

Die Anpassung erfolgt durch Erhöhung um die entsprechende Anzahl von Tarifestufen PTB.

Eine Anpassung erfolgt frühestens nach Ablauf von zwei Jahren nach der letzten Tarifänderung.

Wird die Verlautbarung des Index der Verbraucherpreise eingestellt, so tritt an seine Stelle ein entsprechender Ersatzindex.

(3) **Anpassung**

Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände gelten die Veränderungen zumindest einer der folgenden Faktoren vereinbart:

- der durchschnittlichen Lebenserwartung,
- der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwändigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,
- des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
- des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen,
- der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen.

Zur Festsetzung der erforderlichen Anpassung vergleicht der Versicherer laufend die der letzten Tarifikalkulation zugrundeliegenden Faktoren mit den zu erwartenden Faktoren.

Ergibt dieser Vergleich eine Änderung der kalkulierten Prämie und Leistungen der Grundtarifstufe PTB, so werden die Prämie und die Leistungen der Grundtarifstufe entsprechend angepasst.

- (4) Für die Bemessung der Teilprämie für die Wertsicherung/Anpassung ist das Alter im Zeitpunkt der Anpassung maßgebend.
- (5) Die Wertsicherung/Anpassung ist nicht durchzuführen, wenn ihr der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Empfang der Mitteilung des Versicherers schriftlich widerspricht. Diese Mitteilung hat einen Hinweis auf die Möglichkeit der Ablehnung der Wertsicherung/Anpassung zu enthalten. Im Falle eines Widerspruches wird die Versicherung mit einem entsprechenden Ersatztarif fortgeführt und der Versicherer ist späterhin nicht mehr verpflichtet, eine Wertsicherung/Anpassung der Versicherungsleistungen durchzuführen.
- (6) Der Widerspruch kann jedoch vom Versicherungsnehmer innerhalb von 3 Monaten ab dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Wertsicherung/Anpassung zurückgezogen werden. In diesem Falle tritt die Wertsicherung/Anpassung in ursprünglicher Form zum ursprünglichen Zeitpunkt in Kraft.

§ 6

Gewinnverband

Versicherungen nach Tarif PTB gehören zum Gewinnverband B.

Informationsblatt zur Datenanwendung (gem. § 24 DSGVO)

Sehr geehrter Kunde,

wir haben Sie als Auftraggeber der Datenanwendung, in der Ihre Daten verwendet werden, gemäß § 24 Datenschutzgesetz 2000 (DSG) über den Zweck, für den Ihre Daten ermittelt und verwendet werden, zu informieren sowie Ihnen weitere Informationen zu geben, soweit dies für die Verarbeitung Ihrer Daten nach Treu und Glauben erforderlich ist.

1. Zweck der Datenanwendung

Ihre Daten werden in unserer Datenanwendung zum Zweck der Antragsbearbeitung, Risikoprüfung, Polizzierung, Vertragsverwaltung, Bearbeitung von Leistungsfällen, der umfassenden Betreuung und Beratung in Versicherungsangelegenheiten (auch in anderen Versicherungszweigen) sowie im Zusammenhang mit sonstigen Finanzdienstleistungen, die von Gesellschaften der Generali-Gruppe angeboten oder für Kooperationspartner vermittelt werden sowie für statistische Auswertungen verwendet. Im wesentlichen beinhaltet dies:

Datenverarbeitung beim Versicherer

Wir ermitteln und verwenden Ihre Daten, die für die Erstellung und Bearbeitung Ihres Versicherungsvertrages notwendig sind; das sind vor allem Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten) sowie Auskünfte von Dritten (z.B. Sachverständige, Ärzte etc.). Zur Verwaltung Ihres Vertrages werden weitere Daten wie etwa Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, -prämie, Bankverbindung, Inkassodaten sowie erforderlichenfalls die Daten eines Dritten, z.B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten).

Im Versicherungsfall ermitteln und verarbeiten wir Ihre Angaben zum Schaden- bzw. Leistungsfall und ggf. auch Angaben von Dritten, wie etwa von den mit der Schadens-/Leistungsfeststellung beauftragten Sachverständigen, von den mit der Schadensbehebung und Leistungserbringung betrauten Unternehmen und Einrichtungen (z.B. Reparaturwerkstätte, Handwerker, Ärzte, Krankenhäuser etc.) und von Auskunftspersonen (z.B. Zeugen, Behörden, etc.) sowie die von uns geleisteten Zahlungen (Leistungsdaten).

Gesundheitsdaten werden grundsätzlich nur für den Versicherungszweig verwendet, für die sie ermittelt werden; Fragebögen zum Gesundheitszustand sind daher für jede beantragte Versicherung neu auszufüllen. Die Verwendung von personenbezogenen Gesundheitsdaten erfolgt ausschließlich im Rahmen des § 11a Versicherungsvertragsgesetz.

Übermittlung von nichtsensiblen Daten

Ihre von uns ermittelten und verarbeiteten Daten werden an die mit der Prüfung Ihres Antrages, der Verwaltung Ihres Vertrages sowie der Schaden-/Leistungsfeststellung und -behebung befassten Empfänger (z.B. Ärzte, Banken, Reparaturwerkstätten, andere Versicherer, Behörden) übermittelt, soweit dies für die ordnungsgemäße Erstellung und Verwaltung Ihres Versicherungsvertrages sowie der Leistungsbearbeitung erforderlich ist.

Weiters benötigen unsere Mit- und Rückversicherer im In- und Ausland die erforderlichen versicherungstechnischen Angaben, wie etwa Polizzenummer, Prämie, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien zur Erstellung und Verwaltung der Mit- und Rückversicherungsverträge; soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen und Daten von Ihnen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls die entsprechenden Daten übermitteln.

Für die Antragsprüfung und Leistungsbearbeitung kann es ferner erforderlich sein, dass Daten zwischen Versicherern ausgetauscht werden (z.B. Bonus/Maluseinstufung, bestehende Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie Teilungsabkommen, etc.). Die dabei weitergegebenen Daten betreffen vor allem Name und Anschrift, Angaben zur versicherten Sache/Person, Art des Versicherungsschutzes oder Angaben zum Schaden, wie etwa Schadenhöhe und Schadentag.

Übermittlung von Gesundheitsdaten

Gesundheitsdaten werden grundsätzlich nur gemäß § 11 a Versicherungsvertragsgesetz verwendet und ohne Ihre im Einzelfall ausdrücklich erteilte Zustimmung, nur an folgende Empfänger übermittelt:

untersuchende oder behandelnde Ärzte und Krankenanstalten oder sonstige Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, Sozialversicherungsträger, Rück- oder Mitversicherer, andere Versicherer, die bei der Abwicklung von Ansprüchen aus dem Versicherungsfall mitwirken, gesetzliche oder von Ihnen hiezu bevollmächtigte Vertreter Gerichte, Verwaltungsbehörden, Schlichtungsstellen oder sonstige Einrichtungen der Streitbeilegung und ihre Organe (z.B. Patientenanwalt) einschließlich der von ihnen bestellten Sachverständigen.

Verwendung von Daten in der Unternehmensgruppe und bei Kooperationspartnern

Um unseren Kunden umfassende Beratungsleistungen anbieten zu können, arbeiten wir innerhalb unserer Unternehmensgruppe und mit Kooperationspartnern zusammen.

Die wichtigsten Gesellschaften unserer Unternehmensgruppe sind zur Zeit:

Generali Holding Vienna AG, Wien

Generali Versicherung AG, Wien
Generali Bank AG, Wien
Generali Capital Management GmbH, Wien
Generali VIS Informatik GmbH, Wien,
Generali IT-Solutions GmbH, Wien
Europäische Reiseversicherung Aktiengesellschaft, Wien
Allgemeine Immobilien-Verwaltungs-Gesellschaft m.b.H., Wien
Care Consult Versicherungsmakler GmbH
Europ Assistance Gesellschaft m.b.H., Wien
Generali Leasing GmbH, Wien
Generali Immobilien AG
Generali Pensionskassa AG

Gesundheitsdaten werden an Gruppenunternehmen jedoch im Sinne des DSG 2000 nicht übermittelt.

Weiters arbeiten unsere Gruppenunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung der Kunden in Finanzdienstleistungen (z.B. Bausparverträge, Investmentfondsvertrieb etc.), auch mit Banken und Finanzdienstleistungsunternehmen, außerhalb der Gruppe zusammen. Zur Zeit kooperieren wir mit:

3 Banken-Generali Investment-Gesellschaft mbH,
3 Banken Gruppe (Oberbank, BTV, BKS)
ABV Allgemeine Bausparkasse reg. GenmbH
Autobank AG
AVS Privatkunden Versicherungsservice GmbH
BONUS Mitarbeitervorsorgekassen AG
Bonus Pensionskasse AG
GE-Capital Bank GmbH
Kreditbank GmbH
LeasFinanz AG
Österreichische Hagelversicherung V.a.G.
ÖAMTC Österreichischer Automobil-, Motorrad- und Touring Club
PSK LHS Leasing und Fuhrparkmanagement GmbH
s-Bausparkasse Bausparkasse der österr. Sparkassen AG
Volkswagen Versicherungsdienst GmbH
Wüstenrot Bausparkassen AG

Die jeweils aktuelle Liste der Gesellschaften der Unternehmensgruppe der Generali Holding Vienna AG und unserer Kooperationspartner finden Sie im Internet unter <http://datenschutz.generali.at>

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z.B. die genannten Kooperationspartner im Rahmen ihrer Kundenberatung/-betreuung unsere Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten. An Kooperationspartner werden nur jene Kundendaten weitergeleitet, die sie für die Bearbeitung eines beantragten oder bereits bestehenden Vertrages unbedingt benötigen; eine Weitergabe von Kundendaten ausschließlich zu Werbezwecken erfolgt jedoch nicht. **Sensible Daten, wie z.B. über Ihren Gesundheitszustand, werden an Kooperationspartner keinesfalls übermittelt.**

Übermittlungen an Vermittler/Berater

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unserer Kooperationspartner werden Sie durch Vermittler betreut, die Sie mit Ihrer Einwilligung auch bei sonstigen Finanzdienstleistungen beraten. Vermittler in diesem Sinne sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Banken und Wertpapierdienstleistungsunternehmen.

Zum Zwecke der Betreuung und Beratung erhält der Vermittler die notwendigen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z.B. Polizzennummer, Prämien, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z.B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrages etc. **Sensible Daten, wie z.B. über Ihren Gesundheitszustand, werden an den Vermittler jedoch nicht übermittelt.**

Die Vermittler ermitteln und verarbeiten selbst Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden und werden von uns über Änderungen dieser Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des DSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

2. Widerruf der Zustimmungserklärung und Widerspruch gegen die Datenverarbeitung

In Ihrem Versicherungsantrag ist eine Zustimmungserklärung aufgenommen worden, die von Ihnen jederzeit schriftlich widerrufen werden kann. Unter den in § 28 DSG genannten Voraussetzungen sind Sie darüber hinaus berechtigt, gegen die Verwendung ihrer Daten Widerspruch zu erheben.

Wird die Zustimmungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen bzw. verweigert oder der Datenverarbeitung widersprochen, erfolgt die weitere Verwendung Ihrer Daten im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen. Wir behalten uns in einem solchen Fall jedoch vor, Ihren Antrag abzulehnen oder den Vertrag aufzulösen, wenn eine automationsunterstützte Bearbeitung und Verwaltung Ihres Vertrages nicht (mehr) möglich ist.

3. Informationsverbundsystem des Versicherungsverbandes

Beim Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs, 1030 Wien, Schwarzenbergplatz 7, ist ein Informationsverbundsystem unter der Bezeichnung „ZIS“ eingerichtet. Über dieses Informationsverbundsystem werden in der Personenversicherung (Leben, Kranken, Unfall) zum Zwecke der Antragsprüfung Personenidentifikationsdaten und in den anderen Versicherungszweigen darüber hinaus Daten zum Versicherungsfall auch zum Zwecke der Leistungsbearbeitung an die am ZIS angeschlossenen Versicherer übermittelt. In der Kfz-Haftpflichtversicherung dient diese Datenübermittlung auch der Prämieinstufung im Bonus/Malussystem.

4. Nichtbeantwortung von Fragen

Der Versicherungsnehmer ist entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen bei Antragstellung und im Versicherungsfall verpflichtet, dem Versicherer alle für die Beurteilung des zu versichernden Risikos sowie zur Schadens-/Leistungsfeststellung erforderlichen Informationen zu geben. Die Nicht-Beantwortung von Fragen kann daher die Ablehnung des Antrages oder im Versicherungsfall die Nichtzahlung der Versicherungsleistung bewirken.

5. Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht

Die Ermittlung von Gesundheitsdaten bedarf nicht nur der Zustimmung gemäß DSGVO, sondern setzt darüber hinaus eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Entbindung von der gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Entbindung von Ärzten, Krankenhäusern und von sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge sowie von Sozialversicherungsträgern oder anderen Versicherungsunternehmen und Behörden von ihrer gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht enthalten.

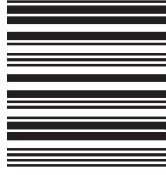
Sie sind auch diesbezüglich berechtigt Ihre Zustimmungserklärung jederzeit zu widerrufen; in diesem Fall müssen jedoch alle erforderlichen Auskünfte von Ihnen selbst eingeholt werden und eine Direktverrechnung mit Ärzten oder Krankenanstalten ist dann nicht mehr möglich.

6. Weitere Auskünfte und Erläuterungen

Sie haben als Betroffener nach dem Datenschutzgesetz neben dem zuvor erwähnten Widerrufs- und Widerspruchsrecht auch ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Richtigstellung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Die jeweils aktuelle Version dieses Informationsblattes finden im Internet unter: <http://datenschutz.generali.at>

Für allfällige Anfragen und Auskünfte steht Ihnen unser Datenschutzbeauftragter
(Tel.: 0800/22 01 03; e-mail: daten-schutz@generali.at) zur Verfügung.



20079

SAP 20079 06.05 DVR 0603589