

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE PFLEGEKRANKENVERSICHERUNG (AVBP 2013)

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

INHALTSVERZEICHNIS

DER VERSICHERUNGSSCHUTZ

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

PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

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

ENDE DES VERSICHERUNGSVERTRAGES

- § 12 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
- § 13 Kündigung durch den Versicherer
- § 14 Sonstige Beendigungsgründe

SONSTIGE BESTIMMUNGEN

- § 15 Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen
 - § 16 Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie
- Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind insoweit Bestandteil des Versicherungsvertrages, als in den Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) für die gewählten Tarife nichts Abweichendes bestimmt ist.

DER VERSICHERUNGSSCHUTZ

§ 1 GEGENSTAND UND GELTUNGSBEREICH DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

- 1) Die versicherte Person hat im Versicherungsfall Anspruch auf Versicherungsschutz im Rahmen des gewählten Tarifs.
- 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 § 6 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, der eine Krankenbehandlung notwendig macht.
- 4) Unfall ist jedes vom Willen der versicherten Person unabhängige Ereignis, das, plötzlich von außen, mechanisch oder chemisch einwirkend, eine körperliche Schädigung der versicherten Person nach sich zieht.
- 5) Bei der Beurteilung des Pflegebedarfs von Kindern und Jugendlichen ist nur jenes Maß an Pflege zu berücksichtigen, das über das erforderliche Ausmaß von gleichaltrigen nicht behinderten Kindern und Jugendlichen hinausgeht.
- 6) Versichert können nur Personen werden, die in Österreich ihren ordentlichen Wohnsitz und das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sofern nicht eine andere Vereinbarung getroffen wird.
- 7) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Versicherungsfälle in Europa.

§ 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 Leibstuhls 4 x 5 Minuten
 - Einnehmen von Medikamenten 6 Minuten
 - Anus-*praeter*-Pflege 15 Minuten
 - Kanülen-Pflege 10 Minuten
 - Katheder-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 um mehr als das Doppelte überschreitet oder um die Hälfte unterschreitet.

- 3) Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten:

Es kommt bei der Zubereitung von Mahlzeiten lediglich auf die körperliche, geistige und 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 vorzusetzen. Die ausschließliche Verköstigung mit aufgewärmten Speisen (Tiefkühlkost oder Konserven) ist auch dann nicht zumutbar, wenn sie mit verhältnismäßig geringem Zeitaufwand möglich wäre. Im Zusammenhang mit der Nahrungszubereitung ist nicht nur die Bedienung der (konkreten) Kochstelle zu berücksichtigen, sondern auch die notwendige Reinigung der verwendeten Geräte (Koch- und Essgeschirr, Kochstelle). Der Betreuungsbedarf bei der Zubereitung der Nahrung ist allerdings nur dann für die Beurteilung des Pflegebedarfs heranzuziehen, wenn diese Betreuung nicht aufgrund mangelnder Kochkenntnisse erforderlich ist. Vorschneiden oder Passieren von Teilen der Mahlzeit oder der gesamten Mahlzeit sind durch den vorgegebenen Mindestwert (eine Stunde täglich) abgedeckt. Wenn eine vorgeschchnittene oder breiige Nahrung selbständig, d. h. ohne Anleitung, wiederholte Aufforderung und/oder Beaufsichtigung aufgenommen werden kann, ist kein Pflegebedarf anzurechnen.

- 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 Leibstuhls ordnungsgemäß verrichtet werden kann, die Entleerung und Reinigung des Leibstuhls jedoch nur mit Unterstützung einer Pflegeperson bewerkstelligt werden kann, ist für die Entsorgung des Leibstuhls 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, Ausgehshuhen und Kopfbedeckung) zu verstehen. Dabei ist zu prüfen, ob einfache Hilfsmittel verwendet werden können (z. B. langer Schuhlöffel). Benötigt die pflegebedürftige Person aufgrund einer psychischen oder geistigen Behinderung eine 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 Wäschewechselbedarf, 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 zehn Stunden pro Monat für diese Betreuungsmaßnahme auszugehen.
- 7) Einnahme von Medikamenten
Bei üblicher Medikation sind drei Stunden pro Monat als Pflegebedarf anzurechnen. Bei Notwendigkeit mehr als dreimal täglicher Verabreichung kann der Pflegebedarf mit bis zu fünf 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 regelmäßig wiederkehrenden Ortswechseln im eigenen (inneren) Wohnbereich und bei allen im täglichen Leben vorkommenden Lagewechseln. Weiters ist darunter die Hilfe beim An- und Ablegen von Körperersatzstücken, die der Förderung der Mobilität dienen, zu verstehen. Als Richtwert für den hierfür erforderlichen Betreuungsaufwand gemäß Abs. 2 sind 15 Stunden pro Monat zu berücksichtigen. Notwendige Unterstützung in diesem Sinn 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 Wohnraums einschließlich der Herbeischaffung von Heizmaterial und die Mobilitätshilfe im weiteren Sinn. Für jede Hilfsverrichtung ist ein – auf den Monat bezogener – fixer Zeitwert von zehn 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 Wohnraums 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 Heizmöglichkeiten Bedacht zu nehmen, sondern auch auf deren Reinigung. Bei vorhandener Zentralheizung kann kein Hilfsbedarf berücksichtigt werden, wenn die Wartung und Temperatursteuerung nicht von der pflegebedürftigen Person vorgenommen werden muss (z. B. Fernwärme, Gasetagenheizung).
- 5) Mobilitätshilfe im weiteren Sinn
Mobilitätshilfe im weiteren Sinn umfasst Hilfeleistungen außerhalb des Wohnbereichs 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, sofern nicht eine andere Vereinbarung getroffen wurde.
- 2) Der Antragsteller ist sechs Wochen an seinen Antrag gebunden. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung bzw. mit der Absendung des Antrags.
- 3) Die Annahme des Antrags kann auch von einer ärztlichen Untersuchung oder von der Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses abhängig gemacht werden. Die Kosten trägt der Antragsteller.
- 4) Über die Antragsannahme entscheidet die Geschäftsleitung des Versicherers. Die Entscheidung ist dem Antragsteller in geschriebener Form mitzuteilen. Mit der Zustellung (Aushändigung) der Polizza oder einer Annahmeerklärung in geschriebener Form ist der Versicherungsvertrag abgeschlossen.

§ 5 BEGINN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Versicherungsvertrages, jedoch nicht vor Bezahlung der ersten Prämie, und nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Wird der Versicherungsschein nach diesem Zeitpunkt ausgehändigt, so beginnt der Versicherungsschutz mit dem im Versicherungsschein 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 ART UND UMFANG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

- 1) Art und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus den allgemeinen und ergänzenden Versicherungsbedingungen und dem Versicherungsschein.
- 2) Die Versicherungsleistungen sind im Versicherungsschein geregelt und von der Einstufung aufgrund des Pflegebedarfs der versicherten Person (§ 1 Abs. 2 und 5, § 2 und § 3) abhängig.
- 3) Es gelten folgende Pflegestufen:
 - Pflegestufe 1: für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 65 Stunden monatlich beträgt;
 - Pflegestufe 2: für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 95 Stunden monatlich beträgt;
 - Pflegestufe 3: für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 120 Stunden monatlich beträgt;
 - Pflegestufe 4: für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 160 Stunden monatlich beträgt;
 - Pflegestufe 5: für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich beträgt, wenn ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist. Dies ist der Fall, wenn eine dauernde Bereitschaft einer Pflegeperson erforderlich ist, beispielsweise, wenn regelmäßig koordinierte Betreuungsmaßnahmen auch während der Nachtstunden notwendig sind. Ist eine koordinierte Pflege tagsüber möglich und sind im Regelfall während der Nacht keine Betreuungsmaßnahmen zu erbringen, liegt Pflegestufe 4 vor;
 - Pflegestufe 6: für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich beträgt,
 - a) wenn zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen erforderlich und regelmäßig während des Tags und der Nacht zu erbringen sind oder
 - b) die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tags und der Nacht wegen der Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung erforderlich ist. Zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen liegen dann vor, wenn ein Pflegeplan wegen des Zustands 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 gleichzeitiger Zustand (z. B. dauernder Einsatz technischer Hilfsmittel zur Aufrechterhaltung notwendiger Funktionen erforderlich ist) 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 Leistungsbezuges, wird die Leistung des Versicherers ab dem Zeitpunkt der Änderung neu festgesetzt bzw. endet die Leistungspflicht des Versicherers.

§ 7 EINSCHRÄNKUNG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

- 1) Vom Versicherungsschutz ausgenommen ist Pflegebedürftigkeit, die vor Versicherungsbeginn eingetreten ist.
- 2) Pflegebedürftigkeit aufgrund von Krankheiten oder Unfallfolgen, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind, aber erst nach Versicherungsbeginn zu Pflegebedürftigkeit führen, ist nur nach Maßgabe des Abs. 4 und des § 11 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 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 Schadensersatzanspruch der versicherten Person an den Versicherungsnehmer geht jedoch auf den Versicherer über;

- für Pflegebedarf, der durch Kriegsereignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzungen, entsteht;
 - für Pflegebedarf, der durch Unfälle, die sich bei der Teilnahme an Bundes- oder internationalen sportlichen Wettbewerben sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen ereignen, entsteht;
 - für die Dauer der Verbüßung einer Freiheitsstrafe.
- 4) 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 Erklärung in geschriebener Form des Versicherers ausgeschlossen werden.
- 5) Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Republik Österreich entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika oder andere Länder erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder österreichische Rechtsvorschriften entgegenstehen.

§ 8 AUSZAHLUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNG

- 1) Die Leistungen werden ab Versicherungsbeginn 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, ärztliche Diagnose, Name und Anschrift des behandelnden Arztes, Umfang des Pflegebedarfs (Pflegestufe) sowie die durchschnittliche Dauer der Pflege im Monat (Anzahl der Stunden) und die Art der Pflege. Soweit nach dem Bundespflegegeldgesetz oder den Landespflegegeldgesetzen Nachweise erstellt bzw. Bescheide erlassen wurden oder Urteile ergangen sind, sind diese vorzulegen. Sollten entsprechende Originale dem Versicherten nicht mehr zur Verfügung stehen oder die Übermittlung nach den Umständen im Einzelfall nicht zumutbar sein, ist die Übermittlung von Kopien ausreichend.
- 3) 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.
- 4) Die Versicherungsleistung ist mit Beendigung des 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 Anmeldung des Versicherungsfalles 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.
- 5) 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 unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen in geschriebener Form abgelehnt hat.
- 6) Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen verjähren in drei Jahren. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer Entscheidung in geschriebener Form 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.

§ 9 ENDE DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Der Versicherungsschutz endet, auch für laufende Versicherungsfälle, mit der Beendigung des Versicherungsvertrages durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer.

§ 10

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 Ersten eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie samt Nebengebühren ist spätestens bei Aushändigung bzw. Angebot des Versicherungsscheines fällig.
- 2) Das Beitrittsalter ist die Differenz zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginnes und dem Geburtsjahr.
- 3) Die Prämien sind an die vom Versicherer zu bezeichnender Stelle zu entrichten.
- 4) Für allfällige durch den Versicherungsnehmer veranlasste Mehraufwendungen können Gebühren verrechnet werden.
- 5) Hat ein Kind das 20. Lebensjahr vollendet, sind ab dem 1. des Monats, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird, die Prämien zu bezahlen, den der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten. Der Versicherungsnehmer erhält 3 Wochen vor der diesbezüglichen Prämienumstellung die neue Polizza mit der Erwachsenenprämie. Er hat das Recht, innerhalb von 2 Wochen nach Erhalt dieser Polizza den Versicherungsvertrag für das von der Prämienhöhung betroffene Kind zum Umstellungszeitpunkt zu kündigen.

B. ZAHLUNGSVERZUG UND DESSEN FOLGEN

- 6) Wird die erste Prämie oder die erste Prämienrate innerhalb von vierzehn Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so kann der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, vom Versicherungsvertrag zurücktreten.
Ist die Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles und nach Ablauf der Frist von vierzehn Tagen noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer nach Maßgabe der §§ 38 und 39 a Versicherungsvertragsgesetz von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.
- 7) Wird in der Folge eine fällige Prämie oder eine fällige Prämienrate nicht rechtzeitig bezahlt, 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 mindestens zwei Wochen, vom Empfang der Aufforderung angerechnet, 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. Nach Ablauf der Zahlungsfrist werden, wenn bis dahin die eingemahnte Prämie nicht bezahlt ist, die gestundeten Prämienraten des laufenden Versicherungsjahres fällig.
- 8) Tritt der Versicherungsfall nach Ablauf der Zahlungsfrist ein und ist der Versicherungsnehmer zu dieser Zeit mit der Zahlung der Prämien ganz oder teilweise im Verzug, so ist der Versicherer nach Maßgabe der §§ 39 und 39 a Versicherungsvertragsgesetz 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.
- 9) Der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Frist mit der Zahlung im Verzug ist. Der Versicherer kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist das Versicherungsverhältnis so kündigen, dass die Kündigung mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung 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 nachholt.
- 11) Eingehende Prämienzahlungen werden auf die älteste Prämienschuld angerechnet.

§ 11 OBLIEGENHEITEN

A. ANZEIGEPFLICHT VOR ABSCHLUSS DES VERSICHERUNGSVERTRAGES

- 1) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben bei der Antragstellung und zwischen Antragstellung und Zustellung (Aushändigung) des Versicherungsscheines alle erheblichen Gefahrumstände anzuzeigen. Jeder Gefahrumstand, nach dem der Versicherer ausdrücklich und in geschriebener Form gefragt hat, gilt im Zweifelsfall als erheblich.

B. FOLGEN DER VERLETZUNG DER ANZEIGEPFLICHT VOR ABSCHLUSS DES VERSICHERUNGSVERTRAGES (SIEHE AUCH § 7)

- 2) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person die Anzeigepflicht über erhebliche Gefahrumstände verletzt, so kann der Versicherer vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Das gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Gefahrumstands deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer / die versicherte Person der Kenntnis des Umstands arglistig entzogen hat. Die Anzeigepflicht ist auch dann verletzt, wenn Fragen um Gefahrumstände unvollständig oder unrichtig 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. Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht (vollständig) oder unrichtig angezeigten Umstand kannte. Er ist auch ausgeschlossen, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht ohne Verschulden des Versicherungsnehmers / der versicherten Person unterblieben ist; hat jedoch der Versicherungsnehmer / die versicherte Person einen Umstand nicht angezeigt, nach dem der Versicherer nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt hat, so kann dieser vom Versicherungsvertrag nur dann zurücktreten, wenn die Anzeige vorsätzlich oder grob fahrlässig unterblieben ist. Hatte der Versicherungsnehmer / die versicherte Person die Gefahrumstände anhand von vom Versicherer in geschriebener Form gestellter Fragen anzuzeigen, so kann der Versicherer wegen unterbliebener Anzeige eines Umstands, nach dem nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt worden ist, nur im Falle arglistiger Verschweigung zurücktreten. Wird der Versicherungsvertrag von einem Bevollmächtigten oder von einem Vertreter ohne Vertretungsmacht abgeschlossen, so kommt für das Rücktrittsrecht des Versicherers nicht nur die Kenntnis und die Arglist des Vertreters, sondern auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers / der versicherten Person in Betracht. Der Versicherungsnehmer / die versicherte Person kann sich darauf, dass die Anzeige eines erheblichen Umstands ohne Verschulden unterblieben oder unrichtig gemacht ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch ihm selbst ein Verschulden zur Last fällt.
- 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 soweit er keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung gehabt hat. Der Versicherungsschutz erstreckt sich jedoch keinesfalls über den Zeitpunkt des Rücktritts. Der Versicherer kann ganz oder teilweise 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) Das Recht des Versicherers, den Versicherungsvertrag wegen Arglist anzufechten, wird durch die vorstehenden Bestimmungen nicht berührt.
- 7) Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht kann der Versicherer, wenn der Geschäftsplan bei Vorliegen der ihm unbekannt gebliebenen Gefahrumstände eine höhere Prämie vorsieht, von Beginn des laufenden Versicherungsjahres an die entsprechend höhere Prämie verlangen. Das gleiche gilt, wenn beim Abschluss des Versicherungsvertrages ein für die Übernahme der Gefahr erheblicher Umstand dem Versicherer nicht angezeigt worden ist, weil er dem anderen Teil nicht bekannt war. 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. Der Anspruch auf die höhere Prämie erlischt, wenn er nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an geltend gemacht wird, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht oder von dem nicht angezeigten Umstand Kenntnis erlangt. Das gleiche gilt für das Kündigungsrecht, wenn es nicht innerhalb des bezeichneten Zeitraums ausgeübt wird.

C. PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS UND DER VERSICHERTEN PERSON WÄHREND DES BESTEHENS DES VERSICHERUNGSVERTRAGES

- 8) Der Eintritt, jede Änderung und der Wegfall des Pflegebedarfs sind dem Versicherer unverzüglich in geschriebener Form mitzuteilen. 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. Dies umfasst auch
 - die Verpflichtung der versicherten Person, sich auf Verlangen des Versicherers durch einen von diesem beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, und
 - die Verpflichtung des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person, vom Versicherer geforderte Unterlagen diesem zur Verfügung zu stellen, sowie – falls dies nicht bereits im Antrag erfolgt ist – Dritte (z. B. Ärzte, Versicherungseinrichtungen, Behörden) von ihrer ärztlichen oder sonstigen Schweigepflicht zu entbinden. Verweigert die versicherte Person die Erfüllung dieser Verpflichtungen, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern. Die Kosten der genannten Untersuchung trägt der Versicherer, es sei denn, es wird innerhalb eines Zeitraums 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, zu dem ein Anspruch auf Versicherungsleistung gestellt wird, ist für die Dauer des behaupteten Leistungsanspruches ferner die Verlegung des Hauptwohnsitzes und jede Verbüßung einer Freiheitsstrafe anzuzeigen.
- 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 abgeschlossen oder ein Antrag auf Pflegegeldleistungen nach dem Bundespflegegeldgesetz oder den Landespflegegeldgesetzen gestellt, so ist der Versicherer unverzüglich darüber 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 und 9 genannten Obliegenheiten, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Dies gilt jedoch nicht, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. 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 verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei und berechtigt, den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Obliegenheitsverletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die Leistungsfreiheit nicht berufen. Leistungsfreiheit und Kündigungsrecht bestehen nicht, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist.
- 14) Wird die in Abs. 11 genannte Informationspflicht 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. Leistungsfreiheit und Kündigungsrecht bestehen nicht, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist.
- 15) Der Versicherer kann aus der fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen oder eine andere Urkunde zugegangen sind, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.

ENDE DES VERSICHERUNGSVERTRAGES

§ 12 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.

§ 13 EINSEITIGE VERTRAGSBEENDIGUNG DURCH DEN VERSICHERER

- 1) Der Versicherer hat nur in folgenden Fällen das Recht, den Versicherungsvertrag einseitig zu beenden:
 - Prämienzahlungsverzug gemäß § 10 Abs. 5 und 8
 - Verletzung einer Obliegenheit gemäß § 11
 - in Folge der Kündigung durch den Versicherungsnehmer gemäß § 12 Abs. 4
 - schuldhaftes Verhalten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gemäß dem nachfolgenden Abs. 2.
- 2) Wenn der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person durch wesentlich 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 innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Das Gleiche gilt, wenn die versicherte Person im Versicherungsfall den vom Arzt oder vom Versicherer gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht Folge leistet. Der Versicherer kann sich im Fall der Verletzung zumutbarer Verhaltensmaßregeln auf die Leistungsfreiheit bzw. das Kündigungsrecht nicht berufen, soweit die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles gehabt hat. § 11 Abs. 15 gilt sinngemäß.
- 3) Kündigt der Versicherer 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.

§ 14 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 Hauptwohnsitzes des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person ins Ausland, es sei denn, dass eine andere Vereinbarung getroffen wurde. Als Wohnsitz des Versicherungsnehmers ist jener Ort zu verstehen, an dem sich dieser niedergelassen hat, in der nachgewiesenen oder aus den Umständen hervorgehenden Absicht, dort seinen bleibenden Aufenthalt zu nehmen. Die Bestimmungen des Abs. 1 gelten sinngemäß.

SONSTIGE BESTIMMUNGEN

§ 15 FORM UND EMPFÄNGER VON WILLENSERKLÄRUNGEN UND ANZEIGEN

- 1) Für sämtliche Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers an den Versicherer ist die geschriebene Form erforderlich, sofern nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde. Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Texts in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z. B. Telefax oder E-Mail). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss. Die qualifizierte elektronische Signatur gemäß § 4 Signaturgesetz ist der eigenhändigen Unterschrift nicht gleichgestellt.
- 2) Hat der Versicherungsnehmer seine Anschrift geändert, dies aber dem Versicherer nicht mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit von Erklärungen gegenüber dem Versicherungsnehmer die Absendung eines Briefs an die Anschrift, die der Versicherungsnehmer dem Versicherer zuletzt bekanntgegeben hat. Die Erklärung wird in dem Zeitpunkt wirksam, in welchem sie ohne die Änderung der Anschrift bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen wäre. Bei vereinbarter elektronischer Kommunikation gilt dies nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer rechtzeitig elektronisch von der Zusendung eines Briefs und von den genannten Folgen einer unterbleibenden Mitteilung der Anschriftenänderung verständigt hat (sofern die elektronische Verständigung möglich war). Dies gilt sinngemäß für Erklärungen gegenüber einer versicherten Person.

§ 16 ÄNDERUNG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES UND DER PRÄMIE (ANPASSUNG)

- 1) Die Versicherungsleistungen sind wertgesichert. Der Versicherer ist verpflichtet, die Prämie oder den Versicherungsschutz 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 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. Auf dieses Recht wird der Versicherer den Versicherungsnehmer in seiner Benachrichtigung über die Prämienhöhung ausdrücklich nochmals hinweisen.

