

**Versicherungsbedingungen der Pflegerentenzusatzversicherung - 2004
(VBPRZ2004)**

§ 1 Welche Versicherungsleistungen erbringen wir?

Wird der Versicherte während der Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung im Sinne des § 2 dieser Bedingungen pflegebedürftig, wird die vereinbarte Versicherungsleistung in Form einer Pflegerente erbracht. Die Rente zahlen wir für die Dauer der Pflegebedürftigkeit, längstens bis zum Tod der versicherten Person, monatlich im Voraus.

§ 2 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen ist gegeben, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall - die während der Versicherungsdauer eingetreten sind - mindestens vier der sechs im folgenden genannten Grundverrichtungen des täglichen Lebens nicht ohne tägliche Hilfe einer anderen Person verrichten kann.

Der Leistungsfall tritt ein, wenn die Pflegebedürftigkeit 3 Monate ununterbrochen bestanden hat und aus medizinischer Sicht voraussichtlich noch mindestens 6 Monate weiter bestehen wird.

a) Fortbewegen im Zimmer

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.

b) Aufstehen und Zubettgehen

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

c) An- und Auskleiden

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte - auch bei Benutzung einer krankengerechten Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

d) Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.

e) Waschen, Kämmen und Rasieren

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da er selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

f) Verrichten der Notdurft

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte die Unterstützung einer anderen Person benötigt, da er

- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann
- seine Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil
- der Darm oder die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms oder der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen und wann ruht die Versicherungsleistung?

(1) Der Versicherungsschutz ist ausgeschlossen, wenn die Pflegebedürftigkeit verursacht ist

a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse jeder Art,

b) durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat,

c) mittelbar oder unmittelbar

- durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen,
- durch Kernenergie oder
- durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes, außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren, verursacht werden;

d) durch widerrechtliche Handlungen, mit denen Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben,

e) durch den Versuch oder die Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person, sofern Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist,

f) durch vorsätzliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, vorsätzliche Selbstverletzung, missbräuchlichen Drogenkonsum oder aufgrund versuchten Selbstmords.

(2) Ohne besondere Vereinbarung sind wir von der Verpflichtung zur Leistung befreit, wenn die Pflegebedürftigkeit verursacht wurde

a) infolge der Benutzung von Luftfahrzeugen und Fluggeräten jeder Art, außer zum zivilen Luftverkehr zugelassenen Motor-, Strahlantriebs- und Segelflugzeugen sowie Hubschraubern,

b) infolge der Ausübung einer Tätigkeit als Pilot, Besatzungsmitglied oder Crew-Mitglied eines Hubschraubers oder Militärfluggerätes jeder Art (solche sind insbesondere Abfangjäger und militärische Fallschirme), sowie als Testpilot oder Kunstflugpilot,

c) infolge der Ausübung von gefährlichen Sportarten oder Freizeitaktivitäten, die mit Risiken verbunden sind, die über die Gefahren des täglichen Lebens hinausgehen (z.B. Tiefseetauchen, Extremklettern, Bungee Jumping und andere),

d) infolge der Ausübung jeglicher Sportarten in professioneller Form,

e) infolge der Teilnahme an Wettfahrten in einem Land-, Luft- oder Wasserfahrzeug oder zugehörigem Training.

(3) Für die Dauer eines notwendigen, stationären Krankenhausaufenthaltes ruht der Anspruch auf Rentenzahlung.

§ 4 Was haben Sie zu beachten, wenn Pflegebedürftigkeit geltend gemacht wird?

(1) Werden Leistungen aus dieser Zusatzversicherung verlangt, so sind uns unverzüglich auf Kosten des Ansprucherhebenden folgende Unterlagen einzureichen:

a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit,

b) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit,

c) eine Bescheinigung über Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Pflege.

(2) Wir können außerdem weitere Untersuchungen und Gutachten durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Diese Untersuchungskosten werden von uns getragen, nicht jedoch die Reise- und Aufenthaltskosten.

(3) Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, Sanatorien, Versorgungs- und Fürsorgeämter sowie andere Personenversicherer, Sozialversicherungsträger und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen. Die befragten Personen sind von ihrer Schweigepflicht uns gegenüber zu befreien.

§ 5 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

(1) Wir sind verpflichtet, innerhalb dreier Monate zu erklären, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Diese Frist beginnt mit dem Eingang der Unterlagen, die uns der Anspruchsberechtigte zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vorzulegen hat (§ 4 Abs. 1), und der von uns angeforderten Untersuchungsergebnisse und Gutachten (§ 4 Abs. 2) zu laufen.

(2) Steht die Leistungspflicht fest, ist die Leistung fällig. Die Fälligkeit der Leistung tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Anspruchsberechtigte nach Ablauf zweier Monate seit Anspruchserhebung eine Erklärung von uns verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.

(3) Bis zur Erklärung unserer Leistungspflicht sind die Prämien weiter zu bezahlen; wir werden diese Prämien jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen.

§ 6 Was gilt für die Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen und den Grad der Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen.

(2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen des Versicherten durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Kosten dafür werden von uns getragen, nicht jedoch die Reise- und Aufenthaltskosten.

(3) Eine Minderung der Pflegebedürftigkeit und einen stationären Krankenhausaufenthalt müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

(4) Ist die Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen weggefallen, stellen wir unsere Leistungen ein. Die Einstellung teilen wir dem Anspruchsberechtigten unter Hinweis auf seine Rechte aus § 8 mit; sie wird nicht vor Ablauf eines Monats nach Absenden dieser Mitteilung wirksam.

§ 7 Wie wird bei Meinungsverschiedenheiten verfahren (Ärztekommission)?

(1) Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über das Vorliegen, den Fortbestand oder den Wegfall der Voraussetzungen eines Versicherungsfalles (Pflegebedürftigkeit nach Maßgabe des § 2) sowie die Dauer der Pflegebedürftigkeit entscheidet eine Ärztekommision.

(2) Sie können innerhalb von 6 Monaten nach Zugang unserer Erklärung Widerspruch erheben und mit Vorlage eines medizinischen Gutachtens die Entscheidung der Ärztekommision beantragen.

(3) Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch uns zu.

(4) Für die Ärztekommision bestimmen Sie und wir je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung). Wenn eine der beiden Parteien innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser von der österreichischen Ärztekammer bestellt.

Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, der für den Fall, dass sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet. Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Obmannes nicht, wird ein für den Versicherungsfall zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die österreichische Ärztekammer als Obmann bestellt.

(5) Die versicherte Person ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.

(6) Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Bei Nichteinigung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert darzustellen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, begründet auch er sie in einem Protokoll. Die Akten des Verfahrens werden von uns verwahrt.

(7) Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen.

§ 8 Wie und bis wann können Sie bei Meinungsverschiedenheiten Rechte geltend machen?

(1) Sind Sie mit unseren Entscheidungen nicht einverstanden, können Sie oder wir die Entscheidung einer Ärztekommision (Schiedsgutachterverfahren) nach Maßgabe des § 7 beantragen oder innerhalb eines Jahres nach Zugang unserer Erklärung den Anspruch gerichtlich geltend machen. Während eines Schiedsgutachterverfahrens ist der Ablauf dieser Frist gehemmt.

(2) Verstreicht diese Frist, ohne dass trotz Rechtsbelehrung bei Gericht Klage erhoben wurde, so sind weitergehende Ansprüche, als wir sie anerkannt haben, ausgeschlossen (§ 12 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz).

§ 9 Was gilt bei Aufenthalt im Ausland?

(1) Der Versicherungsschutz für die Pflegerentenzusatzversicherung gilt weltweit.

(2) Die ärztlichen Nachweise gemäß § 4 und § 6 zum Eintritt und Fortbestehen der Pflegebedürftigkeit müssen von einem innerhalb Österreichs zugelassenen Arzt erstellt werden, sofern wir nicht anlässlich einer Leistungsprüfung oder der weiteren Nachprüfung im Einzelfall abweichende Vereinbarungen mit Ihnen treffen.

§ 10 Was gilt bei einer Verletzung der Anzeigepflicht?

(1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle mit dem Antrag verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.

(2) Wenn das Pflegebedürftigkeitsrisiko eines anderen versichert oder mitversichert werden soll, ist auch dieser für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung verantwortlich.

(3) Werden Fragen schuldhaft unrichtig oder unvollständig beantwortet, können wir innerhalb der ersten drei Jahre seit Abschluss, letzter Änderung oder Wiederherstellung des Vertrages zurücktreten.

Nach dieser Frist können wir vom Vertrag nur zurücktreten, wenn die Pflegebedürftigkeit innerhalb der ersten drei Jahre nach Abschluss, letzter Änderung oder Wiederherstellung eintritt, die Anzeige aber erst später erfolgt und die Anzeigepflicht schuldhaft verletzt wurde.

Wir werden den Rücktritt innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären.

Wir können nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn

- wir von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben Kenntnis hatten, oder
- der verschwiegene Umstand keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles hatte.

(4) Bei arglistiger Täuschung können wir den Vertrag anfechten.

(5) Wenn wir den Vertrag anfechten oder vom Vertrag zurücktreten, erlischt die Versicherung und wir zahlen, sofern vorhanden, den tariflichen Rückkaufswert.

(6) Solange die Bestimmungen der §§ 4 oder 6 nicht erfüllt werden, erlischt die Leistungspflicht nach Maßgabe des § 6 VersVG.

§ 11 Wie berechnen wir die Prämie?

(1) Die Prämie richtet sich nach dem Tarif, dem Alter und dem Geschlecht der versicherten Person. Das Beitrittsalter ist das rechnungsmäßige Alter der versicherten Person zum Beginn der Versicherung. Dabei wird ein begonnenes Lebensjahr als voll gerechnet, wenn davon am Tag, an welchem laut

Versicherungsurkunde das erste Versicherungsjahr beginnt, mehr als 6 Monate vergangen sind. Bei erhöhtem Risiko können Zusatzprämien oder besondere Bedingungen vereinbart werden.

(2) Während der Vertragsdauer kann die Prämie außer bei Erhöhung des Versicherungsumfanges nur dann angehoben werden, wenn es zu einer, nicht nur vorübergehenden Änderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und der daraus errechneten Prämien kommt.

§ 12 Wie ist das Verhältnis dieser Zusatzversicherung zur Hauptversicherung und unter welchen Voraussetzungen kann diese Zusatzversicherung fortgesetzt oder beendet werden?

(1) Diese Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist, (Hauptversicherung) eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden und teilt deren rechtliches Schicksal. Wird die Hauptversicherung gekündigt, prämienfrei gestellt oder aus sonstigen Gründen beendet, gilt dies auch für die Zusatzversicherung. Diese Zusatzversicherung erlischt insbesondere bei Tod der versicherten Person ohne Versicherungsleistung.

(2) Endet die Hauptversicherung, weil die vereinbarte Rentenzahlung durch eine einmalige Kapitalzahlung abgelöst wird, haben sie das Recht, diese Zusatzversicherung nach Durchführung einer neuerlichen Gesundheitsprüfung in Form eines selbständigen Versicherungsvertrages (lebenslange Pflegerentenversicherung) nach Maßgabe der zu diesem Zeitpunkt geltenden Bedingungen und Tarife des Versicherers fortzusetzen, und zwar unter Wahrung der aus dieser Zusatzversicherung bereits erworbenen Ansprüche. Dieses Recht ist spätestens 3 Monate vor dem Rentenzahlungsbeginn aus der Hauptversicherung schriftlich beim Versicherer geltend zu machen.

(3) Diese Zusatzversicherung können Sie, sofern dafür laufende Prämien zu bezahlen sind, für sich allein jederzeit auf den Schluss des laufenden Versicherungsjahres und innerhalb eines Versicherungsjahres mit dreimonatiger Frist auf den Monatsschluss, frühestens jedoch auf den Schluss des ersten Versicherungsjahres kündigen. Sobald tariflich ein Rückkaufswert vorhanden ist, können Sie diese Zusatzversicherung nach Maßgabe des Abs. 4 entweder prämienfrei stellen oder die Auszahlung des Rückkaufwertes verlangen.

In den letzten 5 Versicherungsjahren vor Ablauf der Hauptversicherung, bei Rentenversicherungen in den letzten 5 Jahren vor dem vereinbarten Rentenzahlungsbeginn, kann diese Zusatzversicherung nur mehr gleichzeitig mit der Hauptversicherung gekündigt, prämienfrei gestellt oder rückgekauft werden. Dies gilt auch, wenn die Prämienzahlungsdauer aus dieser Zusatzversicherung abgelaufen oder diese bereits prämienfrei gestellt worden ist, sodass auch in diesen Fällen eine Kündigung oder ein Rückkauf nur gleichzeitig mit der Hauptversicherung erfolgen kann.

(4) Eine Prämienfreistellung gemäß Abs. 3 ist nur möglich, wenn die prämienfreie monatliche Mindestrente aus der Zusatzversicherung einen Betrag von EUR 15,- erreicht. Die prämienfreie Pflegerente errechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Der aus der Zusatzversicherung für die Bildung der prämienfreien Rente zur Verfügung stehende Betrag mindert sich um einen Abzug in Höhe von 2 % des Betrages sowie um rückständige Prämien. Wird die Mindestrente nicht erreicht, verwenden wir den Betrag zur Erhöhung der prämienfreien Leistung der Hauptversicherung. Als Rückkaufswert aus der Zusatzversicherung zahlen wir die um einen Abzug in Höhe von 5 % verminderte Deckungsrückstellung der Zusatzversicherung. Allfällige rückständige Prämien ziehen wir vom Rückkaufswert ab. Einen Rückkaufswert aus der Zusatzversicherung erhalten Sie nur, wenn die Zusatzversicherung gemeinsam mit der Hauptversicherung gekündigt wird. Den Rückkaufswert der Hauptversicherung ermitteln wir nach Maßgabe der der Hauptversicherung zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen.

(5) Ist der Versicherungsfall aus der Zusatzversicherung bereits eingetreten, finden die Absätze 3 und 4 keine Anwendung. Anerkannte Ansprüche aus bereits eingetretenen Versicherungsfällen dieser Zusatzversicherung werden bei Rückkauf oder Umwandlung der Hauptversicherung in eine prämienfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungsleistung nicht berührt.

§ 13 Was gilt im Rahmen dieser Zusatzversicherung sonst vereinbart?

(1) Die Prämienzahlungsdauer der Zusatzversicherung kann nicht länger sein, als jene der Hauptversicherung.

(2) Versicherungsleistungen in Form einer Rentenzahlung aus dieser Zusatzversicherung können nicht durch eine einmalige Kapitalleistung abgelöst werden.

(3) Diese Zusatzversicherung ist nicht am Überschuss beteiligt.

(4) Soweit in diesen Bedingungen nichts Anderes bestimmt ist, finden die Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.