

Versicherungsbedingungen

für die Pflegerentenzusatzversicherung - 2013

VBPRZ2013

Inhaltsverzeichnis

- Sprachliche Gleichbehandlung, Verweise, Begriffsbestimmungen
- § 1 Leistungen des Versicherers im Versicherungsfalles
- § 2 Definition und Bewertung von Pflegebedürftigkeit und Demenz
- § 3 Umfang und Einschränkungen des Versicherungsschutzes
- § 4 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes
- § 5 Pflichten des Versicherungsnehmers bei der Antragstellung und während der Vertragslaufzeit vor Eintritt des Versicherungsfalles
- § 6 Bestimmungen über Prämien (Risikoprämie, Kosten, Anpassung) und Gebühren
- § 7 Gewinnbeteiligung
- § 8 Anspruchsstellung und Mitwirkungspflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person nach Eintritt des Versicherungsfalles
- § 9 Fälligkeit der Leistung und Erklärungen über die Leistungspflicht
- § 10 Nachprüfung des Fortbestehens von Pflegebedürftigkeit oder Demenz
- § 11 Folgen einer Verletzung von Mitwirkungspflichten bei der Feststellung der Leistungspflicht (§§ 8 und 10)
- § 12 Meinungsverschiedenheiten
- § 13 Kündigung und Rückkauf dieser Zusatzversicherung
- § 14 Umwandlung dieser Zusatzversicherung in eine prämienfreie Versicherung
- § 15 Rückkauf und Prämienfreistellung gemeinsam mit der Hauptversicherung
- § 16 Bezugsberechtigung
- § 17 Option auf eine Vorauszahlung auf erstes Anfordern
- § 18 Wirksamkeit von Erklärungen
- § 19 Vertragsgrundlagen

Sprachliche Gleichbehandlung

Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

Verweise

Wird im Folgenden auf gesetzliche Bestimmungen verwiesen, so sind diese im Anschluss an diese Bedingungen im vollständigen Wortlaut wiedergegeben. Verweise auf Paragraphen ohne nähere Angabe beziehen sich auf diese Bedingungen.

Begriffsbestimmungen

Bitte lesen Sie die folgenden Begriffsbestimmungen sorgfältig durch - sie sind für das Verständnis dieser Versicherungsbedingungen notwendig.

Bezugsberechtigter

Der Bezugsberechtigte ist die Person, die für den Empfang der Leistung des Versicherers genannt ist.

Bilanzstichtag

Zu diesem Stichtag wird unsere Bilanz erstellt und es werden die Überschüsse aus der Rückstellung für Gewinnbeteiligung zugewiesen; das ist der 31.12. jedes Jahres.

Deckungsrückstellung

Die Deckungsrückstellung ergibt sich aus der Summe der einbezahlten Prämien abzüglich der Abschlusskosten und der Prämienanteile für Verwaltungskosten, Steuern und Übernahme des versicherten Risikos zuzüglich der Verzinsung der Sparprämien mit dem garantierten Rechnungszinssatz. Der Versicherer bildet mit diesem Wert eine Rückstellung in seiner Bilanz zur Deckung des vertraglich vereinbarten Anspruchs des Begünstigten (daher der Name "Deckungsrückstellung").

Form von Erklärungen

Wird für eine Erklärung die **Schriftform** verlangt, so bedeutet dies, dass dem Erklärungsempfänger das Original dieser Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss. Wird für eine Erklärung nur die **geschriebene Form** verlangt, so kann der Erklärungstext in Schriftzeichen auf beliebige Art übermittelt werden (z.B. Telefax, E-Mail), sofern die Person des Erklärenden eindeutig daraus hervorgeht.

Gewinnbeteiligung

Unter Gewinnbeteiligung sind die Ihrem Vertrag gutgeschriebenen Überschüsse zu verstehen, die die garantierte Versicherungsleistung (Pflegerente, Rückkaufswert) erhöhen.

Nettoprämie

Die Nettoprämie ist die jährliche Versicherungsprämie ohne Versicherungssteuer und ohne allfällige Unterjährigkeits-Zuschläge.

Nettoprämiensumme

Die Nettoprämiensumme ist die Summe der Nettoprämien über die gesamte vereinbarte Prämienzahlungsdauer.

Rechnungszinssatz

Der Rechnungszinssatz ist jener garantierte Zinssatz der zur Kalkulation der Deckungsrückstellung verwendet wird. Der nach Maßgabe des jeweiligen Tarifes verwendete Rechnungszinssatz ist in der Beilage "Rechnungsgrundlagen und Kosten" zu Ihrer Versicherungsurkunde ausgewiesen.

Rückkaufswert

Der Rückkaufswert ist die garantierte Leistung des Versicherers, wenn der Vertrag vorzeitig gekündigt (rückgekauft) wird. Nach Anfall einer Pflegerente oder nach Vollendung des 85. Lebensjahres der versicherten Person besteht kein Anspruch auf Auszahlung eines Rückkaufswertes.

Rückstellung für Gewinnbeteiligung

Die Rückstellung für Gewinnbeteiligung ist eine Rückstellung in unserer Bilanz, der jährlich Überschüsse in der vom Vorstand erklärten und im Geschäftsbericht veröffentlichten Höhe zugewiesen werden.

Selektionsabschlag

ist jener Abschlag, der im Falle eines Rückkaufs von der Deckungsrückstellung in Abzug gebracht wird. Er beträgt 25 % der Deckungsrückstellung und steigt ab dem Versicherungsjahr, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet, um 5 Prozentpunkte pro Jahr, sodass er ab dem 85. Lebensjahr 100 % beträgt.

Tarif (Geschäftsplan)

Der Tarif ist eine detaillierte Aufstellung der der Finanzmarktaufsicht vorgelegten Bestimmungen und versicherungsmathematischen Grundlagen, anhand jener die Leistung des Versicherers und die Gegenleistung des Versicherungsnehmers (Versicherungsprämie) zu berechnen sind.

Versicherer

Der Versicherer ist die Oberösterreichische Versicherung AG
Generaldirektion: 4020 Linz, Gruberstraße 32
Firmensitz: Linz - Firmenbuchnummer: FN 36941a, LG Linz
Website: www.keinesorgen.at

Versicherte Person

Die versicherte Person ist die Person, für die der Versicherungsschutz übernommen wird.

Versicherte Rente

Die versicherte Rente ist die garantierte Leistung des Versicherers im Falle der Pflegebedürftigkeit oder einer Demenzerkrankung. Je nach Umfang der Pflegebedürftigkeit oder Schwere der Demenzerkrankung besteht Anspruch auf den unten definierten Prozentsatz dieser Rente.

Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr ist die Ihrem Vertrag zugrunde liegende Versicherungsperiode. Der Beginn des Versicherungsjahres ist der Jahrestag des in der Versicherungsurkunde angeführten Versicherungsbeginns (Beginns der Versicherungsdauer). An diesem Tag werden Ihrem Vertrag jährlich ab dem 3. Versicherungsjahr Gewinnanteile gutgeschrieben, sofern nach Maßgabe dieser Bedingungen ein Anspruch besteht.

Versicherungsnehmer

Der Versicherungsnehmer ist der Vertragspartner des Versicherers und Träger der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag.

Versicherungsprämie

Die Prämie ist das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt.

§ 1 Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall

(1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer pflegebedürftig oder erkrankt sie an Demenz, so wird nach Maßgabe der nachstehenden Bedingungen für die Dauer der nachgewiesenen Pflegebedürftigkeit oder Demenzerkrankung eine monatliche Rente bezahlt. Bei Vorliegen eines Leistungsanspruches zahlen wir die Rente monatlich im Voraus, längstens bis zum Tod der versicherten Person.

(2) Der Anspruch auf die Rente und deren Höhe sind abhängig vom Umfang der Pflegebedürftigkeit oder der Schwere der Demenzerkrankung.

Der Umfang der Pflegebedürftigkeit wird nach den Leistungsklassen gemäß § 2 Absatz 1 dieser Bedingungen abgestuft, die Schwere einer Demenzerkrankungen nach der Global Deteriation Scale nach Reisberg gemäß § 2 Absatz 4.

Wir zahlen bei Vorliegen von

- Pflegebedürftigkeit im Ausmaß von Leistungsstufe I: 50 %
- Pflegebedürftigkeit im Ausmaß von Leistungsstufe II: 75 %
- Pflegebedürftigkeit im Ausmaß von Leistungsstufe III oder zumindest mittelschwerer Demenz: 100 %

der versicherten Rente.

(3) Mindert sich der Umfang der Pflegebedürftigkeit oder die Schwere der Demenzerkrankung, so verringert sich die Rente entsprechend den Leistungsstufen oder sie entfällt zur Gänze, wenn die Voraussetzungen für eine Leistung nicht mehr gegeben sind.

(4) Während der Leistung einer Rente ruht die Pflicht des Versicherungsnehmers zur Zahlung der Versicherungsprämien. Wird die Zahlung der Rente im Sinne von Absatz 3 beendet, lebt die Prämienzahlungspflicht wieder auf.

(5) Sofern nicht im Einzelnen etwas anderes vereinbart wurde, ruht der Anspruch auf Auszahlung einer Rente, wenn die versicherte Person während des Bezugs der Rente ihren gewöhnlichen Aufenthalt für länger als ein Jahr außerhalb Österreichs annimmt.

(6) Eine Kumulierung von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit und Demenz ist nicht möglich. Der höchstmögliche Rentenanspruch beträgt daher, abgesehen von einer allfälligen Erhöhung durch die Gewinnbeteiligung, 100 % der versicherten Rente.

(7) Bei Vorliegen eines Leistungsanspruches wird die bis zu diesem Zeitpunkt zugeteilte Gewinnbeteiligung in Form einer zusätzlichen Rente nach Maßgabe des § 7 Absatz 4 ausbezahlt.

(8) Stirbt die versicherte Person, ohne dass zu diesem Zeitpunkt eine Rentenleistung im Sinne der vorstehenden Absätze erbracht wird, so wird die bis zum Zeitpunkt des Ablebens zugeteilte Gewinnbeteiligung nach Maßgabe des § 7 Absatz 4 als Einmalzahlung ausbezahlt.

§ 2 Definition und Bewertung von Pflegebedürftigkeit und Demenz

(1) Pflegebedürftigkeit:

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge von Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls - die während der Dauer der Versicherung entstanden und ärztlich nachzuweisen sind - voraussichtlich mindestens 6 Monate hindurch ununterbrochen so hilflos ist, dass sie

- für 3 von 6 bei Leistungsstufe I
- für 4 von 6 bei Leistungsstufe II oder
- für mindestens 5 von 6 bei Leistungsstufe III

der im Folgenden genannten sechs Grundverrichtungen des täglichen Lebens auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf.

(2) Umfang der Pflegebedürftigkeit:

Bei der Feststellung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit wird nachstehende Tabelle der Grundverrichtungen des täglichen Lebens zugrunde gelegt:

a) Fortbewegen im Zimmer

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich an seinem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.

b) Aufstehen und Zubettgehen

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

c) An- und Auskleiden

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung einer krankengerechten Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann oder gegebenenfalls ein medizinisches Korsett oder eine Prothese nicht selbständig an- oder ablegen kann.

d) Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - zubereitete und servierte Mahlzeiten sowie bereitgestellte Getränke nicht ohne Hilfe einer anderen Person einnehmen kann; Hilfebedarf liegt auch vor, wenn medizinisch indizierte Ernährung über Sonden notwendig ist.

e) Körperhygiene (Waschen, Kämmen und Rasieren)

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriffen oder einem Wannenslift - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein angemessenes Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt. Die Unfähigkeit, ins Badezimmer zu gelangen, gilt nicht als Hilfebedarf.

f) Verrichten der Notdurft

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, da sie

- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
- ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder
- sie den Darm oder die Blase nur mit fremder Hilfe entleeren kann.

Besteht eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Hilfsmitteln wie Windeln, speziellen Einlagen, einem Katheder oder einem Kolostomiebeutel ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor solange die versicherte Person bei Verwendung dieser Hilfsmittel zur Verrichtung der Notdurft nicht auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen ist.

(3) Pflegebedürftigkeit bei Kindern:

Bei der Beurteilung des Pflegebedarfes von Kindern unter 7 Jahren ist nur jenes Maß an Pflege zu berücksichtigen, das über das gewöhnliche Ausmaß der erforderlichen Pflege von gleichaltrigen Kindern mit altersüblicher Entwicklung hinausgeht.

(4) Demenzerkrankungen:

Als Demenz bezeichnet man den fortschreitenden Verlust erworbener Fähigkeiten des Gehirns. Hierzu gehören Gedächtnisfunktionen, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Die kognitiven Beeinträchtigungen sind häufig begleitet von einer Verschlechterung der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation.

Für die Einstufung des Schweregrades einer Demenzerkrankung wird die sogenannte Reisberg-Skala, die "Global Deterioration Scale" (GDS), die den Verlauf der Erkrankung in 7 Stufen (von Stufe 1 "keine" bis Stufe 7 "sehr schwere" kognitive Leistungseinbußen) beschreibt, herangezogen. Sollte die Reisberg-Skala in Zukunft aufgrund der Weiterentwicklung in der medizinischen Forschung nicht mehr dem allgemeinen medizinischen Standard entsprechen, wird jene Methode zur Beurteilung herangezogen, die sich nach dem aktuellen Stand der Demenzforschung am besten für die Einstufung des Schweregrads einer Demenzerkrankung eignet.

Anspruch auf eine Versicherungsleistung besteht, wenn zumindest mittelschwere Demenz diagnostiziert wurde.

a) Mittelschwere Demenz:

Es muss mindestens ein Schweregrad 5 "mittelschwere kognitive Leistungseinbußen" ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg vorliegen.

In diesem Stadium können unter anderem folgende beispielhafte Leistungseinbußen auftreten:

- Patient kommt ohne fremde Hilfe nicht mehr zurecht, kann sich kaum an relevante Lebensaspekte erinnern, z.B. Adressen, Telefonnummern, Namen der Angehörigen.
- Häufig ist Desorientierung zu Zeit oder Ort.
- Patient erinnert sich noch an Fakten, an Namen, auch des Partners oder der Kinder.
- Braucht keine Hilfe beim Toilettengang oder Essen, kann aber Schwierigkeiten bei der Auswahl situationsgerechter Kleidung haben.

b) Schwere Demenz:

Es muss mindestens ein Schweregrad 6 "schwere kognitive Leistungseinbußen" ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 6) nach Reisberg vorliegen.

In diesem Stadium können unter anderem folgende beispielhafte Leistungseinbußen auftreten:

- Patient kann gelegentlich Namen des Partners vergessen, von dem Überleben abhängt.
- Keine Kenntnis kurz zurückliegender Ereignisse und Erfahrungen. Lückenhafte Erinnerung an eigene Vergangenheit. Jahreszeiten werden nicht wahrgenommen.
- Kann Hilfe bei alltäglichen Verrichtungen benötigen, bspw. inkontinent werden.
- Der Tag-Nacht-Rhythmus ist häufig gestört.
- Häufig können noch bekannte von unbekanntem Personen unterschieden werden.
- Verschiedene Persönlichkeits- und Gefühlsstörungen - Verfolgungsgedanken, Zwangssymptome, Angst, Unruhe und früher nicht bekannte Aggressivität, fehlender Willensantrieb - treten in den Vordergrund.

(5) Eine Pflegebedürftigkeit oder Demenzerkrankung ist ärztlich nachzuweisen. Die Diagnose einer mittelschweren oder schweren Demenz ist durch einen Facharzt für Neurologie auf Basis einer ausführlichen Befunderhebung mit körperlicher und psychopathologischer Untersuchung und unter Verwendung psychometrischer Tests zu bestätigen. Zur Bestätigung der Diagnose können wir auf unsere Kosten zusätzliche Untersuchungen oder Gutachten verlangen.

(6) Die Versicherungsleistung ist fällig, wenn die Pflegebedürftigkeit oder Demenzerkrankung mindestens 6 Monate ununterbrochen bestanden hat. In diesem Fall wird die Rente -; nach Maßgabe des § 8 Absatz 1 - rückwirkend ab dem ärztlich nachgewiesenen Beginn der Pflegebedürftigkeit oder Demenzerkrankung ausbezahlt. Eine rückwirkende Auszahlung von Rentenansprüchen, die zum Zeitpunkt der Meldung des Versicherungsfalles in geschriebener Form bereits verjährt waren, kann nicht verlangt werden.

(7) Bloß vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keinem Leistungsanspruch. Ebenso führen vorübergehende Besserungen auch nicht zu einem Verlust des Leistungsanspruchs. Eine Besserung gilt dann als vorübergehend, wenn sie nicht länger als drei Monaten andauert.

§ 3 Umfang und Einschränkungen des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz besteht - abgesehen von den nachfolgenden Einschränkungen in den Absätzen 3 und 4 - weltweit und unabhängig davon auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht.

(2) Voller Versicherungsschutz besteht insbesondere auch dann, wenn der Versicherungsfall verursacht wurde infolge

- a) der Benutzung eines zum zivilen Luftverkehr zugelassenen Motor-, Strahlantriebs-, Segelflugzeuges oder Hubschraubers (Personenbeförderung) **als Fluggast**,
- b) der Benutzung eines zur Personenbeförderung eingesetzten Militärflugzeuges oder Militärhubschraubers **als ziviler Fluggast**,
- c) der Benutzung eines zum zivilen Luftverkehr zugelassenen Motorflugzeuges (nicht jedoch eines Hubschraubers), eines Strahlantriebs- oder Segelflugzeuges, wenn die versicherte Person die behördlich vorgeschriebenen Genehmigungen für die von ihr ausgeübten Tätigkeiten besitzt, **als Mitglied der Besatzung**,
- d) eines Fallschirmabspunges, der zur Rettung des eigenen Lebens ausgeführt wurde.

(3) Kein Versicherungsschutz besteht - sofern nicht im Einzelnen etwas anderes vereinbart wurde - wenn der Versicherungsfall verursacht wurde infolge

- a) der Benützung eines Fluggerätes anderer Art, als der in Absatz 2 genannten (z. B. eines Hängegleiters, Ballons, Sportfallschirmes),
- b) der Benützung eines Fluggerätes in anderer Eigenschaft als in Absatz 2 genannt (z. B. Fluglehrer, Flugschüler, Hubschrauberbesatzung, Probe-, Werkstatt-, Agrar-, Kunst-, Wettbewerbs-, Test-, Militärflüge),
- c) der Teilnahme an Wettfahrten oder zugehörigen Trainingsfahrten in einem Land-, Luft- oder Wasserkraftfahrzeug.

(4) Kein Versicherungsschutz besteht

- a) in Versicherungsfällen, die entstehen, weil **Österreich in kriegerische Ereignisse** verwickelt wird oder von einer nuklearen, biologischen, chemischen oder durch Terrorismus ausgelösten Katastrophe betroffen ist,
- b) bei Versicherungsfällen infolge Teilnahme an **kriegerischen Handlungen**,
- c) bei Versicherungsfällen infolge Teilnahme an **Unruhen** auf Seiten der Unruhestifter oder
- d) wenn der Versicherungsfall durch widerrechtliche Handlungen, mit der Sie als Versicherungsnehmer **vorsätzlich die Pflegebedürftigkeit** der versicherten Person herbeigeführt haben, verursacht wurde,
- e) wenn der Versicherungsfall durch die Begehung oder den Versuch **gerichtlich strafbarer Handlungen** durch die versicherte Person, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist, verursacht wurde,
- f) wenn der Versicherungsfall durch **vorsätzliche Herbeiführung** von Krankheit oder Kräfteverfall, vorsätzliche Selbstverletzung, missbräuchlichen Drogenkonsum oder aufgrund versuchten Selbstmords verursacht wurde.

§ 4 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrages durch Zustellung der Versicherungsurkunde auf Papier erklärt und Sie die erste oder einmalige Prämie rechtzeitig bezahlt haben. Vor dem vertraglich vereinbarten Beginn der Versicherungsdauer besteht kein Versicherungsschutz.

(2) Der Versicherungsschutz endet mit dem Tod der versicherten Person.

§ 5 Pflichten des Versicherungsnehmers bei Antragstellung und während der Vertragslaufzeit vor Eintritt des Versicherungsfalles

(1) Sie sind verpflichtet den Antrag und die damit verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Wenn eine andere Person versichert werden soll, ist auch diese für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung aller Fragen verantwortlich.

Tritt zwischen der Antragstellung und der Annahme des Antrages eine Erhöhung der Gefahr ein, so hat der Versicherungsnehmer, sobald er von der Gefahrenerhöhung Kenntnis erlangt, diese dem Versicherer unverzüglich in geschriebener Form zur Kenntnis zu bringen. Als Erhöhung der Gefahr gilt insbesondere eine erhebliche Erkrankung oder Verletzung der zu versichernden Person.

(2) Werden Fragen schuldhaft unrichtig oder unvollständig beantwortet, können wir vom Vertrag innerhalb von drei Jahren nach Abschluss, Reaktivierung oder einer die Leistungspflicht des Versicherers erweiternden Änderung des Vertrages zurücktreten. Tritt der Versicherungsfall innerhalb dieser drei Jahre ein, können wir auch nach Ablauf dieser Frist zurücktreten.

Wir können den Rücktritt nur 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 bzw. vom Eintritt des Versicherungsfalles vor Vertragsschluss Kenntnis hatten oder der verschwiegene Umstand keinen Einfluss auf unsere Annahmehentscheidung hatte.

Bei arglistiger Täuschung können wir den Vertrag auch nach Ablauf der Dreijahresfrist, innerhalb von dreißig Jahren seit Abschluss, Reaktivierung oder einer die Leistungspflicht des Versicherers erweiternden Änderung des Vertrages, anfechten.

Wenn wir den Vertrag anfechten oder vom Vertrag zurücktreten, leisten wir den Rückkaufswert.

(3) An Ihren Antrag sind Sie sechs Wochen ab Antragstellung gebunden. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung.

(4) Sie sind verpflichtet, die vereinbarten **Versicherungsprämien** (einmalige oder laufende Prämien) an uns kostenfrei und rechtzeitig zu bezahlen. Eine Stundung von Prämien muss mit uns im Einzelnen ausgehandelt und in geschriebener Form vereinbart werden.

(5) Laufende Prämien sind Jahresprämien. Sie können nach Vereinbarung auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten bezahlt werden, dann jedoch mit einem Unterjährigkeits-Zuschlag, der als Prozentsatz der Prämie in der Versicherungsurkunde ausgewiesen ist. Im Versicherungsfall (§ 1) werden bereits fällige und die im laufenden Versicherungsjahr noch fällig werdenden Prämien in Abzug gebracht.

(6) Die **erste oder einmalige Prämie** wird mit Zustellung der Versicherungsurkunde, nicht aber vor Versicherungsbeginn **fällig** und ist sodann innerhalb von zwei Wochen zu bezahlen. **Folgeprämien** sind innerhalb von zwei Wochen jeweils ab dem in der Versicherungsurkunde angegebenen Fälligkeitstag zu bezahlen.

§ 6 Bestimmungen über Prämie (Risikoprämie, Kosten, Prämienanpassung) und Gebühren

(1) Die Versicherungsprämien sind als über die Prämienzahlungsdauer gleichbleibende Durchschnittsprämien oder als einmalige Prämien berechnet und dienen nach Abzug der gesetzlichen Versicherungssteuer sowie der Prämienanteile für Abschlusskosten (lit. b) und Verwaltungskosten (lit. c) zur Deckung des versicherten Risikos der Pflegebedürftigkeit (lit. a). Da das versicherte Risiko aufgrund des zunehmenden Alters der versicherten Person nicht konstant bleibt, sondern ansteigt, werden Teile der bezahlten Prämie zum Zeitpunkt der Zahlung nicht zur Deckung des versicherten Risikos benötigt und der Deckungsrückstellung zugeführt. Diese Deckungsrückstellung wird verwendet, um das mit fortschreitendem Alter steigende Risiko abzudecken.

a) Deckung des versicherten Risikos (Risikoprämien):

Die Prämienanteile zur Deckung des versicherten Risikos der Pflegebedürftigkeit oder der Erkrankung an Demenz (Risikoprämien) richten sich nach dem Alter der versicherten Person sowie den vereinbarten Leistungen. Bei der Berechnung des relevanten Alters wird ein begonnenes Lebensjahr als voll gerechnet, wenn davon am Tag, an welchem laut Lebensversicherungsurkunde das erste Versicherungsjahr beginnt, mehr als sechs Monate vergangen sind. Die Risikoprämien errechnen sich jährlich aus der Differenz zwischen dem Barwert der vereinbarten Versicherungsleistungen und dem Wert der Deckungsrückstellung, multipliziert mit der Wahrscheinlichkeit für den Eintritt eines Leistungsfalles nach Maßgabe der für den jeweiligen Tarif geltenden Wahrscheinlichkeitstafel. Für die Übernahme erhöhter Risiken - insbesondere wegen Krankheit, Beruf, Sport - werden wir Zusatzprämien zur Versicherungsprämie oder besondere Bedingungen mit Ihnen vereinbaren. Die für den vereinbarten Tarif geltende Wahrscheinlichkeitstafel ist in der Beilage "Rechnungsgrundlagen und Kosten" zu Ihrer Versicherungsurkunde bezeichnet.

b) Abschlusskosten :

Die Abschlusskosten werden nach Maßgabe des vereinbarten Tarifs fällig. Die für die Berechnung der Abschlusskosten herangezogenen Kostensätze sind in der Beilage "Rechnungsgrundlagen und Kosten" zu Ihrer Versicherungsurkunde ausgewiesen.

c) Verwaltungskosten :

Die Verwaltungskosten werden jährlich fällig. Die nach Maßgabe des vereinbarten Tarifs für die Berechnung der Verwaltungskosten herangezogenen Kostensätze sind in der Beilage "Rechnungsgrundlagen und Kosten" zu Ihrer Versicherungsurkunde ausgewiesen.

(2) Alle in Absatz 1 genannten Prämien- und Kostenbestandteile berücksichtigen wir bereits bei der Kalkulation Ihrer Prämien, sie sind daher in Ihren Prämien enthalten und werden nicht gesondert in Rechnung gestellt. Bei prämienfrei gestellten Verträgen entnehmen wir die Risiko- und Verwaltungskosten zur Gänze der Deckungsrückstellung.

(3) Für prämienerhöhende Vertragsänderungen gelten die Bestimmungen über die Abschluss- und Verwaltungskosten in gleicher Weise.

(4) Die Rechnungsgrundlagen für die Ermittlung der Prämienanteile und Kosten nach Absatz 1 sind Teil der versicherungsmathematischen Grundlagen des jeweiligen Tarifes. Diese können für bestehende Verträge - außer in den in Absatz 5 definierten Fällen - von uns nicht verändert werden. Ihre korrekte Anwendung ist von der Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) jederzeit überprüfbar.

(5) Prämienanpassung:

Wir sind verpflichtet, die Prämien im Falle einer nicht nur vorübergehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfes der Versichertengemeinschaft gegenüber der versicherungsmathematischen Grundlagen und der daraus errechneten Prämie nach Maßgabe der folgenden Kriterien zu ändern. Bloß vom Alterwerden der versicherten Person oder von der Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes abhängige Anpassungen dürfen nicht vorgenommen werden.

a) Als für die Änderung der Prämien maßgebende Umstände werden die Veränderungen des folgenden Faktors vereinbart:

- die durchschnittliche Lebenserwartung auf Basis der von der Aktuarvereinigung Österreichs erstellten Rententafel,
- der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif versicherten Personen (Änderung der Eintrittswahrscheinlichkeiten für den Versicherungsfall laut Geschäftsplan)

b) Wir sind verpflichtet die Veränderung dieser Faktoren jährlich zu überprüfen. Hat sich zumindest einer dieser Faktoren im Durchschnitt um mehr als 10 % gegenüber den versicherungsmathematischen Grundlagen des Tarifes verändert, so sind wir zu einer Prämienhöhung oder Prämienenkung im entsprechenden Ausmaß verpflichtet.

c) Im Falle einer Prämienhöhung werden wir Ihnen auf Ihr Verlangen hin, die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anbieten. Wir weisen darauf hin, dass es in diesem Falle bei Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie zu einer Reduzierung der Versicherungsleistung im Verhältnis der geänderten Prämie zur bisherigen Prämie kommen kann.

d) Die Erklärung über eine Prämienänderung wird frühestens zum auf die Absendung folgenden Monatsersten wirksam.

(6) Gebühren:

a) Für durch Sie veranlasste Mehraufwendungen verrechnen wir angemessene Gebühren. Die Höhe der Gebühr für Mahnungen und das Ausstellen einer Ersatzurkunde ist in der Beilage "Rechnungsgrundlagen und Kosten" zu Ihrer Lebensversicherungsurkunde ausgewiesen.

b) Diese Gebühren sind wertgesichert und verändern sich ab Januar eines jeden Kalenderjahres in demselben Ausmaß, in dem sich der von der STATISTIK AUSTRIA monatlich verlaubliche Verbraucherpreisindex 2000 oder ein von Amts wegen an seine Stelle tretender Index gegenüber dem für den Monat Januar des Jahres des Inkrafttretens des Tarifes verändert hat. Der Versicherer ist dessen unbeschadet berechtigt, geringere als die sich nach dieser Indexklausel ergebenden Gebühren zu verlangen, ohne dass dadurch das Recht verloren geht, für die Zukunft wieder die indexkonformen Gebühren zu verlangen. Aus der Nichtgeltendmachung über einen längeren Zeitraum können keine Rechte, insbesondere kein Verzicht, abgeleitet werden.

§ 7 Gewinnbeteiligung

(1) Entstehung des Gewinnes:

Pflegerentenversicherungsverträge sind in der Regel langjährige Versicherungsverträge. Um die Erbringung der vereinbarten Versicherungsleistung über die gesamte Versicherungsdauer hinweg sicherzustellen, sind die Prämien vorsichtig kalkuliert. Vorsichtige Annahmen werden insbesondere hinsichtlich der Wahrscheinlichkeiten für den Eintritt eines Versicherungsfalles als auch der Kapitalerträge (Verzinsung) getroffen. Regelmäßige Überschüsse sind die Folge der vorsichtigen Prämienkalkulation.

(2) Verteilung der Überschüsse über Gewinn- und Abrechnungsverbände:

a) Sie nehmen im Wege der Gewinnbeteiligung an den von uns erzielten Überschüssen teil. Die Aufteilung der Überschüsse erfolgt über Gewinn- und Abrechnungsverbände, in denen alle gleichartigen Versicherungsverträge zusammengefasst sind. Ihre Pflegerentenversicherung gehört dem in Ihrer Versicherungsurkunde angeführten Gewinnverband an.

b) An jedem Bilanzstichtag werden mindestens 85 % der im abgelaufenen Geschäftsjahr erzielten Überschüsse, die auf den Gewinnverband Ihrer Pflegerentenversicherung entfallen, der Rückstellung für die Gewinnbeteiligung zugewiesen.

(3) Zuteilung der Gewinnanteile zu Ihrem Vertrag:

a) Die auf Ihren Vertrag entfallenden Gewinnanteile werden auf Grundlage des für den Tarif Ihrer Pflegerentenversicherung festgelegten Gewinnplans berechnet. Dieser Gewinnplan wurde auf Basis der Verordnung der Finanzmarktaufsicht über die Gewinnbeteiligung in der Lebensversicherung erstellt und der Finanzmarktaufsicht vorgelegt.

b) An jedem Bilanzstichtag wird nach Maßgabe des folgenden Absatz 6 die Höhe der auf Ihre Pflegerentenversicherung entfallenden Gewinnanteile ermittelt. Diese Gewinnanteile werden vorerst der Rückstellung für Gewinnbeteiligung zugewiesen und am auf den Bilanzstichtag zweitfolgenden **Beginn des Versicherungsjahres** Ihrem Vertrag zugeteilt. Die erstmalige Zuteilung erfolgt somit zu Beginn des 3. Versicherungsjahres.

(4) Verwendung der Gewinnanteile während Versicherungszeiten, in denen kein Anspruch auf eine Rentenleistung besteht:

a) Die Ihrem Vertrag zugeteilten Gewinnanteile werden verzinslich angesammelt, sofern noch kein Anspruch auf eine Rentenleistung besteht. Die Verzinsung erfolgt zum Ende des jeweiligen Versicherungsjahres. Als Zinssatz für die verzinsliche Ansammlung wird die Summe aus

- dem tariflichen Rechnungszinssatz
- und dem für das betreffende Versicherungsjahr deklarierten Zinsgewinnanteil verwendet.

b) Zum Zeitpunkt des Eintritts eines Leistungsfalles (§ 1) wird aus den bis zum Eintritt des Leistungsfalles angesammelten Gewinnanteilen eine lebenslange Rente errechnet, die zusätzlich zur vertraglich vereinbarten Rentenleistung ausbezahlt wird (Gewinnbeteiligungs-Rente). Die Höhe dieser Gewinnbeteiligungs-Rente ist vom Alter der versicherten Person bei Eintritt des Leistungsfalles abhängig. Sie ist so bemessen, dass der versicherungsmathematische Barwert der Rente (das ist der kapitalisierte Wert der Rente) aus der Gewinnbeteiligung bei Rentenzahlungsbeginn der Höhe der

angesammelten Gewinnbeteiligung entspricht. Eine gesonderte Auszahlung der Gewinnanteile als Einmalzahlung ist nicht möglich. Stirbt die versicherte Person, ohne dass eine Versicherungsleistung erbracht wurde, so werden die bis zum Zeitpunkt des Ablebens zugeteilten Gewinnanteile als Einmalzahlung ausbezahlt.

c) Entfällt der Anspruch auf eine Versicherungsleistung, weil sich der Umfang der Pflegebedürftigkeit oder die Schwere der Demenzerkrankung vermindert hat (§ 1 Absatz 3), so besteht auch kein Anspruch auf die Rente aus der Gewinnbeteiligung mehr. Der noch nicht verbrauchte Kapitalwert der Gewinnbeteiligung bleibt Ihrem Vertrag gutgeschrieben und wird weiter verzinst. Entsteht ein neuerlicher Anspruch auf eine Versicherungsleistung, so wird diese Gewinnbeteiligung wie in unter Litera b beschrieben zur Erhöhung der Rentenleistung verwendet. Stirbt die versicherte Person, ohne dass zum Zeitpunkt des Ablebens eine Rentenleistung erbracht wird, so wird diese restliche Gewinnbeteiligung als Einmalzahlung ausbezahlt.

(5) Verwendung der Gewinnanteile während der Leistungszahlung:

Besteht bereits Anspruch auf eine Versicherungsleistung, so werden die Ihrem Vertrag zugeteilten Gewinnanteile ab Beginn der Rentenzahlung jährlich zur Erhöhung der laufenden Rentenzahlungen verwendet unabhängig davon, ob bereits eine Gewinnbeteiligung gemäß Absatz 4 angesammelt wurde. Ein Anspruch auf Auszahlung von Gewinnanteilen im Todesfall der versicherten Person besteht nicht.

(6) Zusammensetzung und Berechnung Ihrer Gewinnanteile:

a) Jeder Gewinnanteil, dessen Höhe zu einem bestimmten Bilanzstichtag ermittelt wird, setzt sich aus einem Zinsgewinnanteil, einem Risikogewinnanteil und einem Kostengewinnanteil zusammen. Ist der Versicherungsfall bereits eingetreten, so bestehen die Gewinnanteile nur mehr aus dem Zinsgewinnanteil, Anspruch auf einen Risiko- oder Kostengewinnanteil besteht nicht mehr.

b) Zinsgewinnanteil:

Die garantierten Leistungen Ihrer Pflegerentenversicherung sind mit dem Rechnungszinssatz kalkuliert. Dieser ist über die gesamte Vertragslaufzeit garantiert und muss unter Berücksichtigung der Höchstzinssatzverordnung der Finanzmarktaufsicht vorsichtig festgelegt werden. Aus diesem Grund können sich aus der Veranlagung des Sparanteiles Ihrer Prämien Kapitalerträge ergeben, welche die kalkulierte Verzinsung mit dem Rechnungszinssatz übersteigen. Aus diesen Kapitalerträgen ergibt sich der Zinsgewinnanteil.

Dieser Zinsgewinnanteil berechnet sich als ein Prozentsatz (Zinsgewinnsatz) eines Basiswertes. Der Zinsgewinnsatz wird jährlich festgelegt und im Geschäftsbericht veröffentlicht. Der Basiswert ist die durchschnittliche Höhe der Deckungsrückstellung Ihres Vertrages in jenem Kalenderjahr, das dem Bilanzstichtag vorausging.

Diese durchschnittliche Höhe berechnet sich als Mittelwert der Höhe der mit dem Rechnungszins abgezinsten Deckungsrückstellung am Beginn des Versicherungsjahres, in dem der Bilanzstichtag liegt, und der Höhe der mit dem Rechnungszins abgezinsten Deckungsrückstellung am Ende dieses Versicherungsjahres.

c) Risikogewinnanteil:

Risikogewinne entstehen, wenn die Eintrittswahrscheinlichkeit für den Versicherungsfall innerhalb des Gewinn- oder Abrechnungsverbandes Ihrer Pflegerentenversicherung im Schnitt niedriger ist, als bei der Kalkulation der garantierten Leistungen angenommen wurde.

Der Risikogewinnanteil wird als Prozentsatz (Risikogewinnsatz) jenes Risikoanteiles Ihrer Prämien berechnet, der in jenem Kalenderjahr, das dem Bilanzstichtag vorausging, im Durchschnitt zur Deckung des Ablebensrisikos verwendet wurde.

Diese sogenannte durchschnittliche Risikoprämie berechnet sich als Mittelwert des Risikoanteiles der Prämien in jenem Versicherungsjahr, das im Kalenderjahr, das dem Bilanzstichtag unmittelbar vorausging, geendet hat, und des Risikoanteiles der Prämien in jenem Versicherungsjahr, das im Kalenderjahr, das dem Bilanzstichtag unmittelbar vorausging, begonnen hat.

d) Kostengewinnanteil:

Kostengewinne entstehen, wenn die für die laufende Vertragsverwaltung tatsächlich anfallenden Kosten geringer sind, als bei der Kalkulation der garantierten Leistungen angenommen wurde.

Der Kostengewinnanteil wird als Prozentsatz (Kostengewinnsatz) jenes Kostenanteiles Ihrer Prämien berechnet, der in jenem Kalenderjahr, das dem Bilanzstichtag vorausging, im Durchschnitt von Ihren Prämien in Abzug gebracht wurde.

Dieser durchschnittliche Kostenanteil berechnet sich als Mittelwert des Kostenanteiles der Prämien in jenem Versicherungsjahr, das im Kalenderjahr, das dem Bilanzstichtag unmittelbar vorausging, geendet hat, und des Kostenanteiles der Prämien in jenem Versicherungsjahr, das im Kalenderjahr, das dem Bilanzstichtag unmittelbar vorausging, begonnen hat.

e) Die Höhe des Zinsgewinnsatzes, des Risikogewinnsatzes und des Kostengewinnsatzes werden jährlich auf Grundlage der Höhe der Überschüsse, die der Rückstellung für Gewinnbeteiligung zugewiesen wurden, festgelegt und in unserem Geschäftsbericht veröffentlicht.

(7) Anspruch auf Gewinnanteile:

a) Auf Gewinnanteile haben Sie ab dem Zeitpunkt einen verbindlichen Anspruch, in dem diese Ihrem Vertrag zugeteilt wurden. Diese Gewinnanteile werden auch im Falle der Kündigung bei einem Rückkauf gemeinsam mit dem Rückkaufswert ausbezahlt.

b) Die Höhe der Ihrem Vertrag zugeteilten Gewinnanteile werden wir Ihnen in jedem Versicherungsjahr mitteilen.

(8) Prognoserechnungen:

Prognoserechnungen über zukünftige Gewinnanteile, die wir für Ihren Vertrag erstellen, dienen lediglich der Illustration möglicher künftiger Entwicklungen. Sie beruhen auf Schätzungen der künftigen Überschüsse, die auf Grundlage der gegenwärtigen Verhältnisse erstellt wurden. Da künftige Entwicklungen nicht mit Sicherheit vorhergesehen werden können, sind Zahlenangaben in solchen Prognoserechnungen stets unverbindlich.

§ 8 Anspruchsstellung und Mitwirkungspflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person nach Eintritt des Versicherungsfalls

(1) Die **Anspruchsstellung** hat unverzüglich in geschriebener Form zu erfolgen, sobald die sechsmonatige Mindestdauer der Pflegebedürftigkeit oder Demenzerkrankung ärztlich voraussehbar oder bereits eingetreten ist.

Erfolgt die Anspruchsstellung vorsätzlich oder grob fahrlässig verspätet, so sind wir in Bezug auf die Rentenzahlungen leistungsfrei, wenn und soweit die Verspätung Einfluss auf die Feststellung unserer Leistungspflicht gehabt hat. Ansonsten erbringen wir auch bei verspäteter Anspruchsstellung und entsprechender Feststellung des Vorliegens der Pflegebedürftigkeit oder einer Demenzerkrankung die Rentenzahlungen rückwirkend ab Anspruchsbeginn. Die rückwirkende Auszahlung von Rentenansprüchen, die zum Zeitpunkt der Anspruchsstellung bereits verjährt waren, kann jedoch nicht verlangt werden.

(2) Werden Leistungen aus diesem Vertrag verlangt, so sind auf Kosten des Anspruchserhebenden folgende Unterlagen einzureichen:

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

b) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörungen, sowie über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit oder Demenzerkrankung; zum Nachweis einer Demenzerkrankung sind zusätzlich die unter § 2 Absatz 5 angeführten Nachweise beizubringen ,

c) eine ärztliche Bescheinigung über Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit oder Demenzerkrankung.

Sämtliche Unterlagen sind in deutscher Sprache einzureichen.

(3) Wir können außerdem weitere Untersuchungen und Gutachten durch von uns beauftragte Ärzte und Gutachter sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Außerdem können wir verlangen, dass diese weiteren ärztlichen Untersuchungen in Österreich vorgenommen werden, auch wenn die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz außerhalb Österreichs hat. Diese Untersuchungskosten werden von uns getragen, nicht jedoch die Reise- und Aufenthaltskosten.

(4) 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 sachdienliche Auskunft zu erteilen. Die befragten Personen sind von ihrer Schweigepflicht uns gegenüber zu befreien, wenn und soweit dies für die Feststellung unserer Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach erforderlich ist.

(5) Lässt die versicherte Person operative Behandlungen zur Förderung der Heilung oder Minderung der Pflegebedürftigkeit nicht durchführen, so steht dies unserer Leistungspflicht nicht entgegen. Die versicherte Person ist jedoch sehr wohl verpflichtet, geeignete Heilbehelfe zu verwenden (etwa Seh- und Hörhilfen, Prothesen, Stützstrümpfe) und zumutbare Heilbehandlungen vornehmen zu lassen, die eine wesentliche Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen. Als zumutbar sind solche Heilbehandlungen anzusehen, die im Wesentlichen gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind, nicht jedoch Heilbehandlungen, die mit einem operativen Eingriff verbunden sind.

(6) Solange eine der vorgenannten Mitwirkungspflichten (Absätze 2 bis 5) von Ihnen, der versicherten Person oder einem Anspruchserhebenden vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt wird, sind wir nach Maßgabe des § 11 von der Verpflichtung zur Leistung gänzlich oder teilweise frei.

(7) Wird eine Erhöhung der Rente wegen einer Erhöhung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit verlangt, gelten die Bestimmungen der Absätze 1 bis 6 sinngemäß.

(8) Eine Minderung oder der Wegfall der Pflegebedürftigkeit oder Demenzerkrankung ist uns unverzüglich in geschriebener Form anzuzeigen. Erfolgt die Mitteilung über die Minderung der Pflegebedürftigkeit aufgrund Ihres Verschuldens verspätet oder gar nicht, so sind wir berechtigt, die zu Unrecht ausbezahlten Rentenleistungen ab dem Zeitpunkt des Wegfalls der Pflegebedürftigkeit oder einer Demenzerkrankung im Sinne des § 2 dieser Bedingungen nachträglich von Ihnen zurück zu verlangen.

(9) Während Versicherungszeiten, in denen ein Anspruch auf eine Rentenleistung besteht, sind Sie verpflichtet, uns einen **Auslandsaufenthalt** der versicherten Person von länger als einem Jahr unverzüglich in geschriebener Form mitzuteilen.

§ 9 Fälligkeit der Leistung und Erklärungen über die Leistungspflicht

(1) Die Versicherungsleistung ist fällig, wenn die Pflegebedürftigkeit oder Demenzerkrankung mindestens 6 Monate ununterbrochen bestanden hat. In diesem Fall wird die Rente rückwirkend ab jenem Monatsersten bezahlt, der auf den ärztlich nachgewiesenen Beginn der Pflegebedürftigkeit oder Demenzerkrankung folgte. Eine rückwirkende Auszahlung von Rentenansprüchen, die zum Zeitpunkt der Meldung des Versicherungsfalles in geschriebener Form bereits verjährt waren, kann nicht verlangt werden.

(2) Wir sind verpflichtet, nach Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung nötigen Erhebungen unverzüglich zu erklären, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen.

(3) Bei Feststellung oder Anerkennung unserer Leistungspflicht ist die Leistung gleichzeitig mit unserer Erklärung darüber fällig, frühestens jedoch zum in Absatz 1 bestimmten Zeitpunkt.

(4) 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.

(5) Bis zur Erklärung unserer Leistungspflicht (Absatz 2) sind die Prämien weiter zu bezahlen; wir werden diese Prämien jedoch bei Feststellung oder Anerkennung unserer Leistungspflicht ab dem Zeitpunkt, ab dem eine Rentenleistung zuerkannt wird, zurückzahlen.

(6) Rentenleistungen erbringen wir auf ein Girokonto des Berechtigten, das bei einem Kreditinstitut geführt wird, welches in der Europäischen Union oder einem der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum zugelassen ist.

(7) Ist die versicherte Person nicht mehr pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen, erlischt der Anspruch auf eine Versicherungsleistung. Die Einstellung der Rentenzahlung und der Wiederbeginn der Prämienzahlungspflicht werden mit dem zweitfolgenden Monatsersten ab Wegfall der Pflegebedürftigkeit wirksam.

§ 10 Nachprüfung des Fortbestehens von Pflegebedürftigkeit und Demenz

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen von Pflegebedürftigkeit oder Demenz nachzuprüfen.

(2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Kosten für diese Untersuchungen werden von uns getragen.

(3) Wir können jährlich einen Nachweis darüber verlangen, dass die versicherte Person noch am Leben ist.

§ 11 Folgen einer Verletzung von Mitwirkungspflichten bei der Feststellung der Leistungspflicht (§§ 8 und 10)

(1) Solange eine Mitwirkungspflicht bei Feststellung der Leistungspflicht nach § 8 oder § 10 von Ihnen, der versicherten Person oder einem Anspruchserhebenden vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt wird, sind wir nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zur Gänze oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.

(2) Wird eine Mitteilungspflicht mit dem Vorsatz verletzt, unsere Leistungspflicht zu beeinflussen oder die Feststellung von Umständen zu beeinträchtigen, die erkennbar für unsere Leistungspflicht bedeutsam sind, so sind wir zur Gänze leistungsfrei.

(3) Wird eine Mitteilungspflicht grob fahrlässig oder -; außer im Falle des Absatz 2 - vorsätzlich verletzt, so bleibt unsere Leistungspflicht nur bestehen, wenn und soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der Leistung Einfluss gehabt hat.

§ 12 Meinungsverschiedenheiten

(1) Sind Sie mit unseren Entscheidungen nicht einverstanden, können Sie innerhalb eines Jahres nach Zugang unserer Erklärung den Anspruch gerichtlich geltend machen. Verstreicht diese Frist, ohne dass bei Gericht Klage erhoben wird, so sind weitergehende Ansprüche, als wir anerkannt haben, ausgeschlossen.

(2) Die Frist gemäß Absatz 1 beginnt erst, nachdem wir einen erhobenen Anspruch gegenüber dem Anspruchserhebenden begründet abgelehnt haben und diesen über die mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen informiert haben. Für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Anspruchserhebende ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruches gehindert ist, ist die Frist gehemmt.

§ 13 Kündigung und Rückkauf dieser Zusatzversicherung

(1) Sie können Ihren Versicherungsvertrag schriftlich, sofern die Schriftform vereinbart wurde, ansonsten in geschriebener Form, kündigen:

- jederzeit mit Wirkung zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres
- während eines Versicherungsjahres mit einmonatiger Frist mit Wirkung zum Monatsende, frühestens jedoch mit Wirkung zum Ende des ersten Versicherungsjahres.

(2) Im Falle der Kündigung Ihres Versicherungsvertrages erhalten Sie den Rückkaufswert zuzüglich der erworbenen Gewinnbeteiligung, sofern Sie noch keine Rentenzahlung aus diesem Vertrag beziehen.

Der Rückkaufswert ist der jeweils aktuelle Wert der Deckungsrückstellung Ihres Versicherungsvertrages vermindert um einen prozentuellen Selektionsabschlag von der geschäftsplanmäßigen Deckungsrückstellung.

Der Selektionsabschlag beträgt 25 % der Deckungsrückstellung und steigt ab dem Versicherungsjahr, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet, um 5 Prozentpunkte pro Jahr, sodass er ab dem 85. Lebensjahr 100 % beträgt. Ab Vollendung des 85. Lebensjahres besteht somit kein Anspruch mehr auf Auszahlung eines Rückkaufswertes. In diesem Fall wird im Falle der Kündigung nur die zugeteilte Gewinnbeteiligung ausbezahlt.

Beziehen Sie bereits eine Rentenleistung aus diesem Vertrag, so besteht kein Anspruch auf Auszahlung eines Rückkaufswertes, der Gewinnbeteiligung oder einer Kapitalabfindung.

(3) Die Rückkaufswerte zum Ende eines jeden Versicherungsjahres sind in der Beilage "Rückkaufswerte und prämienfreie Leistungen" zu Ihrer Versicherungsurkunde ausgewiesen.

§ 14 Umwandlung dieser Zusatzversicherung in eine prämienfreie Versicherung

(1) Sie können die Umwandlung Ihres Versicherungsvertrages in eine prämienfreie Versicherung schriftlich, sofern die Schriftform vereinbart wurde, ansonsten in geschriebener Form, beantragen (Prämienfreistellung):

- jederzeit mit Wirkung zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres,
- innerhalb eines Versicherungsjahres mit einmonatiger Frist mit Wirkung zum Monatsende, frühestens jedoch mit Wirkung zum Ende des ersten Versicherungsjahres.

(2) Bei einer Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung setzen wir die versicherten Leistungen nach den geschäftsplanmäßigen Bestimmungen auf eine prämienfreie Leistung herab. Dabei wird für die restliche Versicherungsdauer auf Grundlage der geschäftsplanmäßigen Deckungsrückstellung Ihres Versicherungsvertrages eine verminderte Versicherungssumme ermittelt, wobei die Deckungsrückstellung um einen Abzug von 2 % vermindert wird.

(3) Die prämienfreien Leistungen zum Ende eines jeden Versicherungsjahres sind in der Beilage "Rückkaufswerte und prämienfreie Leistungen" zu Ihrer Versicherungsurkunde ausgewiesen.

(4) Die prämienfreie versicherte jährliche Rente darf EUR 1.200,-- nicht unterschreiten, andernfalls wird anstatt der Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung der Rückkaufswert (§ 13 Absatz 2) ausbezahlt.

(5) Im Falle einer Prämienfreistellung erhalten Sie eine neue Versicherungsurkunde mit den angepassten Versicherungssummen und einer aktualisierten Beilage.

§ 15 Rückkauf und Prämienfreistellung gemeinsam mit der Hauptversicherung

(1) Diese Zusatzversicherung bildet mit der Hauptversicherung eine Einheit; sie kann daher ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Wird die Hauptversicherung gekündigt, in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt oder aus sonstigen Gründen beendet, gilt dies auch für die Zusatzversicherung.

(2) Wird die Hauptversicherung gekündigt und der Rückkaufswert ausbezahlt, so gilt gleichzeitig die Zusatzversicherung als gekündigt. Der Rückkaufswert der Zusatzversicherung wird nach Maßgabe des § 13 Absatz 2 gemeinsam mit einem allfälligen Rückkaufswert der Hauptversicherung ausbezahlt.

(3) Wird die Hauptversicherung in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt, so wird auch die Zusatzversicherung in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt und die versicherten Leistungen nach Maßgabe des § 14 Absatz 2 auf die prämienfreien Leistungen herabgesetzt.

Wird die versicherte prämienfreie Rente gemäß § 14 Absatz 4 unterschritten, so endet die Zusatzversicherung. In diesem Fall wird die vorhandene Deckungsrückstellung der Zusatzversicherung zur Deckungsrückstellung der Hauptversicherung hinzugefügt und erhöht somit die prämienfreie Leistung der Hauptversicherung.

(4) Ist der Versicherungsfall aus der Zusatzversicherung bereits eingetreten, finden die Absätze 2 und 3 keine Anwendung. Anerkannte Ansprüche aus bereits eingetretenen Versicherungsfällen dieser Zusatzversicherung werden bei Rückkauf oder Umwandlung der Hauptversicherung in eine prämienfreie Versicherung nicht berührt.

§ 16 Bezugsberechtigung

(1) Bezugsberechtigt ist - mit Ausnahme des Ablebensfalles - **die versicherte Person**. Für den Fall, dass die versicherte Person stirbt, ohne dass zu diesem Zeitpunkt eine Rentenleistung erbracht wird (§ 1 Absatz 8), bestimmen Sie als Versicherungsnehmer, wer bezugsberechtigt ist.

(2) Der Bezugsberechtigte erwirbt das Recht auf die Leistung mit Eintritt des Versicherungsfalles. Bis dahin können Sie die Bezugsberechtigung für den Ablebensfall jederzeit ändern. Änderung und Widerruf der Bezugsberechtigung sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns schriftlich, sofern die Schriftform vereinbart wurde, ansonsten in geschriebener Form, angezeigt werden.

(3) Sie können auch bestimmen, dass der Bezugsberechtigte das Recht auf die künftige Leistung unwiderruflich und damit sofort erwerben soll. Dann kann das Bezugsrecht nur noch mit dessen Zustimmung geändert werden.

(4) Ist der Überbringer der Versicherungsurkunde bezugsberechtigt, so können wir verlangen, dass dieser uns seine Berechtigung nachweist. Bei Verlust der Versicherungsurkunde können wir vor Ausstellung einer Ersatzurkunde oder Erbringung einer Versicherungsleistung verlangen, dass die Originalurkunde gerichtlich für kraftlos erklärt wird.

§ 17 Option auf eine Vorauszahlung auf erstes Anfordern

- (1) Sie haben das Recht bei Antragsstellung auf eine Versicherungsleistung wegen Pflegebedürftigkeit oder Demenz (§ 8 Absatz 1) eine Vorauszahlung auf die künftige Versicherungsleistung in der Höhe von bis zu 3 Monatsrenten (Berechnungsgrundlage 100 % der versicherten Rente), höchstens jedoch in der Höhe der bei Antragstellung vorhandenen Deckungsrückstellung, zu verlangen.
- (2) Einer Vorauszahlung können Sie auch nach der Antragsstellung auf eine Versicherungsleistung verlangen, sofern wir noch keine Erklärung über unsere Leistungspflicht (§ 9) abgegeben haben.
- (3) Eine Vorauszahlung kann für Ihren Versicherungsvertrag nur einmalig während der gesamten Versicherungsdauer erbracht werden.
- (4) Nach Beantragung der Vorauszahlung werden wir diese unverzüglich auszahlen, ohne zuvor zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Erbringung einer Versicherungsleistung erfüllt sind.
- (5) Wird die beantragte Versicherungsleistung von uns festgestellt oder anerkannt (§ 9), so wird die Vorauszahlung mit der zu erbringenden Versicherungsleistung aufgerechnet.
- (6) Bei einer Ablehnung der beantragten Versicherungsleistung wird die Vorauszahlung der Deckungsrückstellung entnommen. Durch diese Entnahme verringert sich die Versicherungsleistung für die restliche Vertragslaufzeit entsprechend der geschäftsplanmäßigen Bestimmungen. Sie haben jedoch das Recht die Vorauszahlung innerhalb eines Monats ab unserer Erklärung über die Ablehnung an uns zurück zu bezahlen. In diesem Fall bleibt die Deckungsrückstellung unverändert.

§ 18 Wirksamkeit von Erklärungen

- (1) Für alle Ihre Mitteilungen und Erklärungen ist die geschriebene Form erforderlich. Soweit die Schriftform ausdrücklich und gesondert vereinbart wurde, so muss uns das Original dieser Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen.
- (2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles können wir eine Ablehnung, einen Rücktritt oder eine Anfechtung auch einem berechtigten Dritten gegenüber erklären. Wenn Sie Ihren Wohnort wechseln, müssen Sie uns Ihre neue Adresse mitteilen, andernfalls richten wir unsere Erklärungen rechtswirksam an Ihre letzte uns bekannte Adresse.
- (3) Wenn Sie Ihren Wohnort außerhalb der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum nehmen, müssen Sie uns eine Person innerhalb Österreichs benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Erklärungen an Sie entgegenzunehmen.

§ 19 Vertragsgrundlagen

- (1) Vertragsgrundlagen sind Ihr Antrag, die Versicherungsurkunde mit den Beilagen "Rechnungsgrundlagen und Kosten" und "Rückkaufswerte und prämienfreie Leistungen" sowie sonstiger Anlagen, der dem Vertrag zugrunde liegende Tarif und diese Versicherungsbedingungen.
- (2) Die Versicherungsbedingungen der Hauptversicherung finden auf die Zusatzversicherung sinngemäß Anwendung, wenn in diesen Bedingungen nichts Abweichendes bestimmt ist. Dies gilt insbesondere für die Regelungen betreffend Verpfändung, Abtretung und Vinkulierung, die allgemeine Verjährung, das anwendbare Recht, die Aufsichtsbehörde sowie den Erfüllungsort.