

# Vertragsgrundlagen zur Gruppenpflegegeldversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die  
Gruppenpflegegeldversicherung  
(AVBGP 2009)

Ergänzende Versicherungsbedingungen für Tarife  
der Gruppenpflegeversicherung – BestCare: Pflege

Unter den Flügeln des Löwen.



**Sehr geehrte Kundin,  
sehr geehrter Kunde,**

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

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

**Unser Anspruch ist es, die Wünsche, Ziele und Pläne unserer Kunden zu erkennen und bestmöglich zu erfüllen.**

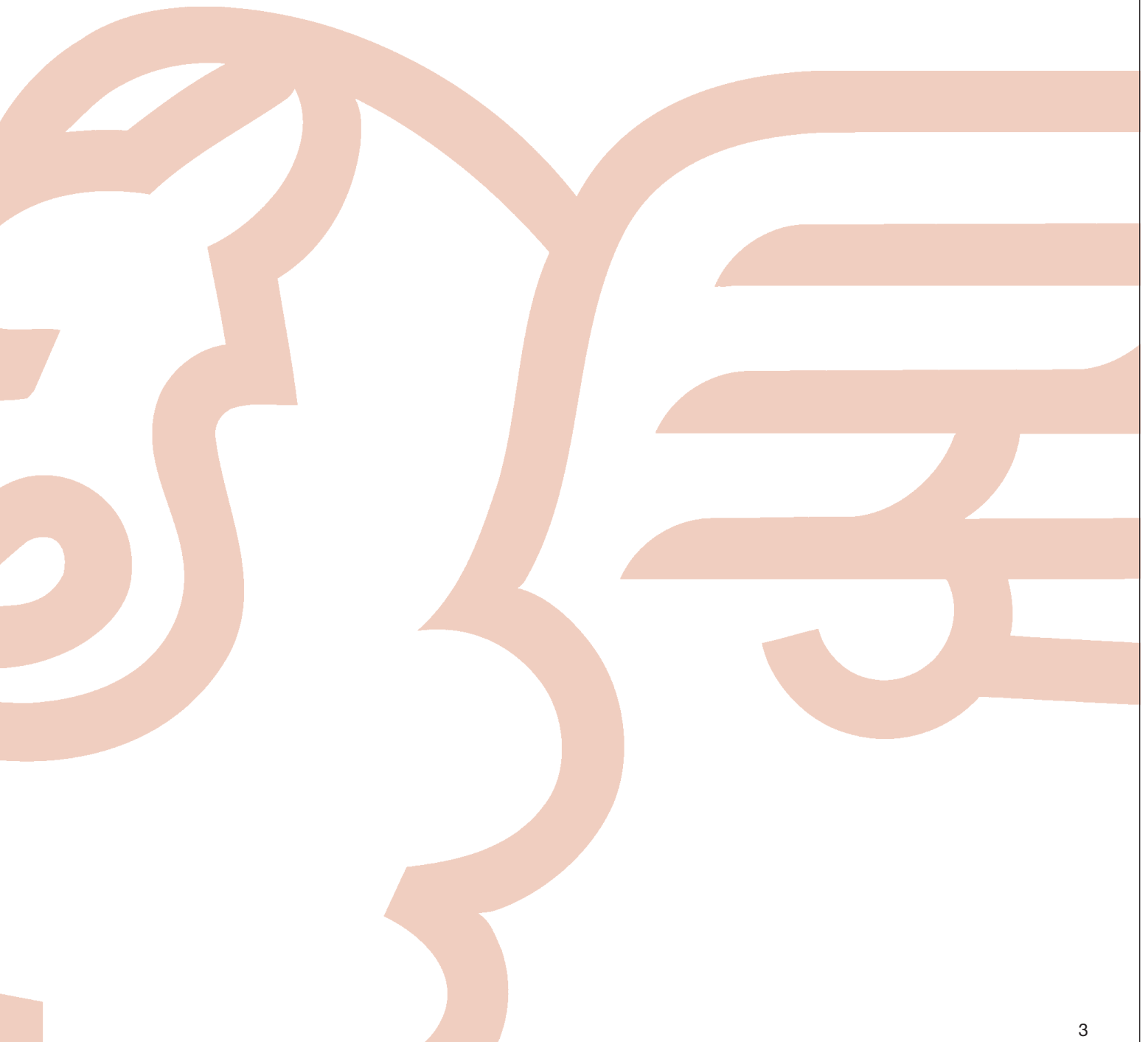
**Es ist uns ein besonders wichtiges Anliegen, noch mehr Transparenz hinsichtlich der Vertragsgrundlagen für Sie zu erreichen und damit Ihr Vertrauen in die von uns angebotenen Versicherungsprodukte zu bestärken.**

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

**Mit freundlichen Grüßen**

**Ihre Generali**

Danke. Für Ihr Vertrauen.



## INHALTSVERZEICHNIS

### Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Gruppenpflegegeldversicherung (AVBGP 2009)

#### DER VERSICHERUNGSSCHUTZ

§ 1	Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	5
§ 2	Betreuung	5
§ 3	Hilfe	7
§ 4	Abschluss des Gruppenversicherungsvertrages/Beitritt	8
§ 5	Beginn des Versicherungsschutzes	9
§ 6	Wartezeit	9
§ 7	Art und Umfang des Versicherungsschutzes	9
§ 8	Einschränkung des Versicherungsschutzes	10
§ 9	Auszahlung der Versicherungsleistung	11
§ 10	Anwartschaftsversicherung	12
§ 11	Ende des Versicherungsschutzes	12

#### PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

§ 12		13
A)	Prämien, Gebühren und Abgaben	13
B)	Zahlungsverzug und dessen Folgen	13
§ 13	Obliegenheiten	14
A)	Anzeigeobligiertheit vor Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. vor Beitritt der versicherten Person	14
B)	Folgen der Verletzung der Anzeigeobligiertheit vor Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. vor Beitritt der versicherten Person	14
C)	Obliegenheiten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person während des Bestehens des Versicherungsvertrages	15
D)	Folgen der Verletzung von Obliegenheiten während des Bestehens des Versicherungsvertrages	15
§ 14	Ansprüche gegen Dritte	16

#### DAUER UND ENDE DES GRUPPENVERSICHERUNGSVERTRAGES

§ 15	Dauer des Gruppenversicherungsvertrages, Kündigung durch den Versicherungsnehmer oder die Generali	16
§ 16	Sonstige Beendigungsgründe	17
§ 16a	Weiterversicherung	17

#### SONSTIGE BESTIMMUNGEN

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

<b>Ergänzende Versicherungsbedingungen für Tarife der Gruppenpflegegeldversicherung</b>	20
– BestCare: Pflege (Tarife 1PB, 1PBA, 3PB, 3PBA, 3P)	

<b>Ergänzende Versicherungsbedingungen für Optionstarife der Gruppenpflegegeldversicherung</b>	23
– BestCare: Pflege (Tarife 1PBO, 3PBO)	

#### ANHANG:

<b>Information zur Datenanwendung (gemäß § 24 DSGVO)</b>	24
<b>Gesetzliche Bestimmungen, auf die in § 5b VersVG (Rücktrittsrecht) verwiesen wird</b>	27

**Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Gruppenpflegegeldversicherung sind insoweit Bestandteil des Gruppenversicherungsvertrages, als in den Ergänzenden Versicherungsbedingungen für die gewählten Tarife und/oder im Gruppenversicherungsvertrag 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 Tarifes.
- (2) Versicherungsfall ist der Pflegebedarf einer versicherten Person in Folge einer Krankheit, eines Unfalls oder wegen Komplikationen während der Schwangerschaft. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung der ständigen Betreuung und Hilfe (Pflegebedarf) bedürfen.  
Ständiger Pflegebedarf liegt vor, wenn dieser täglich oder zumindest mehrmals wöchentlich regelmäßig gegeben ist.  
Der Versicherungsfall beginnt mit dem gemäß § 7 Abs. 2 festgestellten Pflegebedarf. Er endet, wenn der Pflegebedarf nicht mehr besteht.
- (3) Krankheit ist ein nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft anormaler körperlicher oder geistiger Zustand.
- (4) Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- (5) Bei der Beurteilung des Pflegebedarfes von Kindern und Jugendlichen ist nur jenes Maß an Pflege zu berücksichtigen, das über das erforderliche Ausmaß von gleichaltrigen nicht behinderten Kindern und Jugendlichen hinausgeht.
- (6) Versichert können nur Personen werden, die in Österreich ihren ordentlichen Wohnsitz haben.
- (7) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Versicherungsfälle in Österreich.

### **§ 2**

#### **Betreuung**

- (1) Unter Betreuung sind alle in relativ kurzer Folge notwendigen Verrichtungen anderer Personen zu verstehen, die vornehmlich den persönlichen Lebensbereich betreffen und ohne die die pflegebedürftige Person der Verwahrlosung ausgesetzt wäre. Zu diesen Verrichtungen zählen insbesondere solche beim An- und Auskleiden, bei der Körperpflege, der Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten, der Verrichtung der Notdurft, der Einnahme von Medikamenten und der Mobilitätshilfe im engeren Sinn.
- (2) Bei der Feststellung des zeitlichen Betreuungsaufwandes ist von folgenden – auf den Tag bezogenen – Richtwerten auszugehen:

An- und Auskleiden	2x20 Minuten
Reinigung bei inkontinenten Patienten	4x10 Minuten
Entleerung und Reinigung des Leibstuhles	4x5 Minuten
Einnehmen von Medikamenten	6 Minuten
Anus- <i>praeter</i> -Pflege	15 Minuten
Kanülen-Pflege	10 Minuten
Katheter-Pflege	10 Minuten

Einläufe	30 Minuten
Mobilitätshilfe im engeren Sinn	30 Minuten

Für die nachstehenden Verrichtungen werden folgende – auf einen Tag bezogene – zeitliche Mindestwerte festgelegt:

Tägliche Körperpflege	2 x 25 Minuten
Zubereitung der Mahlzeiten	1 Stunde
Einnehmen der Mahlzeiten	1 Stunde
Verrichtung der Notdurft	4 x 15 Minuten

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

### (3) Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten

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

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

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

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

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

### (4) Verrichtung der Notdurft

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

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

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

### (5) An und Auskleiden

Der für die Betreuung beim An- und Auskleiden vorgesehene Richtwert ist für das vollständige An- und Auskleiden mit üblicher Kleidung (einmal täglich auch mit Mantel, 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 Anleitung zum An- und Auskleiden, ist der Richtwert von 20 Stunden pro Monat als Pflegebedarf ebenfalls für das komplette An- und Auskleiden anzurechnen. Falls der Kleiderwechsel selbständig durchgeführt werden kann, jedoch die pflegebedürftige Person

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

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

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

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

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

(7) **Einnahme von Medikamenten**

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

(8) **Mobilitätshilfe im engeren Sinn**

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

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

**§ 3  
Hilfe**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **§ 4**

#### **Abschluss des Gruppenversicherungsvertrages/Beitritt**

(1) Ein Gruppenversicherungsvertrag kann abgeschlossen werden:

- a) mit Arbeitgebern zur Versicherung ihrer Arbeitnehmer,
- b) mit dem Betriebsrat(sfond) oder einem (von einem Personenkreis von Arbeitnehmern laut lit. a) Beauftragten, wenn dieser nachweist, dass er seiner Nachweispflicht als Versicherungsnehmer über die Personaldaten der zu versichernden Arbeitnehmer und über die jeweilige Änderung des Standes des Personenkreises (Ab- und Anmelden von Versicherten) erfüllen kann.
- c) mit Interessenvertretungen zur Versicherung der von ihr vertretenen Personen,
- d) zu den gemäß lit. a) und c) versicherten Personen können die Ehegatten/eingetragenen Partner und/oder Kinder mitversichert werden, soweit und solange die versicherte Person oder der Ehegatte/eingetragene Partner Familienbeihilfe bezieht.

Regelungen für Abschluss und Beitritt von versicherten Personen sind im einzelnen Gruppenversicherungsvertrag festgelegt.

- (2) a) Personen, die während der Dauer des Gruppenversicherungsvertrages in den zu versichernden Personenkreis neu einbezogen werden, können zu dem im Gruppenversicherungsvertrag näher bezeichneten Zeitpunkt beitreten. Der Beitritt muss innerhalb eines Monats nach dem vorgesehenen Beitrittstermin beantragt werden.  
b) Sind in der Gruppenversicherung auch Ehegatten/eingetragene Partner und/oder Kinder der gemäß Abs. 1, lit. a) und c) versicherten Personen einbezogen, so können die Ehegatten/eingetragenen Partner nur mit dem Tag der Eheschließung/Begründung der eingetragenen Partnerschaft, die Kinder mit dem Tag der Geburt, dem Gruppenversicherungsvertrag beitreten. Der Beitritt muss innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung/Begründung der eingetragenen Partnerschaft bzw. nach der Geburt des Kindes beantragt werden.  
c) Der spätere Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag ist nur zu einem im Gruppenversicherungsvertrag näher bezeichneten Zeitpunkt möglich.  
d) Der neuerliche Beitritt einer aus dem Gruppenversicherungsvertrag ausgeschiedenen Person ist nur zu besonderen Bedingungen möglich.
- (3) Der Beitritt kann von einer ärztlichen Untersuchung oder Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses und von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden.
- (4) Der Antragsteller/Beitretende ist sechs Wochen an seinen Antrag gebunden. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung bzw. mit der Absendung des Antrages.
- (5) Über die Annahme des Antrages entscheidet die Geschäftsleitung der Generali. Anträge/Beitrittserklärungen können ohne Angabe von Gründen abgelehnt werden. Die Entscheidung ist dem Antragsteller schriftlich mitzuteilen. Mit der Zustellung (Aushändigung) der Polizze oder der schriftlichen Annahmeerklärung ist der Versicherungsvertrag abgeschlossen bzw. der Beitritt wirksam.

## **§ 5**

### **Beginn des Versicherungsschutzes**

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Gruppenversicherungsvertrages bzw. mit Annahme der Beitrittserklärung, jedoch nicht vor Bezahlung der ersten Prämie, nicht vor Ablauf der Wartezeiten und nicht vor dem im Versicherungsvertrag oder in der Annahmeerklärung bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn).

Wird der Versicherungsvertrag oder die Annahmeerklärung nach diesem Zeitpunkt ausgehändigt, die Prämie sodann aber innerhalb von 14 Tagen oder ohne schuldhaften Verzug bezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz, abgesehen von den Bestimmungen über die Wartezeiten, mit dem im Versicherungsvertrag oder der Annahmeerklärung bezeichneten Zeitpunkt.

Das Versicherungsjahr wird ab dem Monatersten jenes Monats berechnet, in das

- der Beginn des Gruppenversicherungsvertrages, bzw.
- der Versicherungsbeginn der ersten versicherten Person (bei Versicherung mehrerer versicherter Personen in einer Police)

fällt (ursprünglicher Versicherungsbeginn).

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

## **§ 6**

### **Wartezeit**

- (1) Die Wartezeit wird ab Versicherungsbeginn, bei Erhöhung oder Ausweitung des Versicherungsschutzes ab dem Änderungszeitpunkt, gerechnet.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt bei Abschluss des Gruppenversicherungsvertrages und beim Beitritt gemäß § 4 Abs. 2 einen Monat.  
Sie entfällt, wenn der Versicherungsfall durch einen Unfall eintritt.
- (3) Die Bestimmungen über die allgemeine Wartezeit gelten, sofern in den Tarifen oder in der Police / Annahmeerklärung keine besonderen Wartezeiten festgelegt sind.
- (4) Für Pflegebedarf wegen Komplikationen während der Schwangerschaft besteht Versicherungsschutz nach Ablauf einer Wartezeit von neun Monaten. Wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass die Schwangerschaft nachweislich nach dem Versicherungsbeginn eingetreten ist, besteht keine Wartezeit.  
Es gilt als Nachweis, wenn der ärztlich errechnete Geburtstermin neun Monate nach Versicherungsbeginn liegt.

## **§ 7**

### **Art und Umfang des Versicherungsschutzes**

- (1) Art und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag, dem Antrag/der Beitrittserklärung, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den Ergänzenden Versicherungsbedingungen der versicherten Tarife und der Police.
- (2) Die Versicherungsleistungen sind im Tarif geregelt und von der Einstufung aufgrund des Pflegebedarfs der versicherten Person (§ 1 Abs. 2 und 5, § 2 und § 3) abhängig.
- (3) Es gelten folgend Pflegestufen:
  - Pflegestufe 1:  
für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 50 Stunden monatlich beträgt;
  - Pflegestufe 2:  
für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 75 Stunden monatlich beträgt;

- Pflegestufe 3:  
für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 120 Stunden monatlich beträgt;
- Pflegestufe 4 :  
für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 160 Stunden monatlich beträgt;
- Pflegestufe 5:  
für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich beträgt, wenn ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist.  
Dies ist der Fall, wenn eine dauernde Bereitschaft einer Pflegeperson erforderlich ist, beispielsweise wenn regelmäßig koordinierte Betreuungsmaßnahmen auch während der Nachtstunden notwendig sind.  
Ist eine koordinierte Pflege tagsüber möglich und sind im Regelfall während der Nacht keine Betreuungsmaßnahmen zu erbringen, liegt Pflegestufe 4 vor;
- Pflegestufe 6:  
für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich beträgt,
  - a) wenn zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen erforderlich und regelmäßig während des Tages und der Nacht zu erbringen sind oder
  - b) die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages und der Nacht wegen der Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung erforderlich ist.  
Zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen liegen dann vor, wenn ein Pflegeplan wegen des Zustandes der pflegebedürftigen Person nicht eingehalten werden kann und die Betreuungsmaßnahme unverzüglich erbracht werden muss;
- Pflegestufe 7:  
für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich beträgt, wenn praktische Bewegungsunfähigkeit oder ein gleichzeitiger Zustand (z.B. dauernder Einsatz technischer Hilfsmittel zur Aufrechterhaltung notwendiger Funktionen ist erforderlich) vorliegt.

- (4) Wenn sich der Gesundheitszustand einer pflegebedürftigen Person so verbessert, dass die Leistungspflicht der Generali entfällt, endet die Leistungspflicht mit der Änderung des Gesundheitszustandes.
- (5) Ändert sich der Pflegebedarf während des Leistungsbezugs, wird die Leistung der Generali ab dem Zeitpunkt der Änderung neu festgesetzt.
- (6) Nicht ersetzt werden Kosten für medizinische Heilbehandlung, inklusive psychologische Betreuung und physikalische Therapie, sowie Sach- und Transportkosten. Kosten die im Zusammenhang mit einem Rehabilitationsaufenthalt, einem Kuraufenthalt oder einem Aufenthalt für Akutgeriatrie/Remobilisation entstehen, sind nicht ersatzfähig.

## § 8

### **Einschränkung des Versicherungsschutzes**

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

Die Generali ist jedoch zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person beweist, dass die für die körperliche, geistige oder psychische Behinderung oder Sinnesbehinderung ursäch-

liche Erkrankung erst nach Abschluss des Gruppenversicherungsvertrags oder des Beitritts zu diesem für sie erkennbar wurde.

- (4) Kein Versicherungsschutz besteht
- für Pflegebedarf, der aufgrund eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften eintritt oder verschlechtert wird oder der infolge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften wesentlich erhöht ist;
  - für Pflegebedarf, der auf einen Selbstmordversuch zurückzuführen ist;
  - für Pflegebedarf, der durch aktive Beteiligung an Unruhen, durch schuldhafte 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 die Generali diesem gegenüber zur Leistung verpflichtet, der Schadenersatzanspruch der versicherten Person an den Versicherungsnehmer geht jedoch auf die Generali über;
  - für Pflegebedarf, der durch Kriegsereignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzungen, entsteht;
  - solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten;
  - für die Dauer der Verbüßung einer Freiheitsstrafe.
- (5) Pflegebedürftigkeit gemäß Abs. 1 bis 3 kann zu besonderen Bedingungen (höhere Prämie, besondere Wartezeiten) in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden.
- (6) Für Pflegebedürftigkeit aufgrund von Krankheiten oder Unfällen, die vom Versicherungsnehmer bzw. von der versicherten Person vor Abschluss des Gruppenversicherungsvertrages oder des Beitritts zu diesem angegeben wurden, kann der Versicherungsschutz nur durch ausdrückliche schriftliche Erklärung der Generali ausgeschlossen werden.

## § 9

### Auszahlung der Versicherungsleistung

- (1) Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.
- (2) Die Generali ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihr geforderten Nachweise erbracht sind. Die Nachweise gehen in das Eigentum der Generali über. Die Nachweise müssen im Original vorgelegt werden und, sofern nichts anderes vereinbart ist, insbesondere enthalten: Vor- und Zuname der pflegebedürftigen Person, Umfang des Pflegebedarfs (Pflegestufe) sowie die durchschnittliche Dauer der Pflege im Monat (Anzahl der Stunden) und die Art der Pflege. Soweit Nachweise nach dem Bundespflegegeldgesetz oder den Landespflegegeldgesetzen erstellt wurden, sind diese vorzulegen.
- (3) Die Generali darf vorbehaltlich der Bestimmungen in Abs. 4 den Überbringer von Belegen als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt ansehen.
- (4) Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne Zustimmung der Generali weder verpfändet noch abgetreten werden.
- Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen der Generali nur aufrechnen, wenn es sich um Gegenforderungen handelt, die im rechtlichen Zusammenhang mit seiner Forderung stehen und die gerichtlich festgestellt oder von der Generali anerkannt worden sind.
- (5) Geldleistungen der Generali sind mit Beendigung des zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung der Generali nötigen Erhebungen fällig. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung der Generali verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und die Generali diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.

Sind die Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in der Höhe des Betrages verlangen, den die Generali nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gehindert ist.

(6) Die Generali 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 die Generali dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch schriftlich abgelehnt hat. Die Entscheidung der Generali muss zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zu Grunde gelegten Tatsache und der gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet sein und die Angabe der mit dem Ablauf verbundenen Rechtsfolge enthalten; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruches gehindert ist, gehemmt.

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

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

## § 10

### **Anwartschaftsversicherung**

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

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

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

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

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

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

## § 11

### **Ende des Versicherungsschutzes**

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

Kündigt die Generali gemäß § 15 Abs. 1, besteht Versicherungsschutz für alle vor Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages eingetretenen Versicherungsfälle bis zum Ablauf des 1. Monats nach Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages.

### § 12

#### A) Prämien, Gebühren und Abgaben

- (1) Prämien und Gebühren richten sich nach dem Gruppenversicherungsvertrag.  
Die Prämie ist eine Jahresprämie und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Sie ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Prämienraten bezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Prämienrate gestundet gelten. Die Prämienraten sind am 1. eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie ist spätestens bei Aushändigung bzw. Angebot des Gruppenversicherungsvertrages fällig.
- (2) Hat ein versichertes Kind das 18. Lebensjahr vollendet, so sind ab dem nächstfolgenden Monatsersten die Prämien zu bezahlen, die für erwachsene Personen zu entrichten sind.
- (3) Die Prämien sind in der im Gruppenversicherungsvertrag vereinbarten Form gesammelt an die von der Generali zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
- (4) Allfällige Abgaben (Steuern) aus dem Gruppenversicherungsvertrag trägt der Versicherungsnehmer. Ansonsten können dem Versicherungsnehmer nur Gebühren angelastet werden, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person veranlasst worden sind.

#### B) Zahlungsverzug und dessen Folgen

- (5) Ist die erste Prämie oder die erste Prämienrate innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist die Generali, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Gruppenversicherungsvertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.
- (6) Wird in der Folge eine fällige Prämie oder eine fällige Prämienrate nicht rechtzeitig gezahlt, so kann die Generali den Versicherungsnehmer unter Angabe der Höhe der Prämien- und Kostenschuld und der Rechtsfolgen weiterer Säumnis schriftlich auffordern, die Schuld innerhalb einer Zahlungsfrist von 14 Tagen, vom Empfang der Aufforderung an gerechnet, an die von der Generali bezeichnete Stelle ohne Abrechnung von Überweisungsspesen zu bezahlen.  
Neben Postgebühr und Mahnkosten können Verzugszinsen in Höhe der gesetzlichen Verzugszinsen eingehoben werden.
- (7) Tritt der Versicherungsfall nach Ablauf der Zahlungsfrist ein und ist der Versicherungsnehmer zu dieser Zeit mit der Zahlung der Prämien im Verzug, so ist die Generali 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 der Generali lebt nach Bezahlung aller rückständigen Prämien wieder auf, jedoch besteht für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der Zahlungsfrist und vor Nachzahlung der rückständigen Prämien eingetreten sind, und deren Folgen kein Anspruch auf Leistung.
- (8) Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10 v.H. der Jahresprämie, höchstens aber mit dem in § 39a VersVG genannten Betrag (derzeit EUR 60,-) in Verzug, so tritt die in Abs. 7 vorgesehene Leistungsfreiheit der Generali nicht ein.
- (9) Die Generali ist berechtigt, den Gruppenversicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Frist von 14 Tagen mit der Zahlung der Prämien im Verzug ist. Die Generali kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist den Gruppenversicherungsvertrag so kündigen, dass die Kündigung mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung der Prämien im Verzug ist.

- (10) Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung der Prämien nachholt.
- (11) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 7 und 9 nicht aus.

## § 13

### Obliegenheiten

#### **A) Anzeigeobligenheit vor Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. vor Beitritt der versicherten Person**

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

#### **B) Folgen der Verletzung der Anzeigeobligenheit vor Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. vor Beitritt der versicherten Person**

- (2) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person die Anzeigeobligenheit über erhebliche Gefahrenumstände schuldhaft verletzt, so kann die Generali vom Vertrag zurücktreten. Die Anzeigeobligenheit ist auch dann verletzt, wenn Fragen um Gefahrenumstände unvollständig beantwortet werden.
- (3) Der Rücktritt vom Gruppenversicherungsvertrag ist innerhalb eines Monats von dem Tag an zulässig, an dem die Generali von der Verletzung der Anzeigeobligenheit Kenntnis erlangt hat.
- (4) Tritt die Generali zurück, nachdem ein Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt der Versicherungsschutz bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigeobligenheit verletzt wurde, keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder auf den Umfang der Leistung der Generali gehabt hat.  
Die Generali kann jedoch die Rückzahlung der Leistungen verlangen, die sich auf Tatsachen beziehen, die zum Rücktritt geführt haben.
- (5) Im Falle des Rücktrittes steht das Recht auf Weiterversicherung gemäß § 16a nicht zu.
- (6) 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.
- (7) Das Recht der Generali, den Vertrag wegen Arglist anzufechten, wird durch die vorstehenden Bestimmungen nicht berührt.
- (8) Bei schuldloser Verletzung der Anzeigeobligenheit kann die Generali, wenn der Geschäftsplan bei Vorliegen der ihr unbekannt gebliebenen Gefahrenumstände eine höhere Prämie vorsieht, vom Beginn des laufenden Versicherungsjahres an die entsprechend höhere Prämie verlangen.  
Wird die höhere Gefahr nach den für den Geschäftsbetrieb der Generali maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht übernommen, so kann die Generali das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat kündigen.

### **C) Obliegenheiten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person während des Bestehens des Versicherungsvertrages**

- (9) Der Eintritt, jede Änderung und der Wegfall des Pflegebedarfs sind der Generali unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

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

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

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

- (10) Ab dem Zeitpunkt des tariflichen Leistungsbeginns sind ferner anzuzeigen:

- die Verlegung des Hauptwohnsitzes in das Ausland;
- jede Verbüßung einer Freiheitsstrafe.

- (11) 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.

- (12) Wird für eine versicherte Person bei einem anderen Versicherer eine Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten-, Pflegegeldversicherung) abgeschlossen, so ist die Generali vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu unterrichten.

### **D) Folgen der Verletzung von Obliegenheiten während des Bestehens des Versicherungsvertrages**

- (13) Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person eine der in Abs. 9 und 10 genannten Obliegenheiten, so ist die Generali von der Verpflichtung zur Leistung frei, sofern die Verletzung vorsätzlich oder grob fahrlässig erfolgt ist.

Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht der Generali zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht der Generali bedeutsam sind, so bleibt die Generali zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der der Generali obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat.

- (14) Wird die in Abs. 11 genannte Verhaltensobliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, so ist die Generali von der Verpflichtung zur Leistung frei und berechtigt, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen.

- (15) Wird die in Abs. 12 genannte Informationsobliegenheit schuldhaft verletzt, so ist die Generali von der Verpflichtung zur Leistung frei. Die Generali kann überdies den Versicherungsvertrag zur Gänze oder nur hinsichtlich der betreffenden versicherten Person innerhalb eines Monats, nachdem sie von der Obliegenheitsverletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Die Weiterversicherungsmöglichkeit gemäß § 16a steht nicht zu.

Kündigt die Generali innerhalb eines Monats nicht, so kann sie sich auf die Leistungsfreiheit nicht berufen.

## § 14

### Ansprüche gegen Dritte

- (1) Bestehen für einen Versicherungsfall neben dem Anspruch gegen die Generali gleichartige Ansprüche gegenüber dritten Personen oder öffentlich rechtlichen oder privaten Versicherungsträgern, so gehen diese Ansprüche insoweit auf die Generali über, als diese die Kosten ersetzt. Der Anspruchsberechtigte ist verpflichtet, diese Abtretung auf Verlangen der Generali schriftlich zu bestätigen.
- (2) Soweit der Anspruchsberechtigte von schadenersatzpflichtigen dritten Personen oder aufgrund anderer Versicherungsverträge schon Ersatz der ihm entstandenen Kosten erhalten hat, ist die Generali berechtigt, den Ersatz auf ihre Leistungen anzurechnen.
- (3) Die Absätze 1 und 2 gelten nicht für Leistungen, die auch ohne Kostennachweis gebühren.
- (4) Die Verpflichtung der Generali zur Leistung für Kosten, deren teilweisen Ersatz der Anspruchsberechtigte von einem öffentlich-rechtlichen Versicherungsträger fordern kann, tritt erst ein, wenn letzterer die ihm obliegenden Leistungen gewährt hat.
- (5) Gibt der Anspruchsberechtigte seinen Anspruch gegen Dritte oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht ohne Zustimmung der Generali auf, so wird die Generali insoweit von der Ersatzpflicht frei, als sie aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

## DAUER UND ENDE DES GRUPPENVERSICHERUNGSVERTRAGES

## § 15

### Dauer des Gruppenversicherungsvertrages, Kündigung durch den Versicherungsnehmer oder die Generali

- (1) Der Gruppenversicherungsvertrag wird für einen Zeitraum von 12 Monaten abgeschlossen. Er gilt jeweils ein Jahr verlängert, wenn er nicht von einem der Vertragsteile unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist schriftlich zum jeweiligen Ablauf gekündigt wird.
- (2) **Kündigung durch den Versicherungsnehmer**
  - a) Kündigt der Versicherungsnehmer den Gruppenversicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, hat die Generali das Recht, innerhalb einer Frist von einem Monat den Gruppenversicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen, und zwar entweder der mitversicherten Familienangehörigen oder aller versicherten Personen, zum gleichen Termin zu kündigen.
  - b) Kündigt der Versicherungsnehmer den Gruppenversicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Tarife, hat die Generali das Recht, innerhalb eines Monats den Vertrag hinsichtlich der übrigen Tarife der Person zum gleichen Termin zu kündigen. Diese Regelung gilt nur für jene Tarife, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses nur in Kombination mit anderen Tarifen versicherbar waren.

Das Recht auf Gegenkündigung gemäß Abs. 2. lit. a steht der Generali auch in diesem Fall jedenfalls zu.

c) Der Versicherungsnehmer hat innerhalb eines Monats nach Gegenkündigung durch die Generali das Recht, die ursprünglich ausgesprochene Kündigung zurückzuziehen.

d) Werden Prämien erhöht oder Leistungen vermindert (§ 13 B) Abs. 8), hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Gruppenversicherungsvertrag hinsichtlich der betroffenen Personen innerhalb eines Monats vom Zugang der Mitteilung über die Änderung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung zu kündigen.

Eine Anpassung des Versicherungsvertrages gemäß § 178f VersVG (siehe auch § 19) berechtigt zur Kündigung jedoch nicht.

- (3) **Kündigung durch die Generali**

Wenn der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person durch wissentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung einer Krankheit, Versicherungsleistungen erschleicht oder zu erschleichen versucht

oder bei einer solchen Handlung mitwirkt, so ist die Generali von der Verpflichtung zur Leistung frei und hat das Recht, den Gruppenversicherungsvertrag fristlos zu kündigen.

Die Kündigung kann auf die jeweils betroffenen versicherten Personen beschränkt werden. Diesen steht das Recht auf Weiterversicherung gemäß § 16a nicht zu.

## **§ 16**

### **Sonstige Beendigungsgründe**

(1) Geht der Versicherungsnehmer in Ausgleich, Konkurs oder Liquidation, so haben beide Vertragsteile das Recht, den Gruppenversicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zum Ende des laufenden Monats zu kündigen.

(2) Bei Ausscheiden der versicherten Person aus dem zu versicherenden Personenkreis endet der Versicherungsvertrag auch hinsichtlich der mitversicherten Personen.

Beim Tod einer versicherten Person endet der Versicherungsvertrag hinsichtlich dieser Person; beim Tod der gemäß § 2 Abs. 1 lit. a) und c) versicherten Personen, soweit der Gruppenversicherungsvertrag nichts anderes bestimmt, auch hinsichtlich der mitversicherten Familienangehörigen.

(3) Für versicherte Personen, die während der Vertragsdauer aus dem zu versichernden Personenkreis ausscheiden, endet der Versicherungsvertrag mit dem Ende des Monats des Ausscheidens.

## **§ 16a**

### **Weiterversicherung**

(1) Die Gruppenversicherten haben das Recht, innerhalb eines Monats nach Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis bzw. nach Beendigung des gesamten Gruppenversicherungsvertrages die Fortsetzung als Einzelversicherung nach Maßgabe der im Umstiegszeitpunkt für die Einzelversicherung geltenden Tarife und Versicherungsbedingungen bis zur Höhe der im Gruppenversicherungsvertrag erworbenen Rechte zu verlangen, sofern sie bei Eintritt in die Gruppenversicherung gemäß den Bestimmungen für die Einzelversicherung versicherungsfähig waren.

Für Krankheiten und Unfallfolgen, die vor Eintritt in die Gruppenversicherung bestanden haben, und deren Folgen gilt § 8 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen (siehe oben, Seite 10) sinngemäß.

(2) Dieses Recht steht der versicherten Person dann zu, wenn die Fortsetzung als Einzelversicherung für alle bisher mitversicherten Familienangehörigen unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers beantragt wird.

## **SONSTIGE BESTIMMUNGEN**

## **§ 17**

### **Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen**

(1) Alle Erklärungen des Versicherungsnehmers sind gültig, wenn sie schriftlich erfolgen und bei der Generali eingelangt sind. Die Erklärungen der Generali erfolgen ebenfalls schriftlich.

(2) Haben der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person ihre Anschrift gewechselt, dies aber nicht der Generali mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit von Willenserklärungen der Generali dem Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person gegenüber die Absendung des Briefes an die letzte der Generali bekanntgegebene Anschrift.

## **§ 18**

### **Erfüllungsort, Gerichtsstand**

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

## **§ 19**

### **Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie**

- (1) Die Generali ist verpflichtet, die Prämie oder den Versicherungsschutz (Allgemeine und Ergänzende Versicherungsbedingungen und Tarife) nach Vertragsabschluss ohne Altersbegrenzung, ohne Wartezeiten für die Mehrleistungen und ungeachtet eines etwa verschlechterten Gesundheitszustandes einseitig zu ändern, wenn mindestens einer der folgenden Umstände eintritt. Dabei ist die Generali 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 Personen,
  - d) Änderung des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherung,
  - e) Änderung der durch Gesetz, Verordnung, sonstige behördlichen Akte oder durch Vertrag zwischen der Generali und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und
  - f) Änderung des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.
- (2) Zur Festsetzung der erforderlichen Anpassung vergleicht die Generali laufend die der letzten Tarifikalkulation zugrundeliegenden Faktoren mit den zu erwartenden Faktoren.

Ergibt dieser Vergleich eine Änderung der zu erwartenden Leistungen, werden die Leistungen und Prämien dem geänderten Bedarf angepasst.

Für die Bemessung der Teilprämie für die Anpassung ist das Alter der versicherten Person im Zeitpunkt der Anpassung maßgebend.
- (3) Die neuen Leistungen und Prämien werden zum Ersten des Monats wirksam, der der schriftlichen Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.
- (4) Die Anpassung ist nicht durchzuführen, wenn ihr der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Empfang der Mitteilung der Generali schriftlich widerspricht. Diese Mitteilung hat einen Hinweis auf die Möglichkeit der Ablehnung der Anpassung zu enthalten.

Im Falle eines Widerspruchs wird die Versicherung mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen (Ersatztarif) fortgeführt und die Generali ist späterhin nicht mehr verpflichtet, eine Anpassung der Versicherungsleistungen durchzuführen.
- (5) Der Widerspruch kann jedoch vom Versicherungsnehmer innerhalb von 3 Monaten ab dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung zurückgezogen werden. In diesem Fall tritt die Anpassung in ursprünglicher Form zum ursprünglichen Zeitpunkt in Kraft.

## § 20

### Gewinnbeteiligung

Die Pflegegeldversicherungen gehören zum Gewinnverband B.

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

- (1) Erstens sind nur diejenigen Versicherungen des Gewinnverbandes teilnahmeberechtigt, für welche die Prämien des abgelaufenen ganzen Kalenderjahres voll gezahlt worden sind.

Änderungen des Versicherungsschutzes oder der Tarife während des Kalenderjahres können eine Teilnahmeberechtigung nicht begründen. Haben sich die Prämien während des Kalenderjahres geändert, bemisst sich die Höhe der Gewinnbeteiligung nach der niedrigsten Monatsprämie.

Weiters ist Voraussetzung, dass für die ganze Dauer des letzten Kalenderjahres keine Leistungen von der Generali bezogen worden sind.

Ausgeschlossen sind die Versicherungen, bei denen im abgelaufenen Kalenderjahr durch Prämienzahlungsverzug Leistungsfreiheit der Generali eingetreten ist, oder die in Form einer Anwartschaftsversicherung bestanden haben (§ 10 Abs. 3 AVBGP 2009).

- (2) Auszahlung von Versicherungsleistungen:

Bei Feststellung der Teilnahmeberechtigung an der Gewinnbeteiligung gelten die Versicherungen von erwachsenen Personen als Einheit, d.h. diese Versicherungen sind nur dann teilnahmeberechtigt, wenn von keiner der erwachsenen Personen im abgelaufenen Geschäftsjahr Versicherungsleistungen in Anspruch genommen worden sind.

- (3) Kinderprämien sind nicht gewinnberechtigt.

- (4) Der auf die einzelne Versicherung entfallende Gewinnanteil wird entsprechend dem Geschäftsplan ermittelt. Er muss stets ein ganzzahliges Vielfaches einer Monatsprämie betragen. Verbleibende Reste in der Gewinnrücklage der versicherten Personen werden auf das Folgejahr vorgetragen.

- (5) Die Verrechnung der Gewinnbeteiligung erfolgt nach Veröffentlichung der Bilanz, frühestens jedoch zum 1.7. des dem abgelaufenen Geschäftsjahr folgenden Kalenderjahr. Für zum Zeitpunkt der Verrechnung ausgeschiedene Versicherungsverträge erfolgt keine Verrechnung.

Die Gewinnbeteiligung wird von der Generali auf die Prämien der Monate, die der Verrechnung folgen, in Anrechnung gebracht.

- (6) Bei Ansprüchen auf Versicherungsleistung für das abgelaufene Geschäftsjahr nach Empfang der Gewinnbeteiligung, wird diese auf die Leistung der Generali angerechnet; eine zu Unrecht erhaltene Gewinnbeteiligung ist zurückzuerstatten.

## Ergänzende Versicherungsbedingungen für Tarife der Gruppenpflegegeldversicherung

- BestCare: Pflege Pflegegeld ab Pflegestufe 1 (Tarif 1PB),
- BestCare: Pflege Pflegegeld ab Pflegestufe 1 mit Leistungsfreiheits-Bonus bei Ableben (Tarif 1PBA),
- BestCare: Pflege Pflegegeld ab Pflegestufe 3 (Tarif 3PB),
- BestCare: Pflege Pflegegeld ab Pflegestufe 3 mit Leistungsfreiheits-Bonus bei Ableben (Tarif 3PBA),
- BestCare: Pflege Pflegegeld ab Pflegestufe 3 ohne Prämienbefreiung (Tarif 3P)

Die Ergänzenden Versicherungsbedingungen für Tarife der Gruppenpflegegeldversicherung sind insoweit Bestandteil des Gruppenversicherungsvertrages, als im Gruppenversicherungsvertrag nicht Abweichendes bestimmt ist.

Mangels besonderen Hinweises gelten die folgenden Bestimmungen für alle oben angeführten Tarife.

### § 1

#### Gegenstand des Versicherungsschutzes

- (1) **Vorübergehend notwendige Pflege und Betreuung**  
ist gegeben, wenn Pflegebedarf gemäß § 1 Abs. 2 AVBGP 2009 für einen Zeitraum von mindestens drei Tagen und voraussichtlich weniger als sechs Monaten besteht.
- (2) **Dauernd notwendige Pflege und Betreuung**  
ist gegeben, wenn der Pflegebedarf gemäß § 1 Abs. 2 AVBGP 2009 voraussichtlich für einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten besteht.

### § 2

#### Wartezeit

Abweichend von § 6 Abs. 2 AVBGP 2009 beträgt die Wartezeit für dauernd notwendige Pflege und Betreuung ein Jahr.

Sie entfällt, wenn der Versicherungsfall durch einen Unfall eintritt.

### § 3

#### Art und Umfang der Versicherungsleistungen

- (1) **Ersatz der Kosten und Organisation einer vorübergehend notwendigen Pflege und Betreuung**
  1. **Feststellung des Pflegebedarfs**  
Die Notwendigkeit des Pflegebedarfs wird durch die Generali festgestellt.
  2. Über Beauftragung der versicherten Person, veranlasst die Generali die **Organisation** notwendiger Pflege- und Betreuungsmaßnahmen.
  3. **Voraussetzung für Kostenersatz**
    - a. Voraussetzung für den Kostenersatz ist ein Pflegebedarf, der mindestens der Pflegestufe 1 entspricht.
    - b. Die Tätigkeiten werden von dafür geeigneten und zugelassenen Einrichtungen/Personen erbracht oder von der Generali organisiert.
  4. **Dauer des Kostenersatzes**  
Der Zeitraum von 2 Kalenderjahren wird nach dem Beginn jenes Kalenderjahres ermittelt, in das der ursprüngliche Versicherungsbeginn (§ 5 AVBGP 2009) fällt.

## 5. **Auszahlung des Kostenersatzes**

Der Kostenersatz wird nach Vorlage der Rechnung über die erbrachten Pflege- und Betreuungsleistungen gezahlt.

Diese Rechnung hat insbesondere folgende Angaben zu enthalten:

- Vor- und Zuname sowie Geburtsdatum der pflegebedürftigen Person,
- die tatsächliche Dauer der Betreuung bzw. Hilfe (Stunden pro Woche/Tag),
- Art und Umfang der verrichteten Tätigkeiten,
- Tag (Datum) der Leistungserbringung,
- Name und Anschrift des Leistungserbringers

## 6. **Kostenersatz und Pflegegeld**

Für vorübergehend notwendige Pflege und Betreuung wird kein Kostenersatz geleistet, wenn und solange ein Anspruch auf Pflegegeld bei dauernd notwendiger Pflege und Betreuung besteht oder begründet werden könnte.

Wurde bereits eine Leistung für vorübergehend notwendige Pflege und Betreuung erbracht, besteht für diesen Zeitraum bis zur Höhe des ausbezahlten Betrages kein Anspruch auf Pflegegeld bei dauernd notwendiger Pflege und Betreuung (keine Doppelzahlung).

## 7. **Subsidiarität**

Kostenersatz für vorübergehend notwendige Pflege und Betreuung wird nur erbracht, soweit nicht aus anderen Privat- oder Sozialversicherungen, oder sonstigen öffentlichen oder privaten Einrichtungen Kostenersatz erlangt werden kann.

### (2) **Pflegegeld bei dauernd notwendiger Pflege und Betreuung**

1. Diese Leistung wird abhängig vom täglichen Pflege- und Betreuungsaufwand erbracht.

#### **Für Tarife 3P, 3PB und 3PBA gilt:**

Die Leistung wird ab Pflegestufe 3 (§ 7 Abs. 3 AVBGP 2009) abhängig vom täglichen Pflege- und Betreuungsaufwand erbracht.

Die Auszahlung erfolgt monatlich im Nachhinein.

In Abänderung von § 8 Abs. 4 AVBGP 2009 wird bei vorübergehendem oder dauerndem Aufenthalt in einem EU-Mitgliedsstaat, der Schweiz oder Liechtenstein Pflegegeld geleistet.

### 2. **Höhe des Pflegegeldes**

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

Die Generali ist berechtigt, den Eintritt des Pflegebedarfs, die Pflegestufe und die Fortdauer durch einen ärztlichen Sachverständigen feststellen zu lassen.

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

Das Sachverständigengutachten hat jedenfalls zu enthalten:

- a) die Anamnese, die Diagnose und die voraussichtliche Entwicklung der Behinderung,
- b) den Befund über die Funktionsausfälle und die zumutbare Verwendung von Hilfsmitteln bzw. die Beschreibung der Defizite auf Grund der geistigen oder psychischen Behinderung,
- c) die Angabe, zu welchen Verrichtungen ständige Betreuung und Hilfe benötigt wird,
- d) eine Begründung, für eine Abweichung von den in § 2 AVBGP 2009 festgelegten Richt- und Mindestwerten,
- e) begründete Angaben, ob die zusätzlichen Kriterien für die Stufen 5, 6 oder 7 vorliegen, wenn der Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich beträgt.

### **3. Auszahlung des Pflegegeldes**

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

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

Die Generali kann einen Nachweis der aufgewendeten Kosten für erbrachte Pflege- und Betreuungsleistungen verlangen. Das Pflegegeld wird dann nach Vorlage einer entsprechenden Rechnung gezahlt.

Diese Rechnung hat insbesondere folgende Angaben zu enthalten:

- Vor- und Zuname sowie Geburtsdatum der pflegebedürftigen Person,
- die tatsächliche Dauer der Betreuung bzw. Hilfe (Stunden pro Woche/Tag),
- Art und Umfang der verrichteten Tätigkeiten,
- Name und Anschrift des Leistungserbringers.

## **Die folgende Bestimmung des § 4 gilt nicht für den Tarif 3P**

### **§ 4**

#### **Ruhen der Prämienzahlung**

Bei Anspruch auf Pflegegeld bei dauernd notwendiger Pflege und Betreuung (§ 3 Abs. 2) ruht die Verpflichtung zur Prämienzahlung für die Dauer des Leistungsbezugs.

Die Verpflichtung zur Prämienzahlung lebt mit Ende des Leistungsbezugs wieder auf.

Für die Dauer des Ruhens der Prämienzahlung erfolgt keine Wertsicherung (§ 5 Abs. 2).

### **§ 5**

#### **Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie**

(1) Der Versicherungsschutz ist gemäß § 19 AVBGP 2009 wertgesichert.

(2) In Ergänzung zu § 19 Abs. 2 AVBGP 2009 gilt:

Ergibt dieser Vergleich eine Änderung der kalkulierten Prämie und Leistungen der Grundtarifstufe 1PB, 1PBA, 3PB, 3PBA oder 3P, so werden die Prämie und die Leistungen der Grundtarifstufe entsprechend angepasst.

### **§ 6**

#### **Gewinnverband**

Versicherungen nach den Tarifen 1PB, 1PBA, 3PB, 3PBA und 3P gehören zum Gewinnverband B.

## **Die folgende Bestimmung des § 7 gilt nur für Tarife 1PBA und 3PBA**

### **§7**

#### **Leistungsfreiheits-Bonus bei Ableben**

(1) Diese Leistung wird bei Tod der versicherten Person an deren Erben ausbezahlt.

Voraussetzung dafür ist, dass während der Vertragslaufzeit kein Pflegegeld bei dauernd notwendiger Pflege und Betreuung (§ 3 Abs. 2) geleistet wurde.

(2) Ungeachtet des Bezugsrechts gemäß Abs. 1 werden im Rahmen der Ablebensleistung die nachweislich aufgewendeten Begräbniskosten (Kosten der Überführung des Toten und der Bestattung – einschließlich Grabstelle und Grabstein) ersetzt. Zum Empfang der Begräbniskosten ist der Überbringer der Originalrechnungen berechtigt.

Ein verbleibender Differenzbetrag wird an die Erben der versicherten Person ausbezahlt.

## **Ergänzende Versicherungsbedingungen für Optionstarife der Gruppenpflegegeldversicherung**

- **BestCare: Pflege Option auf Pflegegeld ab Pflegestufe 1 (Tarif 1PBO)**
- **BestCare: Pflege Option auf Pflegegeld ab Pflegestufe 3 (Tarif 3PBO),**

Die Ergänzenden Versicherungsbedingungen für Optionstarife der Gruppenpflegegeldversicherung sind insoweit Bestandteil des Gruppenversicherungsvertrages, als im Gruppenversicherungsvertrag nicht Abweichendes bestimmt ist.

### **§ 1**

#### **Option auf Pflegegeld – Tarifumstellung**

- (1) Die Vereinbarung einer Anwartschaftsversicherung gemäß § 10 AVBGP 2009 ist nicht möglich.
- (2) Die Tarifumstellung muss vor dem Umstellungszeitpunkt beantragt werden.  
Die Tarifumstellung erfolgt ohne neuerliche Risikoprüfung und ohne Wartezeiten für die höheren (neuen) Leistungen. Für die Bemessung der Teilprämie für die höheren (neuen) Leistungen ist das Alter im Zeitpunkt der Tarifumstellung maßgebend.
- (3) Wird die Tarifumstellung vom Versicherungsnehmer nicht bis zu dem in der Police vereinbarten Zeitpunkt beantragt, erstellt die Generali eine neue Police mit den Leistungen der Tarifgruppe 1PB bzw. 3PB die der in der Police vereinbarten Tarifstufe 1PBO bzw. 3PBO entsprechen.  
Der Versicherungsnehmer hat das Recht, innerhalb von 4 Wochen ab Erhalt dieses Vorschlags der Tarifumstellung zu widersprechen oder eine Reduktion zu verlangen. Bei Ablehnung der Tarifumstellung wird diese rückgängig gemacht und die Option ist erloschen.

### **§ 2**

#### **Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie**

- (1) Der Versicherungsschutz ist gemäß § 19 AVBGP 2009 wertgesichert.  
Eine Anpassung von Prämien und Leistungen aufgrund einer Indexveränderung ist nicht vereinbart.
- (2) In Ergänzung zu § 19 Abs. 2 AVBGP 2009 gilt:  
Die Leistungen und Prämien des Tarifs 1PBO bzw. 3PBO werden aufgrund von Änderungen der zu erwartenden Leistungen im künftig versicherten Tarif 1PB bzw. 3PB im selben Ausmaß angepasst. Ergibt dieser Vergleich eine Änderung der kalkulierten Prämie und Leistungen der Grundtarifstufe 1PB bzw. 3PB, so werden die Prämie und die Leistungen der Grundtarifstufe 1PBO bzw. 3PBO entsprechend angepasst.

### **§ 3**

#### **Gewinnbeteiligung**

Versicherungen nach den Tarifen 1PBO und 3PBO sind nicht gewinnberechtigigt.

### Information zur Datenanwendung (gemäß § 24 DSGVO)

#### Sehr geehrter Kunde,

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

#### 1. Zweck der Datenanwendung

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

#### Datenverarbeitung beim Versicherer

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

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

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

#### Übermittlung von nichtsensiblen Daten

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

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

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

#### Übermittlung von Gesundheitsdaten

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

untersuchende oder behandelnde Ärzte und Krankenanstalten oder sonstige Einrichtungen der Kranken-

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

### **Verwendung von Daten in der Unternehmensgruppe und bei Kooperationspartnern**

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

Die wichtigsten Gesellschaften unserer Unternehmensgruppe sind zur Zeit:

Generali Holding Vienna AG, Wien

Generali Versicherung AG, Wien

Generali Bank AG, Wien

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

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

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

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

### **Übermittlungen an Vermittler/Berater**

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

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

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

## **2. Widerruf der Zustimmungserklärung und Widerspruch gegen die Datenverarbeitung**

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

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

### 3. **Informationsverbundsystem des Versicherungsverbandes**

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

### 4. **Nichtbeantwortung von Fragen**

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

### 5. **Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht**

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

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

### 6. **Weitere Auskünfte und Erläuterungen**

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

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

Für allfällige Anfragen und Auskünfte zum Thema Datenschutz steht Ihnen unser Datenschutzbeauftragter (Tel.: 01-53401/11399; e-mail: [datenschutz@generali.at](mailto:datenschutz@generali.at)) zur Verfügung.

## **Gesetzliche Bestimmungen, auf die in § 5b VersVG (Rücktrittsrecht) verwiesen wird:**

### **§ 9a VAG**

- (1) Der Versicherungsnehmer ist bei Abschluss eines Direktversicherungsvertrages über ein im Inland belegenes Risiko vor Abgabe seiner Vertragserklärung schriftlich zu informieren über
  1. Name, Anschrift des Sitzes und Rechtsform des Versicherungsunternehmens, gegebenenfalls auch der Zweigniederlassung, über die der Versicherungsvertrag abgeschlossen wird,
  2. das auf den Vertrag anwendbare Recht oder, wenn das anwendbare Recht frei gewählt werden kann, das vom Versicherungsunternehmen vorgeschlagene Recht,
  3. Bezeichnung und Anschrift der für das Unternehmen zuständigen Aufsichtsbehörde oder sonstigen Stelle, an die den Versicherungsvertrag betreffende Beschwerden gerichtet werden können,
  4. die Laufzeit des Versicherungsvertrages,
  5. die Prämienzahlungsweise und die Prämienzahlungsdauer,
  6. die Umstände, unter denen der Versicherungsnehmer den Abschluss des Versicherungsvertrages widerrufen oder von diesem zurücktreten kann.

### **§ 18b VAG**

- (1) Der Versicherungsnehmer ist bei Abschluss eines Versicherungsvertrages über ein im Inland belegenes Risiko vor Abgabe seiner Vertragserklärung zusätzlich zu den Informationspflichten gemäß § 9a schriftlich zu informieren über
  1. die Leistungen des Versicherers und die dem Versicherungsnehmer hinsichtlich dieser Leistungen zustehenden Wahlmöglichkeiten,
  2. die Voraussetzungen, unter denen der Versicherungsvertrag endet,
  3. die Grundsätze für die Berechnung der Gewinnbeteiligung,
  4. die Rückkaufswerte und die beitragsfreien Versicherungsleistungen,
  5. die Prämienanteile für die Hauptleistung und für Nebenleistungen,
  6. die Kapitalanlagefonds, an denen die Anteilsrechte bestehen, und die Art der darin enthaltenen Vermögenswerte in der fondsgebundenen Lebensversicherung,
  7. die Art der Kapitalanlage, den Bezugswert und die grundlegenden Faktoren, welche zur Berechnung der Versicherungsleistung herangezogen werden, in der indexgebundenen Lebensversicherung,
  8. die Art der Kapitalanlage, die vereinbarte Veranlagungsstrategie sowie die Voraussetzungen einer Änderung der Veranlagungsstrategie in der kapitalanlageorientierten Lebensversicherung,
  9. die für die Versicherung geltenden abgabenrechtlichen Vorschriften, wobei deutlich darauf hinzuweisen ist, dass die jeweilige abgabenrechtliche Behandlung von den persönlichen Verhältnissen des Kunden abhängt und künftigen Änderungen unterworfen sein kann,
  10. bestehende Sicherungssysteme und deren Zugangsmöglichkeiten.

### **§ 137f GewO**

- (7) Der Versicherungsvermittler ist verpflichtet, dafür zu sorgen, dass dem Versicherungskunden bei Abschluss jedes ersten Versicherungsvertrags und nötigenfalls bei Änderung oder Erneuerung des Vertrags folgende Informationen vor Abgabe der Vertragserklärung des Kunden gegeben werden:
  1. seinen Namen und seine Anschrift;
  2. in welches Register er eingetragen wurde und auf welche Weise sich die Eintragung überprüfen lässt;
  3. ob er eine direkte oder indirekte Beteiligung von über 10 vH an den Stimmrechten oder am Kapital eines bestimmten Versicherungsunternehmens hält;
  4. ob ein bestimmtes Versicherungsunternehmen oder dessen Mutterunternehmen an seinem Unternehmen eine direkte oder indirekte Beteiligung von über 10 vH der Stimmrechte oder am Kapital hält;
  5. Angaben über Beschwerdemöglichkeiten betreffend die Versicherungsvermittlung

(8) Bei einem Beratungsgespräch hat der Versicherungsvermittler entweder in der Form "Versicherungsagent" oder in der Form "Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten" tätig zu werden. Im Hinblick auf jeden einzelnen angebotenen Vertrag hat der Versicherungsvermittler vor Abgabe der Vertragserklärung des Kunden diesem mitzuteilen:

1. ob er seinen Rat gemäß Absatz 9 auf eine ausgewogene Marktuntersuchung stützt, oder
2. ob er vertraglich gebunden ist und entweder
- a) verpflichtet ist, Versicherungsvermittlungsgeschäfte bezüglich des vertragsgegenständlichen Versicherungsprodukts ausschließlich mit einem Versicherungsunternehmen zu tätigen.

In diesem Fall teilt er dem Kunden auf Nachfrage auch die Namen allfälliger sonstiger Versicherungsunternehmen mit, an die er vertraglich gebunden ist, wobei der Kunde über dieses Recht zu informieren ist oder

- b) zwar nicht verpflichtet ist, Versicherungsvermittlungsgeschäfte bezüglich des vertragsgegenständlichen Versicherungsprodukts ausschliesslich mit einem Versicherungsunternehmen zu tätigen, aber seinen Rat wegen seiner vertraglichen Bindungen nicht auf eine ausgewogene Marktuntersuchung (Z 1) stützt.

In diesem Fall teilt er dem Kunden auch die Namen der Versicherungsunternehmen mit, mit denen er Versicherungsgeschäfte tätigen darf und auch tätigt.

### **§ 137g GewO**

- (1) Der Versicherungsvermittler hat den Kunden, abgestimmt auf die Komplexität des angebotenen Versicherungsvertrags, entsprechend den Angaben, Wünschen und Bedürfnissen des Kunden zu beraten. Bei Abschluss eines Versicherungsvertrags hat der Versicherungsvermittler vor Abgabe der Vertragserklärung des Kunden, insbesondere anhand der vom Kunden gemachten Angaben, zumindest dessen Wünsche und Bedürfnisse sowie die Gründe für jeden diesem zu einem bestimmten Versicherungsprodukt erteilten Rat genau anzugeben.
- (2) Die Verpflichtungen gemäß Abs. 1 und gemäß § 137f Abs. 7 und 8 bestehen nicht bei der Vermittlung von Versicherungen für Großrisiken im Sinne von Artikel 5 Buchstabe d) der Richtlinie 73/239/EWG zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften betreffend die Aufnahme und Ausübung der Tätigkeit der Direktversicherung (mit Ausnahme der Lebensversicherung), ABl. Nr. L 228 vom 16. August 1973 S. 3 in der Fassung der Richtlinie 02/87/EG zur Änderung der Richtlinie 73/239/EWG über die Solvabilitätsspanne für Schadenversicherungsunternehmen, ABl. Nr. L 77 vom 20. März 2002 S. 17 und bei der Rückversicherungsvermittlung.

### **§ 137h GewO**

- (1) Die den Kunden nach § 137f Abs. 7 und 8 und § 137g zustehenden Auskünfte und Dokumentationen sind wie folgt zu geben:
  1. auf Papier oder auf einem anderen, dem Kunden zur Verfügung stehenden und zugänglichen dauerhaften Datenträger;
  2. in klarer, genauer und für den Kunden verständlicher Form;
  3. in deutscher oder in jeder anderen von den Parteien vereinbarten Sprache.
- (2) Abweichend von Abs. 1 Z 1 reicht eine mündliche Auskunftserteilung aus, wenn der Kunde dies von sich aus nachweislich wünscht oder wenn eine Sofortdeckung erforderlich ist. In diesen Fällen werden die Auskünfte in der nach Abs. 1 vorgeschriebenen Form unmittelbar nach Abschluss des Versicherungsvertrags erteilt.
- (3) Handelt es sich um einen Telefonverkauf, so haben die vor dem Abschluss dem Kunden erteilten Auskünfte den Gemeinschaftsvorschriften über den Fernabsatz von Finanzdienstleistungen an Verbraucher zu entsprechen. Zusätzlich sind die in Abs. 1 genannten Auskünfte in der dort vorgeschriebenen Form unmittelbar nach Abschluss des Versicherungsvertrags zu erteilen.
- (4) Der Bundesminister für Wirtschaft und Arbeit kann nach Anhörung des für Angelegenheiten des Konsumentenschutzes zuständigen Bundesministers und des Bundesministers für Justiz durch Verordnung einen genauen Wortlaut für die Auskunftserteilung nach § 137f Abs. 7 und 8 und § 137g festlegen und Inhalt und Art und Weise der dem Kunden zu erteilenden Auskünfte regeln.







