

Wüstenrot Lebens:Wert

**Schützt vor finanziellen Folgen bei Diagnose Krebs
Dread-Disease Versicherung (Versicherungsleistung
bei Eintritt einer schweren Krankheit)**

Antrag Nr.: _____

Durch meine Unterschriften mache ich die nachstehenden Angaben, die rückseitigen Hinweise und Erklärungen sowie die Gesundheitsfragen und die Hinweise auf der verbindlichen Zusatzklärung zum Inhalt meines Antrages und erkenne diese an, auch wenn sie von mir nicht eigenhändig geschrieben sind. Das Beiblatt über die Gesundheitsfragen sowie die verbindliche Zusatzklärung bilden einen integrierten Bestandteil dieses Antrages. An diesen Antrag bleibe ich sechs Wochen ab Datum der Antragstellung gebunden. Ein ärztliches Attest ist generell bei einer Versicherungssumme über € 300.000,00, bei einem Eintrittsalter ab 45 Jahren bei einer Versicherungssumme von mehr als € 200.000,00 sowie bei einem Eintrittsalter ab 55 Jahren bei einer Versicherungssumme von mehr als € 150.000,00 erforderlich.

Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen!

VERSICHERUNGSNEHMER und versicherte Person: Titel, Vorname	Soz. Vers. Nr.:	Geburtsdatum:	Staatsbürgerschaft: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Familienname	Beruf bzw. dzt. Tätigkeiten/Beschäftigungen:		<input type="checkbox"/> unselbstst. <input type="checkbox"/> selbstst.
Hauptwohnsitz: Straße, Nr.	Telefon mit Vorwahl		
PLZ, Ort	Ausweis: <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Führerschein <input type="checkbox"/> Personalausweis Nr.		Datum:

Ich schließe diesen Vertrag auf fremde Rechnung ab und/oder habe einen Auftrag von einem Dritten erhalten (=Treuhand):
 nein ja (bitte Formular "Treuhand" beilegen/nachsenden)

Angaben zur versicherten Person:
 Nikotinkonsum (innerhalb der letzten 12 Monate): ja nein
 Größe: cm Gewicht: kg

Aus den Angaben über Größe, Gewicht und Nikotinkonsum wird die Zuordnung in die Risikoklassen Preferred Nichtraucher, Nichtraucher oder Raucher ermittelt.

Nichtraucher ist, wer in den vergangenen 12 Monaten vor Antragstellung Nikotin, weder durch den Genuss von Zigaretten, Zigarren, Pfeife, Kautabak noch in anderer Form zu sich genommen hat. Die Zuordnung in die Risikoklasse „Preferred Nichtraucher“ erfolgt bei einem ermittelten BodyMaßIndex (BMI) zwischen 19 und 26,99. Der BMI bewertet das Körpergewicht in Relation zur Körpergröße. Raucher werden grundsätzlich der Risikoklasse Raucher zugeordnet.

Ich nehme zur Kenntnis, dass der Versicherungsvertrag erst mit Zugang der Versicherungsurkunde oder einer gesonderten Annahmeerklärung zustande kommt; vor diesem Zeitpunkt besteht kein Versicherungsschutz.

Tarif: 177	Versicherungsbeginn*: 1.	Versicherungsdauer: <input type="text"/> Jahre	Leistung bei bedingungsgemäßer Krebserkrankung**: <input type="text"/> €
--------------------------	--	---	---

* Hinweise zur Wartezeit unter Produktinformation beachten.
 ** Die Versicherungssumme eines mitversicherten Kindes beträgt bei bedingungsgemäßer Krankheit eines Kindes ein Drittel der vereinbarten Versicherungssumme, maximal € 11.000,00.

Beitragszahlung (inkl. Vers.Steuer) <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich	Tarifbeitrag*** (laut Zahlungsweise)	€ <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> SEPA-Lastschrift <input type="checkbox"/> Erlagschein	Zahlbeitrag inkl. Sofortbonus**** (laut Zahlungsweise)	€ <input type="text"/>

Kontoinhaber (Vor-, Familienname):	(Anschrift):
IBAN:	BIC: (Geburtsdatum):

Ermächtigung zum SEPA-Lastschriftmandat (sofern SEPA-Lastschrift als Zahlungsart gewünscht wird):
 Ich ermächtige die Wüstenrot Versicherungs-AG / CID AT32ZZZ00000006247 Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Wüstenrot Versicherungs-AG auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschrift einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Der genaue Termin der ersten SEPA-Lastschrift wird mir zeitgerecht vor dem ersten Einzug über eine Information auf der Urkunde bzw. mit separatem Schreiben bekanntgegeben.

Bezugsrecht im Krankheitsfall der Versicherungsnehmer

*** Der Tarifbeitrag ist das vereinbarte und von Ihnen maximal zu bezahlende Entgelt, das sich abhängig von der jeweiligen Risikoklasse berechnet.

**** Der Zahlbeitrag ergibt sich unter Berücksichtigung eines Sofortbonus. Damit die vertraglichen Leistungen auch dann erfüllt werden können, wenn sich die Sterblichkeit oder die Kosten ungünstig entwickeln, sind die Lebensversicherer zu einer vorsichtigen Beitragskalkulation verpflichtet. Sterblichkeits- und Kostengewinne ergeben sich dann, wenn Sterblichkeit und Kosten niedriger sind, als bei der Tarifkalkulation angenommen. Der im Zahlbeitrag berücksichtigte Sofortbonus ergibt sich aus Risiko- und Kostengewinnen und reduziert den vorsichtig kalkulierten Tarifbeitrag. Der Sofortbonus stellt den Gewinn aus der Sterblichkeit und den sonstigen Erfolgsquellen dar und wird in Prozent des Tarifbeitrages festgesetzt. Er kann für die einzelnen Abrechnungsverbände in unterschiedlicher Höhe festgesetzt werden. Der für die Beitragsberechnung maßgebliche Sofortbonus gilt jeweils für das im darauffolgenden Geschäftsjahr beginnende Versicherungsjahr. Abhängig von den erzielten Gewinnen kann sich der Zahlbeitrag reduzieren oder erhöhen, maximal jedoch bis zur Höhe des vereinbarten Tarifbeitrages.

Name des Beraters sowie Stempel	Ich habe diesen Antrag vermittelt als <input type="checkbox"/> Makler <input type="checkbox"/> Agent <input type="checkbox"/> Angestellter der WVAG <input type="checkbox"/> Angestellter der BWAG	A			WK
					SK

Hinweise und Erklärungen

• Für diesen Antrag gelten die **Bedingungen für die Dread-Disease Versicherung** und die **Bedingungen "Wichtige Hinweise"** als vereinbart.

• Form von Erklärungen:

- Schriftform

Folgende Erklärungen und Mitteilungen zwischen der Wüstenrot Versicherungs-AG dem Versicherungsnehmer, versicherten Personen oder sonstigen Dritten sind nur in Schriftform wirksam:

- Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrages,
- Kündigung und Rückkäufe,
- Änderung des Bezugsberechtigten,
- Antrag auf Auszahlung einer Versicherungsleistung (inkl. Vorauszahlungen),
- Änderung des Versicherungsnehmers
- Abtretungen,
- Erteilung von Vollmachten hinsichtlich jener Erklärungen, für welche die Schriftform vorgesehen ist.

Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung vom Erklärenden eigenhändig unterschrieben zugehen muss.

• Geschriebene Form:

Für alle anderen Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers, versicherten Personen oder sonstigen Dritten genügt es zur Wirksamkeit, wenn sie in geschriebener Form erfolgen und zugehen. Der geschriebenen Form wird durch einen Text in Schriftzeichen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Telefax oder E-Mail), entsprochen.

Blöß mündlich abgegebene Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers, der versicherten Personen oder sonstigen Dritten sind nicht wirksam.

Mit dieser Vereinbarung bin ich ausdrücklich einverstanden nicht einverstanden.

Datenschutzerklärung

Ich stimme ausdrücklich zu, dass die Wüstenrot Versicherungs-AG

• zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen, geändert oder fortgesetzt wird, personenbezogene Gesundheitsdaten (insbesondere Anamnese, Entlassungsberichte, Histologie- und Laborbefunde, diagnostische Befunde, klinische oder ärztliche Aufnahme- und Behandlungsdaten) durch Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Kranken- und Gesundheitsvorsorge sowie von mir bekannt gegebenen Sozialversicherungsträgern einholen darf. Weiters stimme ich Erkundigungen über frühere, bestehende und bis zum Ende des Versicherungsschutzes eintretende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen bei Ärzten, Krankenanstalten, sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge und von mir bekannt gegebenen Sozialversicherungsträgern zu.

• zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall und zur Überprüfung erbrachter Behandlungsleistungen

- personenbezogene Gesundheitsdaten durch Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung einholen darf (Auskünfte über frühere, bestehende und bis zum Ende des Versicherungsschutzes eintretende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen). Davon umfasst sind insbesondere Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- und Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder -beendigung; etwa Anamnese und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Pflgebericht, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde.

- Einsicht in alle den Versicherungsfall betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gericht, usw.) nehmen darf.

Im Falle einer Einholung dieser Informationen werde ich durch die Wüstenrot Versicherungs-AG 14 Tage im Voraus über die beabsichtigte Datenermittlung, über deren Zweck und über deren konkretes Ausmaß verständigt. Dieser Datenermittlung kann ich binnen einer 14-tägigen Frist widersprechen. Allerdings besteht für mich die Möglichkeit, der Datenermittlung jeweils im Einzelfall zuzustimmen. Dieses muss ich der Wüstenrot Versicherungs-AG in geschriebener Form mitteilen. Ich nehme dabei zur Kenntnis, dass es dadurch zu Verzögerungen in der Leistungsfallprüfung kommen kann.

Im Falle meines Widerspruchs oder bei Verweigerung der Zustimmung im Einzelfall bin ich verpflichtet, die von der Wüstenrot Versicherungs-AG benötigten Unterlagen im vollen Umfang selbst beizubringen. Bis zum Erhalt aller benötigten Unterlagen werden Leistungsansprüche nicht fällig.

- Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zu Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen einholen kann.

Ich entbinde die Befragten im Voraus für jeden Fall von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht.

Ich stimme weiters zu, dass die Wüstenrot Versicherungs-AG

• zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen, geändert oder fortgesetzt wird sowie zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag Personenidentifikationsdaten (insbesondere Name und Geburtsdatum) und das Ergebnis der Beurteilung im Rahmen des „Zentralen Informationssystems – ZIS“ des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs, A-1030 Wien, Schwarzenbergplatz 7 (Informationsverbundsystem i.S.d. § 4 Z 13 Datenschutzgesetz 2000) an andere die Personen- und/oder Rückversicherung in Österreich betreibende Versicherungsunternehmen übermittelt und solche Daten von diesen an die Wüstenrot Versicherungs-AG übermittelt werden. Beim ZIS handelt es sich um eine Einrichtung der Versicherungswirtschaft zur Verhinderung und Bekämpfung von Geldwäsche, Versicherungsmissbrauch und -betrug in der Kranken-, Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung.

• die in diesem Antrag enthaltenen Daten und die Vertragsdaten des aufgrund dieses Antrages zustande kommenden Vertrages sowie die Vertragsdaten meiner mit ihr bestehenden Versicherungen (insbesondere Name, Adresse, Geburtsdatum, Art des Vertrages, Laufzeit, Versicherungssumme, keinesfalls aber sensible Daten) zum Zwecke meiner Beratung und Betreuung sowie zur Bewerbung, Vermittlung oder zum Vertrieb weiterer ihrer Produkte verwendet und zur Verwendung zu diesen Zwecken an den Vermittler dieses Antrages, an den für mich zuständigen Betreuer und an die Bausparkasse Wüstenrot AG übermittelt. Ich bin weiters mit Kontaktaufnahmen per Telefon oder sonstiger Telekommunikationsmedien (z.B. E-Mail, Telefax, SMS) zu Werbezwecken durch die Wüstenrot Versicherungs-AG und die Vorgenannten einverstanden. Ich stimme zu, dass diese Daten von den Vorgenannten auch zur Bewerbung von Produkten der Bausparkasse Wüstenrot AG und der Kooperationspartner von Wüstenrot Versicherungs-AG und Bausparkasse Wüstenrot AG (siehe www.wuestenrot.at/kooperationspartner) verwendet werden. Ich ermächtige die Wüstenrot Versicherungs-AG, meine Adressdaten zum Zwecke der Versendung der Wüstenrot-Kundenzeitschriften an die Wüstenrot Wohnungswirtschaft reg.Gen.m.b.H. zu übermitteln.

Diese Zustimmungserklärungen und die Entbindung der Ärzte von der beruflichen Schweigepflicht können von mir gem. den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes (DSG) bzw. des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) jederzeit teilweise oder zur Gänze in geschriebener Form widerrufen werden.

Im Falle eines Widerrufs kann sich die Wüstenrot Versicherungs-AG die Einholung weiterer Unterlagen vorbehalten oder den Antrag ablehnen.

Datum

Unterschrift des(r) Versicherungsnehmer(s)

Schlusserklärung

Dieser Vertrag wird von mir auf eigene Rechnung abgeschlossen. Ich bzw. die zu versichernde Person erklären, dass alle Fragen, insbesondere jene über den Gesundheitszustand, wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet wurden und nehme(n) zur Kenntnis, dass das Verschweigen von erheblichen Gefahrenumständen, die mir bzw. uns bekannt sind bzw. bis Vertragsabschluss bekannt werden, den Versicherer zum Rücktritt vom Vertrag berechtigen. Ich bestätige durch meine Unterschrift, die volle Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben auch dann zu übernehmen, wenn ich diese nicht eigenhändig geschrieben habe. Eine Antragsdurchschrift sowie eine Kopie des Beratungsprotokolls, falls der Antrag von einem Makler oder Agenten vermittelt worden ist, muss mir ausgehändigt werden. Ich habe die genannten Unterlagen erhalten.

Über meine Rechte (insbesondere Rücktritts- und Kündigungsrechte, Versicherungsaufsicht und fehlende Bevollmächtigung von Versicherungsvermittlern) wurde ich in der verbindlichen Zusatzklärung, die diesem Antrag beiliegt und einen integrierenden Bestandteil dieses Antrags bildet, aufgeklärt.

Vertrete ich im Rahmen dieser Antragstellung eine nicht eigenberechtigte Person, schließe ich das Formular "Gesetzlicher Vertreter" an. Werden die vereinbarten Zahlungen nicht von mir als Versicherungsnehmer geleistet, schließe ich diesem Antrag das Formular "Prämienzahler" an.

Datum

Unterschrift des(r) Versicherungsnehmer(s)

Unterschrift des Beraters
Identität anhand des amtlichen Lichtbildausweises bzw.
Vertretungsbefugnis anhand geeigneter Bescheinigung geprüft:

Unterschrift Kontoinhaber
(wenn nicht Versicherungsnehmer)

Gesundheitsfragen

Antrag Nr.: _____

Bitte jede Frage beantworten! Zutreffendes bitte ankreuzen, Striche als Antworten vermeiden!

Titel, Vor- und Familienname (VP1):		Geburtsdatum:	
1.	Sind Ihres Wissens nach bei Ihren leiblichen Eltern oder Geschwistern vor deren 50. Lebensjahr bösartige Erkrankungen (Krebs) aufgetreten?	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	
1.1	Mutter	Alter: Gesundheitszustand (falls nicht gesund, bitte Erkrankung angeben): Alter zum Todeszeitpunkt: Todesursache:	
1.2	Vater	Alter: Gesundheitszustand (falls nicht gesund, bitte Erkrankung angeben): Alter zum Todeszeitpunkt: Todesursache:	
1.3	Geschwister	Alter: Gesundheitszustand (falls nicht gesund, bitte Erkrankung angeben): Alter zum Todeszeitpunkt: Todesursache:	
2.	Körpergröße und Körpergewicht?	_____ cm	_____ kg
3.1	Rauchen Sie oder konsumieren Sie Nikotin in alternativer Form?	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	Stück/Tag: _____
3.2	Haben Sie jemals (mehr) geraucht/Nikotin konsumiert?	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	Stück/Tag: _____ bis wann: _____
4.1	Konsumieren Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> keinen <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> mehrmals wöchentlich	Menge: _____
4.2	Hatten Sie jemals einen höheren Alkoholkonsum?	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> mehrmals wöchentlich Menge: _____
5.	Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Medikamente oder Drogen?	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	Welche: Von wann bis wann: Zur Behandlung von:
6.	Wurden Versicherungsanträge abgelehnt oder nur zu erschwerten Bedingungen angenommen oder ist über einen Antrag noch nicht endgültig entschieden worden?	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	Wann: Grund: Von wem:
7.	Sind Sie besonderen Gefahren oder beruflichen Belastungen ausgesetzt? (Strahlenexposition, Chemikalien)	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	Welchen(detaillierte Angaben):
8.	Wann haben Sie zuletzt einen Arzt in Anspruch genommen? Was war der Grund für Ihren letzten Arztbesuch?	Wann: Grund:	
9.	Wer ist Ihr Hausarzt, bzw. informierter Arzt?	Name: Anschrift:	
10.	Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Erkrankungen, Beschwerden, Gesundheits- oder Funktionsstörungen:		
10.1	des Herzens oder der Kreislauforgane (z.B. Lungenembolie, Gefäßverschlüsse)?	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	Welche: Wann:
10.2	der Atmungsorgane (z.B. chronische Bronchitis, Lungenemphysem, Luftnot)?	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	Welche: Wann:
10.3	der Verdauungsorgane (z.B. Chronische Durchfälle, chronische Verstopfung, Magenschmerzen, wiederkehrendes Erbrechen)?	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	Welche: Wann:

Titel, Vor- und Familienname (VP1):		Geburtsdatum:	
10.4	der Nieren und/ oder der Harn- oder Geschlechtsorgane (z.B. Eiweiß- Blut- oder Zucker im Urin, Unterleibsschmerzen, unklare Blutungen)?	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	Welche: Wann:
10.5	des Gehirns, der Nerven (z. B. chronische Kopfschmerzen, Anfallsleiden, Schlaganfall)?	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	Welche: Wann:
10.6	der Ohren (z. B. Schwerhörigkeit, Hörstörungen, Tinnitus)?	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	Welche: Grad der Hörminderung rechts: Grad der Hörminderung links:
10.7	der Augen (z. B. Sehstörungen, Fehlsichtigkeit)?	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	Welche: Dioptrienanzahl rechts: Dioptrienanzahl links:
10.8	der Haut (z. B. Leberflecke, Hautveränderungen, Hautwucherungen, etc.)?	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	Welche: Wann:
10.9	der Drüsen (z.B. Knoten der Schilddrüse, Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Schwellungen der Drüsen)?	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	Welche: Wann:
10.10	des Blutes (z.B. Blutarmut, Veränderungen der Blutzellen)?	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	Welche: Wann:
10.11	des Skelettsystems, der Knochen, Gelenke oder angrenzender Strukturen (z.B. Chronische Rückenschmerzen, Knochenbrüche, Knochenschmerzen, Bewegungseinschränkungen)?	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	Welche: Wann:
11.	Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Erkrankungen, Beschwerden, Gesundheits- oder Funktionsstörungen:		
11.1	Krebs oder andere gut- bzw. bösartige Neubildungen (z. B. Schwarzer Hautkrebs, Brustkrebs, Blutkrebs)?	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	Welche: Wann:
11.2	chronische Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, HIV, Hepatitis C)?	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	Welche: Wann:
11.3	Sonstige chronische oder bestehende Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder körperliche Gebrechen, nach denen nicht gefragt wurde?	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	Welche: Wann:
12.	Wurden bei Ihnen in den letzten 10 Jahren nicht normale Ergebnisse bei Spezialuntersuchungen (z.B. Röntgen, Urin, Blutuntersuchung) festgestellt?	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	Was wurde festgestellt: Wann:
13.	Haben in den letzten 5 Jahren Untersuchungen, Behandlungen, ärztliche Beratungen, Operationen, Krankenhaus- oder Kuraufenthalte stattgefunden bzw. sind sie vorgesehen oder wurde sie angeraten?	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	Welche: Wann:
14.	Sind Sie invalid oder haben Sie jemals einen Antrag auf Invaliditäts- oder Pflegeleistungen gestellt?	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J	Warum (detaillierte Angaben):

Ich erkläre, dass ich alle Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet habe und nehme zur Kenntnis, dass das Verschweigen von erheblichen Gefahrenumständen, die mir bekannt sind bzw. bis Vertragsabschluss bekannt werden, den Versicherer zum Rücktritt vom Vertrag berechtigen. Ich bestätige durch meine Unterschrift, die volle Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben auch dann zu übernehmen, wenn ich diese nicht eigenhändig geschrieben habe. Mündliche Nebenabreden wurden nicht getroffen.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person
(VP1, ab 14 Jahren)Unterschrift Versicherungsnehmer
(bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)

Verbindliche Zusatzklärung

Vor Abschluss eines Versicherungsvertrages müssen mir alle Vertragswerte (z.B. Modellrechnungen zur Wertentwicklung der Versicherungsleistung, Rückkaufs- und Beitragsfreistellungswerte) bekannt gegeben werden. Liegt meinem Antrag ein von mir unterfertigtes Angebot (inkl. der genannten Vertragswerte) der Wüstenrot Versicherungs-AG bei, kommt der Versicherungsvertrag bereits mit Zugang der Versicherungsurkunde zustande (Polizzenmodell).

Übermittle ich der Wüstenrot Versicherungs-AG den von mir unterfertigten Antrag (ohne unterfertigtes Angebot), erhalte ich eine Versicherungsurkunde mit allen Vertragsdaten und ausführlichen Vertragsinformationen (Bedingungen und Modellrechnungen) samt einer Annahmeerklärung. Erst mit Rücksendung und Eingang der von mir vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Annahmeerklärung bei der Wüstenrot Versicherungs-AG kommt der Vertrag und der damit verbundene Versicherungsschutz so wie in der Versicherungsurkunde beschrieben zustande (Invitativmodell).

• Produktbeschreibung

Bei dieser Versicherung handelt es sich um eine Dread-Disease Versicherung (Versicherungsleistung bei Eintritt einer schweren Erkrankung), welche einen Versicherungsschutz für den Fall des Eintrittes einer bedingungsgemäßen Krebserkrankung bietet. Wenn die versicherte Person während der vereinbarten Vertragsdauer an einer in den Bedingungen bestimmten Krebsart erkrankt, erbringen wir die für diesen Versicherungsfall vereinbarte und in der Versicherungsurkunde ausgewiesene Versicherungsleistung. Falls gleichzeitig mehrere der in den Bedingungen definierten Krebserkrankungen auftreten, so wird die Versicherungsleistung dennoch nur einmal - für den zuerst eintretenden Versicherungsfall - ausbezahlt. Die Versicherungsleistung wird nur dann ausbezahlt, wenn die versicherte Person den 28. Tag nach Vorliegen der gesicherten Diagnose bzw. sonstigen Nachweisen überlebt. Mit Eintritt des Versicherungsfalles erlischt die Versicherung, sowohl hinsichtlich der versicherten Person als auch hinsichtlich der mitversicherten Kinder.

• Wartezeit

Kein Anspruch auf Versicherungsleistung auf Grund einer Erkrankung an Krebs besteht, wenn die Diagnose innerhalb der ersten 6 Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes gestellt wurde. Der Anspruch auf Versicherungsleistung wegen einer Krebserkrankung entfällt ebenso, wenn - durch medizinischen Nachweis belegbar - die Krankheit bereits bei Versicherungsbeginn oder innerhalb der ersten 6 Monate nach Versicherungsbeginn bestanden hat. Dies gilt auch für gegebenenfalls mitversicherte Kinder. Besteht aufgrund der Wartezeit kein Anspruch auf Versicherungsleistung werden lediglich die bereits einbezahlten Beiträge abzüglich Versicherungssteuer rücküberwiesen, der Versicherungsvertrag erlischt. Kann die Versicherungsleistung für ein mitversichertes Kind aufgrund der Wartezeit nicht erbracht werden, erlischt die Versicherung lediglich für dieses mitversicherte Kind. Der Vertrag bleibt hinsichtlich der versicherten Person unverändert aufrecht. Bei Erhöhung des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit bzw. Regelung für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

• Krebserkrankung

Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist ein histologisch nachgewiesener bösartiger Tumor, der durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff "Krebs" fallen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin. Die Diagnose muss durch Vorlage des histologischen - bzw. für Leukämien und Lymphome zytologischen - Befundes bestätigt sein.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

- Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome der Klasse 1 (Ann Arbor Klassifikation).
- Leukämie (außer chronisch lymphatischer Leukämie), wenn keine generalisierte Ausbreitung von Leukämiezellen im Blut vorliegt.
- Chronische lymphatische Leukämie mit Schweregrad unterhalb von Rai Klasse 1 oder Binet Klasse A-1.
- Carcinoma-in-situ (einschließlich Zervixdysplasie der CIN-Klassifikationen CIN-1, CIN-2 und CIN-3 und der PAP-Klassifikationen PAP- 1 bis PAP-4) oder prae-maligne Formen.
- Hautkrebs und Melanome, die ein histologisch nachgewiesenes Tumorstadium I oder II der TNM Klassifikation oder eine Eindringtiefe von weniger als 1.5 Millimetern nach der Breslow- Methode haben. Liegt aber eine Fernmetastasenbildung vor, so werden wir leisten.
- Kaposi-Sarkom und andere Tumore bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung.
- Prostatakrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1 (einschließlich T1 (a), T1 (b) oder einer anderen vergleichbaren Klassifikation).
- Papilläre Mikrokarzinome der Schilddrüse oder der Blase.

• Versicherungsschutz für Kinder

Die Kinder der versicherten Person sind nach Vollendung des 3. bis vor Vollendung des 18. Lebensjahres mitversichert. Es besteht Versicherungsschutz für jedes Kind im Falle einer, in den Versicherungsbedingungen definierten Krebserkrankung in Höhe der für den Krankheitsfall vereinbarten Versicherungssumme, höchstens jedoch € 11.000,00. Pro Kind kann eine Versicherungsleistung nur einmal in Anspruch genommen werden. Erfolgt eine Leistung für ein mitversichertes Kind, wird der Vertrag unverändert fortgeführt.

• Meldepflicht für Raucher

Wird die versicherte Person nach Vertragsabschluss Raucher, so sind Sie - neben der versicherten Person - dazu verpflichtet, vom Eintritt dieses Umstandes die Wüstenrot Versicherungs-AG unverzüglich zu informieren, damit eine Einstufung in den zu diesem Zeitpunkt geltenden Rauchertarif mit dem erforderlichen Beitrag erfolgen kann. Der Beitrag berechnet sich nach dem für Ihren Vertrag gültigen Tarif, dem zu diesem Zeitpunkt erreichten rechnermäßigen Alter der versicherten Person, der verbleibenden Versicherungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag. Von dem Zeitpunkt der Änderung des Nichtraucherstatus an wird noch für 2 Monate Versicherungsschutz nach der bisherigen Versicherungssumme geboten. Tritt nach dem Ablauf dieser Frist der Leistungsfall ein, ohne dass eine Änderungsanzeige erfolgt, vermindert sich die Versicherungssumme im Verhältnis des erforderlichen zum bisherigen Beitrag.

• Rücktrittsrechte des Versicherungsnehmers

- Wenn ich die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Festsetzung des Beitrages - soweit dieser nicht im Antrag bestimmt ist - und vorgesehene Änderungen des Beitrages nicht vor Abgabe des Versicherungsantrages erhalten habe oder mir keine Kopie des Antrages ausgehändigt worden ist, kann ich gemäß § 5b VersVG binnen zwei Wochen den Rücktritt vom Vertrag erklären.

Das Gleiche gilt für den Fall, dass der Versicherungsvertrag von einem Versicherungsagenten vermittelt wurde und ich vor Abgabe meiner Vertragserklärung nicht alle in den §§ 137f (7) bis (8) und 137g GewO vorgesehenen Mitteilungen (Beratungsprotokoll) erhalten habe.

Darüber hinaus kann ich als Verbraucher im Sinne des Konsumentenschutzgesetzes gemäß § 5c VersVG vom Versicherungsvertrag oder meiner Vertragserklärung ohne Angabe von Gründen binnen 14 Tagen zurücktreten.

Diese Rücktrittsrechte gelten nicht, wenn die Vertragslaufzeit weniger als 6 Monate beträgt. Die Rücktrittsfrist beginnt mit Zugang der Versicherungsurkunde und der Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Beitragsfestsetzung oder -änderung bzw. mit Erfüllung der Mitteilungspflichten nach §§ 9a und 18b VAG und § 137f Abs. 7 und 8 und § 137g in Verbindung mit § 137h GewO zu laufen und endet spätestens einen Monat nach Zugang der Versicherungsurkunde und Belehrung über das Rücktrittsrecht.

- Habe ich als Verbraucher im Sinne des Konsumentenschutzgesetzes den Antrag weder in Ihren Geschäftsräumen gestellt noch selber den Vertragsabschluss angebahnt, bin ich überdies gemäß § 3 KSchG berechtigt, binnen einer Woche ab Erhalt der Versicherungsurkunde den Rücktritt vom Vertrag zu erklären.

- Wurde der Vertrag ausschließlich im Wege des Fernabsatzes (d.h. z.B. über Internet, E-Mail, direct-mail) abgeschlossen, habe ich gemäß § 8 FernFinG die Möglichkeit innerhalb von 30 Tagen zurückzutreten. Dieses Rücktrittsrecht gilt nicht, wenn die Vertragslaufzeit weniger als 1 Monat beträgt. Die Frist beginnt mit Ausfolgung der Versicherungsurkunde und der Versicherungsbedingungen zu laufen.

- Darüber hinaus kann ich gem. § 165a VersVG innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Versicherungsurkunde ohne weitere Voraussetzungen vom Vertrag zurücktreten. Bin ich Verbraucher im Sinne des Konsumentenschutzgesetzes, so beginnt diese Frist erst mit der Belehrung über dieses Rücktrittsrecht zu laufen.

- Die Ausübung des Rücktrittsrechtes bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit jeweils der geschriebenen Form; es genügt, die Erklärung jeweils innerhalb der Frist abzuschicken.

• Kündigungsrecht

Der Versicherungsvertrag kann gemäß den "Bedingungen für die Dread-Disease Versicherung" auf den Schluss des laufenden Versicherungsjahres oder innerhalb eines Versicherungsjahres mit dreimonatiger Frist auf den Monatsletzten, frühestens jedoch auf den Schluss des ersten Versicherungsjahres gekündigt oder beitragsfrei gestellt werden. Beträgt die nach einer Beitragsfreistellung nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik auf Grund der Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation ermittelte beitragsfreie Versicherungssumme weniger als € 2.000,00 wird der Vertrag aufgelöst. Mit der Beendigung oder Kündigung des Versicherungsvertrages erlischt die Versicherung, ohne dass ein Rückkaufwert fällig wird. Es ergibt sich während der gesamten Vertragslaufzeit kein Rückkaufwert.

- In den Beiträgen ist eine **Steuer** von derzeit 4 % enthalten. Eine ausführliche Information über die für die Versicherung geltende Steuerregelung finde ich in der Bedingung "Wichtige Hinweise".

- Für **Mehraufwendungen** und gewisse Dienstleistungen wird ein angemessener Aufwandsatz verrechnet. Die Höhe des Aufwandsatzes z.B. für Mahnung, Ausstellung einer Ersatzurkunde, Beitrag für Einschluss der Unanfechtbarkeit, Bearbeitung einer Vinkulierung, Abtretung oder Verpfändung kann bei der Wüstenrot Versicherungs-AG erfragt oder auf Wunsch kostenfrei zugesandt werden. Die aktuell geltenden Gebühren sind auf der Homepage der Wüstenrot Gruppe unter www.wuestenrot.at/gebuehrenblatt ersichtlich. Die Höhe der im jeweiligen Geschäftsfall anfallenden Gebühr bestimmt sich nach dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Dienstleistung, kann also von dem Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltenden Höhe abweichen.

- Für den Versicherungsvertrag gilt **österreichisches Recht**. Die Versicherungsaufsicht obliegt der "**Finanzmarktaufsicht**" (FMA), A-1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5.

- Ich nehme zur Kenntnis, dass die mit der **Vermittlung** von Versicherungsgeschäften betrauten **Personen nicht bevollmächtigt** sind, Erklärungen für die Wüstenrot Versicherungs-AG abzugeben. Die genannten Personen sind nicht bevollmächtigt, Geld oder Geldeswerte für die Wüstenrot Versicherungs-AG in Empfang zu nehmen. Zudem haben die genannten Personen anlässlich der Vermittlung bzw. Entgegennahme dieses Antrages anzugeben,
 - ob sie als Versicherungsagent zur Wüstenrot Versicherungs-AG oder als unabhängiger Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten tätig werden,
 - in welches Register sie eingetragen sind und wie sich diese Eintragung überprüfen lässt.