



Allgemeine Bedingungen für die Dread-Disease Versicherung (L831) (siehe Versicherungsurkunde, Abschnitt: Vereinbarte Bedingungen)

Versicherer ist die Wüstenrot Versicherungs-Aktiengesellschaft mit dem Sitz in A-5033 Salzburg, Alpenstraße 61, FN 34521 t, Landes- als Handelsgericht Salzburg, DVR: 0035793.

Versicherungsnehmer ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit der Wüstenrot Versicherungs-Aktiengesellschaft abschließt.

Versicherter ist die Person, deren Leben versichert ist.

Mitversicherte sind die Kinder des Versicherten (auch künftige und rechtmäßig adoptierte).

Bezugsberechtigter (Begünstigter) ist die Person, die für den Empfang der Leistung benannt ist.

Versicherungsfall ist die bedingungsgemäße Krebserkrankung des Versicherten innerhalb der vereinbarten Vertragsdauer.

L 831/V01

Seite 2 von 11

Inhaltsverzeichnis

Präambel	3
Wichtige Vorbemerkungen und Begriffsbestimmungen:	3
§ 1. Was ist bei Abschluss des Versicherungsvertrages zu beachten?	4
§ 1a. Der Versicherungsfall. Was ist versichert?	4
§ 1b. Wann liegt der Versicherungsfall "Krebserkrankung" im Sinne der Bedingungen vor?	4
§ 1c. Versicherungsschutz für Kinder	5
§ 1d. Wie ist das Vorliegen der Erkrankung nachzuweisen?	5
§ 1e. Leistungsausschlüsse	5
§ 1f. Wartefristen	5
§ 2. Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?	6
§ 3. Wie errechnet sich Ihr Tarifbeitrag? Welche Kosten werden berechnet und was bedeutet die Verrechnung von Abschlusskosten nach dem Zillmerverfahren?	6
§ 4. Was ist bei der Beitragszahlung wichtig?	6
§ 5. Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?	7
§ 6. Wann und wie können Sie über den Versicherungsvertrag bzw. über Ihre Ansprüche aus dem Vertrag verfügen? Was sind die Nachteile bei Beitragsfreistellung?	7
§ 7. Was ist im Falle des Eintritts eines Versicherungsfalles zu tun? Was ist bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung zu beachten?	8
§ 8. Welche Bedeutung haben Ihre Antworten auf unsere Antragsfragen?	8
§ 9. Wo und wie ist die fällige Versicherungsleistung zu erbringen?	9
§ 10. Was gilt bei Selbstmord der versicherten Person?	9
§ 11. Wie umfassend ist Ihr Versicherungsschutz?	9
§ 12. Was gilt für Erklärungen, die den Versicherungsvertrag betreffen?	9
§ 13. Wer erhält die Versicherungsleistung im Versicherungsfall?	9
§ 14. Was gilt bei einer Abtretung, Verpfändung und Vinkulierung?	10
§ 15. Was ist bei Verlust der Versicherungsurkunde zu tun?	10
§ 16. Welche Abgaben, Gebühren oder Kosten werden wir berechnen?	10
§ 17. Wie lange können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend gemacht werden?	10
§ 18. Vertragsrecht, Versicherungsaufsichtsbehörde, Gerichtsstand	11
§ 19. Nimmt diese Versicherung an einer Gewinnbeteiligung teil?	11

Präambel

Wichtige Vorbemerkungen und Begriffsbestimmungen:

Bei der abgeschlossenen Versicherung handelt es sich um eine Dread-Disease Versicherung (Versicherungsleistung bei Eintritt einer schweren Krankheit), welche einen Versicherungsschutz für den Fall des Eintrittes einer Krebserkrankung im Sinne des § 1b bietet.

Der "**Tarif**" beschreibt die Art der Versicherung und die der Versicherung zu Grunde liegenden versicherungsmathematischen Grundlagen (**Geschäftsplan**). Letztere sind jene Elemente, welche insbesondere für die Berechnung des Beitrages, die Versicherungsleistung und der versicherungstechnischen Rückstellungen maßgebend sind, wie z.B. Sterbetafeln und die kalkulierten (Abschluss- und Verwaltungs-)Kosten.

Unter "**Versicherungsfall**" ist - je nach Regelungsinhalt der Bestimmung und in Abhängigkeit vom vereinbarten Leistungsumfang - eine Krebserkrankung wie in § 1b definiert zu verstehen.

Unter einer **Krebserkrankung** ist zu verstehen, dass die versicherte Person während der vereinbarten Vertragsdauer an einer im Sinne von § 1b versicherten Krankheit gemäß den dort festgehaltenen Definitionen erkrankt und den 28. Tag nach Vorliegen der gesicherten Diagnose bzw. sonstigen Nachweise erlebt. Dies gilt auch für gegebenenfalls mitversicherte Kinder. Eine Leistungspflicht besteht nur sofern kein Leistungsausschlussgrund nach § 1e vorliegt. Auf den in § 1a definierten Leistungsumfang wird ausdrücklich verwiesen. Kein Anspruch auf Versicherungsleistung auf Grund einer Krebserkrankung besteht, wenn die Diagnose innerhalb der ersten 6 Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes gestellt wurde. Der Anspruch auf Versicherungsleistung entfällt ebenso, wenn - durch medizinischen Nachweis belegbar - die Krankheit bereits bei Versicherungsbeginn oder innerhalb der ersten 6 Monate nach Versicherungsbeginn bestanden hat (siehe Wartefrist § 1f).

Der "**Tarifbeitrag**" ist das vereinbarte und von Ihnen für die Versicherung maximal zu bezahlende Entgelt.

Der "**Zahlbeitrag**" ist der um den Sofortbonus (vgl. § 19) verminderte Tarifbeitrag, welcher während der vereinbarten Vertragsdauer jährlich im Voraus oder in Raten (z.B. monatlich) zu bezahlen ist.

Der "**Risikobeitrag**" ist jener Teil des (Versicherungs-)Beitrages, welcher das Entgelt für die Übernahme des Versicherungsrisikos des Eintrittes einer Krebserkrankung im Sinne des § 1b bei der versicherten Person bzw. der bedingungsgemäßen Erkrankung an Krebs bei den mitversicherten Personen während der vereinbarten Vertragsdauer darstellt. "**Laufende Beitragszahlung**" bedeutet, dass die (Versicherungs-)Beiträge während der vereinbarten Vertragsdauer in regelmäßigen Abständen, z.B. jährlich oder monatlich, zu bezahlen sind.

Unter "**Deckungsrückstellung**" wird der auf der Grundlage des dieser Versicherung zu Grunde gelegten Geschäftsplanes nach anerkannten versicherungsmathematischen Methoden errechnete Wert unserer Verpflichtungen (Leistung im Versicherungsfall) aus dem mit Ihnen abgeschlossenen Versicherungsvertrag verstanden, einschließlich der Verwaltungskostenrückstellung, abzüglich der Summe der Barwerte der künftig eingehenden Beiträge.

Nichtraucher ist, wer in den vergangenen zwölf Monaten vor Antragstellung kein Nikotin aktiv zu sich genommen hat, weder durch den Genuss von Zigaretten, Zigarren, Pfeife, Kautabak noch in anderer Form. Alle anderen Personen sind Raucher.

Risikoklassen:

(1) **Preferred Nichtraucher:**

Ein Nichtraucher qualifiziert sich für diese Risikoklasse, wenn sein Body Mass Index (BMI) zum Zeitpunkt der Antragstellung einen Wert von 19,00 bis 26,99 hat. Der Body Mass Index (BMI) bewertet das Körpergewicht in Relation zur Körpergröße. Der BMI berechnet sich aus dem Körpergewicht (kg) dividiert durch das Quadrat der Körpergröße (m²).

(2) **Nichtraucher:**

Ein Nichtraucher wird dieser Risikoklasse zugeordnet, wenn sein BMI nicht dem unter Absatz (1) genannten Wert entspricht.

(3) **Raucher:**

Raucher werden grundsätzlich dieser Risikoklasse zugeordnet.

Die Zuordnung der versicherten Person zur jeweiligen Risikoklasse ist maßgeblich dafür, in welchen Tarif Ihre Dread-Disease Versicherung eingeordnet wird und damit wie hoch infolgedessen der jeweilige Tarifbeitrag bzw. Zahlbeitrag ist.

§ 1. Was ist bei Abschluss des Versicherungsvertrages zu beachten?

- (1) Als Versicherungsnehmer stellen Sie einen Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrages. In diesem Antrag müssen von Ihnen alle Tatsachen angegeben werden, die für den Abschluss der Versicherung bedeutend sind bzw. nach denen von uns gefragt wird. Auf Grund dieser Unterlagen senden wir Ihnen Ihre Versicherungsurkunde samt den für diesen Versicherungsvertrag geltenden Versicherungsbedingungen zu, mit deren Zugang der Versicherungsvertrag zustande kommt.
- (2) Vertragsgrundlagen sind Ihr Antrag, der vereinbarte Tarif und seine versicherungsmathematischen Grundlagen, die Versicherungsurkunde, diese Versicherungsbedingungen und allfällige weitere ergänzende Bedingungen bzw. Vereinbarungen. Soweit nicht zulässigerweise Abweichendes vereinbart ist, gelten im Übrigen die entsprechenden österreichischen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere des Einkommensteuergesetzes, des Versicherungsaufsichts- und -vertragsgesetzes, des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuches sowie des Konsumentenschutzgesetzes.

§ 1a. Der Versicherungsfall. Was ist versichert?

Die abgeschlossene Versicherung bietet Versicherungsschutz für den Fall einer Krebserkrankung im Sinne des § 1b während der vereinbarten Vertragsdauer.

Der Umfang des Versicherungsschutzes bzw. die für den Fall des Eintrittes eines Versicherungsfalles vorgesehene Versicherungsleistung richtet sich nach dem Inhalt des von Ihnen gewählten und mit uns vereinbarten und in der Versicherungsurkunde ausgewiesenen Produkts.

aa) Wenn die versicherte Person während der vereinbarten Vertragsdauer an einer in § 1b bestimmten Krebsart erkrankt, erbringen wir die für diesen Versicherungsfall vereinbarte und in der Versicherungsurkunde ausgewiesene Versicherungsleistung. Falls gleichzeitig mehrere der in § 1b definierten Krebserkrankungen auftreten, so wird die Versicherungsleistung dennoch nur einmal - für den zuerst eintretenden Versicherungsfall - ausbezahlt. Mit Eintritt des Versicherungsfalles erlischt die Versicherung, sowohl hinsichtlich der versicherten Person als auch hinsichtlich der mitversicherten Kinder.

bb) Wenn ein mitversichertes Kind während der vereinbarten Vertragsdauer - und solange hinsichtlich der versicherten Person der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist - an einer in § 1b bestimmten Krebsart erkrankt, erbringen wir die für diesen Versicherungsfall vereinbarte und in der Versicherungsurkunde ausgewiesene Versicherungsleistung. Falls gleichzeitig mehrere der in § 1b definierten Krebserkrankungen auftreten, so wird die Versicherungsleistung dennoch nur einmal - für den zuerst eintretenden Versicherungsfall - ausbezahlt.

Mit Eintritt des Versicherungsfalles erlischt die Versicherung hinsichtlich dieses mitversicherten Kindes; der Versicherungsschutz für die versicherte Person und gegebenenfalls weiterer mitversicherter Kinder bleibt hierdurch unverändert aufrecht. Die Beiträge sind unverändert weiter zu bezahlen. Endet die Versicherung der versicherten Person - aus welchem Grund immer - endgültig, so erlischt auch die Mitversicherung der Kinder.

§ 1b. Wann liegt der Versicherungsfall "Krebserkrankung" im Sinne der Bedingungen vor?

- (1) 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.
- (2) Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:
 - a) Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome der Klasse 1 (Ann Arbor Klassifikation).
 - b) Leukämie (außer chronisch lymphatischer Leukämie), wenn keine generalisierte Ausbreitung von Leukämiezellen im Blut vorliegt.
 - c) Chronische lymphatische Leukämie mit Schweregrad unterhalb von RAI Klasse 1 oder Binet Klasse A-1.
 - d) 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.
 - e) 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.
 - f) Kaposi-Sarkom und andere Tumore bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung.
 - g) Prostatakrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1 (einschließlich T1 (a), T1 (b) oder einer anderen vergleichbaren Klassifikation).
 - h) Papilläre Mikrokarzinome der Schilddrüse oder der Blase.

§ 1c. Versicherungsschutz für Kinder

Eine Leistung wird erbracht, wenn bei einem Kind der versicherten Person eine in § 1b definierte Krebserkrankung diagnostiziert wird.

Bestimmungen:

1. Für die Erkrankung an Krebs gelten die für die Erwachsenen gültigen Bedingungen.
2. Für jedes Kind besteht Versicherungsschutz in Höhe eines Drittels der Versicherungssumme der Hauptversicherung gegen die Krankheit Krebs, maximal in Höhe von EUR 11.000,00.
3. Die Leistung wird nur dann ausgezahlt, wenn bei dem Kind die entsprechende Krebserkrankung nach dem 3. Lebensjahr und vor Vollendung des 18. Lebensjahres auftritt und es **den 28. Tag nach Vorliegen der gesicherten Diagnose bzw. der sonstigen Nachweise** überlebt. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Krankheit sich durch Symptome bemerkbar gemacht hat oder nicht. Pro Kind kann ein Versicherungsanspruch nur einmal geltend gemacht werden.
4. Keine Leistung erfolgt, wenn der Zustand des Kindes, aus dem der Anspruch abgeleitet wird, direkt oder indirekt auf eine Vorerkrankung zurückzuführen ist, die vor Vertragsabschluss des Versicherungsnehmers **oder vor dem dritten Geburtstag des Kindes** bestanden hat. Bei rechtmäßig adoptierten Kindern gilt als Vorerkrankung eine Krankheit, an der das Kind bereits zum Zeitpunkt der Adoption gelitten hat, selbst wenn das Kind ohne Symptome war.
5. Wird ein Versicherungsanspruch für ein Kind geltend gemacht, so wird die Versicherung des Versicherungsnehmers mit der ursprünglichen Versicherungssumme fortgeführt.

§ 1d. Wie ist das Vorliegen der Erkrankung nachzuweisen?

- (1) Die Diagnose der Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen muss von einem in Österreich (oder einem anderen durch den Versicherer ausdrücklich anerkannten Land) niedergelassenen Arzt erstellt worden sein, der weder die versicherte Person selbst, der Versicherungsnehmer noch ein Lebens-, Ehepartner oder ein Verwandter der versicherten Person oder des Versicherungsnehmers ist.
- (2) Die Diagnose muss durch entsprechende klinische, radiologische oder histologische Untersuchungen bestätigt werden sowie Unterlagen über Laboruntersuchungen enthalten.
- (3) Wir behalten uns das Recht vor - dann allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise - insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen - zu verlangen, um die Diagnose der Erkrankung zu überprüfen.

§ 1e. Leistungsausschlüsse

- (1) Wir leisten jedoch nicht, wenn das versicherte Ereignis im Sinne dieser Bedingungen verursacht ist:
 - a) Unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern mit dem Einsatz oder dem Freisetzen eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist, und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.
 - b) Durch Alkoholmissbrauch, Missbrauch von Drogen oder Medikamenten oder die Einnahme von Gift.
- (2) Wir leisten außerdem nicht, wenn durch den Eintritt eines der unter Absatz (1) aufgeführten Ereignisse, Erkrankungen oder Verhaltensweisen bereits vor diesem Zeitpunkt bei der versicherten Person vorhandene Erkrankungen oder bestehende Gesundheitszustände der versicherten Person derart verschlimmert werden, dass sie zu einem versicherten Ereignis im Sinne dieser Bedingungen führen.
- (3) Im Übrigen bestehen spezielle Ausschlüsse und Einschränkungen für einzelne schwere Krebserkrankungen; diese Ausschlüsse und Einschränkungen sind unter der Definition der jeweiligen versicherten Krebserkrankung aufgeführt.

§ 1f. Wartefristen

- a) 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 Wartefrist 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 Wartefrist nicht erbracht werden, erlischt die Versicherung lediglich für dieses mitversicherte Kind. Der Vertrag bleibt hinsichtlich der versicherten Person unverändert aufrecht.

- b) Bei Erhöhung des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit beziehungsweise Regelung für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

§ 2. Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrages in geschriebener Form oder durch Zustellung der Versicherungsurkunde bestätigt haben und Sie den ersten Zahlbeitrag rechtzeitig (§ 4 Absatz (3)) bezahlt haben. Vor dem in der Versicherungsurkunde angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz. **Auf die in § 1f definierte Wartefrist wird ausdrücklich verwiesen: Der Versicherungsschutz aufgrund einer Krebserkrankung ist - auch für die gegebenenfalls mitversicherten Kinder - erst gegeben, wenn erstmalige Symptome der Erkrankung nach Ablauf der ersten 6 Monate nach dem oben bestimmten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) auftreten oder die Diagnose gestellt wird.**
- (2) Tritt während der vereinbarten Vertragsdauer keine der in § 1 b definierten Krebserkrankung auf oder stirbt die versicherte Person während der vereinbarten Vertragsdauer, so erlischt der Versicherungsvertrag ohne Versicherungsleistung.

§ 3. Wie errechnet sich Ihr Tarifbeitrag? Welche Kosten werden berechnet und was bedeutet die Verrechnung von Abschlusskosten nach dem Zillmerverfahren?

- (1) Der Tarifbeitrag richtet sich nach dem Tarif, der Vertragslaufzeit, der Risikoklasse und dem Alter des Versicherten. Das Alter ist die Differenz zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr. Die Höhe des Tarifbeitrages kann von Ihnen grundsätzlich frei gewählt werden. Bei erhöhtem Risiko können wir Zusatzbeiträge berechnen, bei gleichbleibendem Beitrag die Versicherungsleistungen reduzieren oder besondere Vereinbarungen mit Ihnen treffen.
- (2) Durch den Abschluss des Versicherungsvertrages entstehen Abschlusskosten (z.B. für Beratung, Vermittlung, Anforderung von Gesundheitsauskünften, Ausstellung der Versicherungsurkunde etc.) und in der Folge laufende Risikotragungs- und verwaltungskosten. Weiters wird von Ihrem Zahlbeitrag die Versicherungssteuer entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen abgeführt.
- (3) Die Abschlusskosten sind bei der Errechnung des Tarifbeitrages bzw. bei der Ermittlung der Deckungsrückstellung bereits pauschal berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt. Im Rahmen des sogenannten Zillmerverfahrens werden bei vereinbarter laufender Beitragszahlung die Abschlusskosten einmalig zu Vertragsbeginn verrechnet. Die in die Beitrags- bzw. Deckungsrückstellungsberechnung einkalkulierten Abschlusskosten betragen maximal 1,2 % der Versicherungssumme.
- (4) Die zur Deckung des Versicherungsrisikos (Risikotragungskosten) und des laufenden Versicherungsbetriebs bestimmten laufenden Kosten (Verwaltungskosten) entnehmen wir nach den Bestimmungen des Geschäftsplanes den Zahlbeiträgen bzw. der Deckungsrückstellung. Die Höhe der Risikotragungskosten richtet sich nach den in Absatz (1) näher bezeichneten Voraussetzungen unter Berücksichtigung der von unserem Rückversicherer entwickelten Krebswahrscheinlichkeiten und Sterbetafeln basierend auf der österreichischen Sterbetafel für Männer und Frauen 2000/2002, wobei für die Berechnung ein Mischverhältnis aus beiden Tafeln ermittelt wird. Die jährlichen Verwaltungskosten betragen 2 % des jährlichen Tarifbeitrages abzüglich Versicherungssteuer; zudem wird ein Stückkostenzuschlag von EUR 49,00 p.a. verrechnet; bei beitragsfrei gestellten Versicherungsverträgen betragen die jährlichen Verwaltungskosten höchstens 0,6 % der beitragsfreien Versicherungssumme.
- (5) Zudem können wir weitere Gebühren für die durch Sie veranlassten Mehraufwendungen gemäß § 16 verrechnen.

§ 4. Was ist bei der Beitragszahlung wichtig?

- (1) Der Zahlbeitrag ist ein Jahresbeitrag, der während der vereinbarten Beitragszahlungsdauer für uns kostenfrei im Voraus zu bezahlen ist.
- (2) Die laufenden Jahresbeiträge können nach Vereinbarung auch in unterjährigen Raten bezahlt werden. Im Versicherungsfall endet die Beitragszahlungspflicht grundsätzlich mit dem Ablauf des Versicherungsjahres, in welchem der Versicherungsfall (bezogen auf die versicherte Person) eingetreten ist. Offene Raten des laufenden Versicherungsjahres werden im Versicherungsfall von der Versicherungsleistung in Abzug gebracht.
- (3) Der erste Zahlbeitrag (Einlösungsbeitrag) wird mit Zustellung der Versicherungsurkunde und Aufforderung zur Beitragszahlung, nicht aber vor dem vereinbarten, in der Versicherungsurkunde angegebenen Versicherungsbeginn fällig. Er ist dann ohne Verzug zu bezahlen. Alle weiteren Zahlbeiträge (Folgebeiträge) sind unter Berücksichtigung der vereinbarten Zahlungsweise jeweils zu den in der Versicherungsurkunde angegebenen Fälligkeitsterminen (jeweils zum Monatsersten) an uns zu zahlen.

- (4) Eine Stundung der laufenden Zahlbeiträge muss - soweit sie im Einzelfall überhaupt möglich ist - mit uns vereinbart werden.

§ 5. Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?

- (1) Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Zahlbeitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Zahlbeitrages von einem Bankkonto vereinbart (Bankeinzug), so gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Zahlbeitrag zu dem in der Versicherungsurkunde angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann, d.h. dass Ihr Konto insbesondere über eine ausreichende Deckung verfügt und Sie bzw. der Kontoinhaber einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Zahlbeitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Zahlbeitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Haben Sie hingegen den Versicherungsvertrag als Unternehmer abgeschlossen ist die Übermittlung des Beitrages nur dann rechtzeitig, wenn die Zahlung bei Fälligkeit bei uns eingelangt ist und wir darüber verfügen können. Dies gilt jedoch nicht für die Verzugsfolgen der Leistungsfreiheit. Hier reicht es, wenn die Zahlung bis zum Eintritt der Fälligkeit veranlasst wird (§ 36 Abs. 2 VersVG).

Erster Beitrag (gemäß § 38 Versicherungsvertragsgesetz):

- (2) Wenn Sie den ersten Zahlbeitrag (Einlösungsbeitrag) nicht rechtzeitig (§ 4 Absatz (3)) bezahlen, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn wir unseren Anspruch auf den Zahlbeitrag nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen. Darüber hinaus können wir anstelle des Rücktritts unter Setzung einer Nachfrist von zwei Wochen auch Terminverlust geltend machen und den gesamten Zahlbeitrag für das erste Versicherungsjahr - auch bei Vereinbarung von Ratenzahlung - sofort verlangen. Darüber hinaus sind wir solange von der Verpflichtung zur Leistung frei, als die Zahlung nicht bewirkt ist, es sei denn, Sie waren an der rechtzeitigen Zahlung ohne Ihr Verschulden verhindert.

Folgebeitrag (gemäß §§ 39 und 39a Versicherungsvertragsgesetz):

- (3) Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig (§ 4 Absatz (3)) bezahlen, so erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von zwei Wochen. Außerdem können wir den Vertrag kündigen. Wir können die Kündigung bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbinden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn Sie in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug sind. Darüber hinaus können wir unter Setzung einer Nachfrist von zwei Wochen auch Terminverlust geltend machen und den noch offenen Beitrag(steil) für das laufende Versicherungsjahr - auch bei Vereinbarung von Ratenzahlung - sofort verlangen. Durch den Zahlungsverzug bzw. die Kündigung vermindert sich Ihr Versicherungsschutz, er kann aber auch zur Gänze entfallen; d.h. wir sind nur zu einer solchen Leistung verpflichtet, die sich ergäbe, wenn sich mit dem Eintritt des Versicherungsfalles die Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung umgewandelt hätte. Der Versicherungsschutz entfällt zur Gänze, wenn zum Kündigungszeitpunkt noch keine beitragsfreie Versicherungssumme (siehe § 6 Absatz (4)) vorhanden ist. Auf diese Rechtsfolgen werden wir in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 6. Wann und wie können Sie über den Versicherungsvertrag bzw. über Ihre Ansprüche aus dem Vertrag verfügen? Was sind die Nachteile bei Beitragsfreistellung?

Allgemeines:

- (1) Sie können Ihren Vertrag kündigen oder beitragsfrei stellen
- jederzeit auf den Schluss des laufenden Versicherungsjahres;
 - innerhalb eines Versicherungsjahres mit dreimonatiger Frist auf den Monatsschluss, frühestens jedoch auf den Schluss des ersten Versicherungsjahres.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung:

- (2) Sobald tariflich eine Deckungsrückstellung vorhanden ist, können Sie den Vertrag beitragsfrei stellen und damit verlangen, ganz von der Beitragszahlung befreit zu werden. Die hieraus resultierende beitragsfreie Versicherungssumme wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik auf Grund der Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation ermittelt. Bei einer Beitragsfreistellung innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre werden gemäß § 3 Absatz (3) die Abschlusskosten höchstens nach dem Verhältnis zwischen der tatsächlichen Beitragszahlungsdauer und dem Zeitraum von fünf Jahren bzw. einer vereinbarten kürzeren Beitragszahlungsdauer berücksichtigt. Der Beitragsfreistellungswert ist der zum jeweiligen Zeitpunkt vorhandene Wert der Deckungsrückstellung.

Die nach einer Beitragsfreistellung verbleibende beitragsfreie Versicherungssumme darf EUR 2.000,00 nicht unterschreiten. Beträgt die nach einer Beitragsfreistellung nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik auf Grund der Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation ermittelte beitragsfreie Versicherungssumme nicht mindestens EUR 2.000,00, wird der Versicherungsvertrag aufgelöst. Mit Beendigung des Versicherungsvertrages erlischt die Versicherung, ohne dass ein Rückkaufswert fällig wird. Die Beitragsfreistellung ist mit Nachteilen verbunden. Der Beitragsfreistellungswert entspricht nicht der Summe der bezahlten Beiträge, da Teile davon für Risikotragung, Abschluss- und Verwaltungskosten und die Versicherungssteuer verwendet werden.

Kündigung:

- (3) Mit Beendigung des Versicherungsvertrages erlischt die Versicherung, ohne dass ein Rückkaufswert fällig wird. Es ergibt sich während der gesamten Vertragslaufzeit kein Rückkaufswert.

§ 7. Was ist im Falle des Eintritts eines Versicherungsfalles zu tun? Was ist bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung zu beachten?

- (1) Leistungen aus dem Versicherungsvertrag bezahlen wir gegen Übergabe der Versicherungsurkunde und gegebenenfalls gegen Nachweis der letzten Beitragszahlung.
Zu Unrecht empfangene Versicherungsleistungen müssen an uns zurückgezahlt werden.
- (2) Bei Eintritt einer Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen sind uns vorzulegen:
- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt des Versicherungsfalles und
 - ausführliche Berichte der Ärzte, die den (Mit)Versicherten gegenwärtig behandeln bzw. behandelt und untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf des Leidens. Ebenso sind uns Berichte von Rehabilitations- und Kurkliniken, in denen Behandlungen vor dem Leistungsfall stattfanden, vorzulegen;
 - bei Erkrankung eines mitversicherten Kindes ist uns ein amtlicher Nachweis über die diesen Bedingungen entsprechende Kindeseigenschaft vorzulegen.
- (3) Bei einer außerhalb Österreichs eintretenden Krebserkrankung können wir verlangen, dass die zur Feststellung des Leistungsfalls erforderlichen Nachweise von einem in Österreich niedergelassenen Arzt auf Kosten des die Leistung Beanspruchenden erstellt werden. Darüber hinaus können wir - dann allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. Der Versicherte hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, bei denen er in Behandlung ist, war oder sein wird, sowie Personenversicherer und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.
- (4) Soweit unsere Gesellschaft Erhebungen nicht selbst (auf eigene Kosten) anstellt, sind die Kosten der gemäß Absatz (1) bis (4) erforderlichen Nachweise durch denjenigen zu tragen, der die Versicherungsleistung beansprucht.
- (5) Die Fälligkeit der Versicherungsleistung tritt erst nach Vorliegen sämtlicher von Ihnen und/oder dem die Leistung beanspruchenden Dritten den gemäß Absatz (1) bis (4) verlangten und für die Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistung nötigen Auskünfte, Belege, Nachweise etc. ein.
- (6) Anzeigepflicht im Krankheitsfall:
Eine Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen ist uns innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der gesicherten Diagnose bzw. sonstigen Nachweise anzuzeigen.

§ 8. Welche Bedeutung haben Ihre Antworten auf unsere Antragsfragen?

- (1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie bzw. die versicherte Person alle mit dem Antrag verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- (2) Werden Fragen schuldhaft unrichtig oder unvollständig beantwortet, können wir innerhalb der ersten drei Jahre seit Abschluss, letzter Änderung oder Wiederherstellung des Vertrages von diesem zurücktreten. Tritt der Versicherungsfall während der ersten drei Jahre ein, so können wir den Rücktritt auch noch nach Ablauf dieser Frist erklären, unabhängig davon, ob der Versicherungsfall innerhalb dieser Frist angezeigt wurde oder nicht.
Wir können nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn
- wir nachweislich von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben Kenntnis hatten oder
 - der verschwiegene Umstand nachweislich keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles hatte.
- Erlangen wir erst nach Eintritt des Versicherungsfalles von der von Ihnen bzw. der versicherten Person verschuldeten Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben Kenntnis, sind wir darüber hinaus von der Verpflichtung zur Leistung frei.
- (3) Bei arglistiger Täuschung können wir den Vertrag unbefristet anfechten.
- (4) Wenn wir den Vertrag anfechten oder vom Vertrag zurücktreten, bezahlen wir die tarifliche Deckungsrückstellung; Beitragsrückstände werden dabei in Abzug gebracht (siehe § 6). Eine Rückzahlung der Beiträge in der tatsächlich geleisteten Höhe können Sie in diesem Fall nicht verlangen. Hinsichtlich der mit dieser Vorgangsweise verbundenen wirtschaftlichen Nachteile vergleichen Sie bitte § 6 Absatz (2).

(5) **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 Tarifbeitrag erfolgen kann. Der Beitrag berechnet sich nach dem für Ihren Vertrag gültigen Tarif, dem zu diesem Zeitpunkt erreichten rechnungsmäßigen Alter der versicherten Person, der verbleibenden Versicherungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag. Von dem Zeitpunkt der Änderung des Nichtraucherstatus an wird noch für zwei Monate Versicherungsschutz zu den vereinbarten Bedingungen 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 Zahlbeitrag.

§ 9. Wo und wie ist die fällige Versicherungsleistung zu erbringen?

- (1) Erfüllungsort für die Leistung ist der Sitz der Wüstenrot Versicherungs-Aktiengesellschaft in A-5033 Salzburg, Alpenstraße 61.
- (2) Überweisungen von Geldleistungen an Empfangsberechtigte erfolgen - sofern dafür zusätzliche Mehrkosten anfallen, die durch den Versicherungsnehmer veranlasst worden sind - auf deren Kosten.
- (3) Die fällig gewordene Versicherungsleistung werden wir nach Einlangen aller für die Auszahlung nötigen Unterlagen (siehe § 7 und § 10) auszahlen.
- (4) Sind Leistungen an (Bezugs-)Berechtigte zu erbringen, so können wir von diesen gegebenenfalls die Vorlage eines behördlichen Nachweises verlangen, dass die Zahlung ohne Gefahr der Haftung für unberichtigte Steuern erfolgen kann. § 7 Absatz (3) gilt entsprechend.

§ 10. Was gilt bei Selbstmord der versicherten Person?

Entfällt.

§ 11. Wie umfassend ist Ihr Versicherungsschutz?

Entfällt.

§ 12. Was gilt für Erklärungen, die den Versicherungsvertrag betreffen?

- (1) Für alle Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers, der versicherten Person oder sonstigen Dritten genügt es, wenn sie in geschriebener Form erfolgen und dem Versicherer zugehen. Ausgenommen hiervon sind Erklärungen, für welche gesetzlich die Schriftform vorgesehen ist oder für welche die Schriftform ausdrücklich und gesondert vereinbart wurde.
Der **geschriebenen Form** wird durch einen Text in Schriftzeichen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Telefax oder E-Mail), entsprochen. Eine Unterschrift des Erklärenden ist hierfür nicht erforderlich. **Schriftform** (schriftlich) bedeutet, dass die Erklärung mit eigenhändiger (originaler) Unterschrift des Erklärenden versehen sein muss.
Bloß mündlich abgegebene Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers, der versicherten Personen oder Dritten sind nicht wirksam.
- (2) Wenn Sie Ihren Wohnort wechseln (bzw. bei Änderung Ihrer Postanschrift) müssen Sie uns Ihre neue Adresse unverzüglich mitteilen. Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir Ihnen gegenüber abzugebende Erklärungen an Ihre uns zuletzt bekannt gegebene Adresse zusenden können. In diesem Fall wird unsere Erklärung zu dem Zeitpunkt wirksam, in dem sie Ihnen ohne die Änderung der Anschrift bei regelmäßiger Beförderung zugegangen wäre und Sie bei Ihrer Anwesenheit davon hätten Kenntnis nehmen können. Die mit der Vermittlung von Versicherungsgeschäften betrauten Personen sind nicht bevollmächtigt, Erklärungen für uns abzugeben oder Geld bzw. Geldeswert für uns in Empfang zu nehmen.
- (3) Wenn Sie Ihren Wohnort außerhalb der Europäischen Union nehmen, empfehlen wir Ihnen, uns eine Person innerhalb der Republik Österreich zu benennen, welche zur Entgegennahme unserer an Sie gerichteten Erklärungen bevollmächtigt ist (Zustellungsbevollmächtigter).

§ 13. Wer erhält die Versicherungsleistung im Versicherungsfall?

- (1) Falls Sie uns keine Person benannt haben, welche im Krankheitsfall die Leistung erhalten soll (Bezugsberechtigter oder Begünstigter), erbringen wir die Leistung aus dem Versicherungsvertrag grundsätzlich an den Versicherungsnehmer. Der Bezugsberechtigte erwirbt das Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des Versicherungsfalles. Bis zum Eintritt des Versicherungsfalles können Sie uns eine Änderung der Bezugsberechtigung jederzeit mitteilen.
- (2) Sie können auch bestimmen, dass der Bezugsberechtigte das Recht auf die künftige Leistung unwiderruflich und damit sofort erwerben soll. Sobald wir diese Erklärung erhalten haben, kann das Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des Bezugsberechtigten aufgehoben und der Vertrag nur noch mit dessen Zustimmung geändert werden.

- (3) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechtes sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns angezeigt worden sind.
- (4) Ist der Überbringer (Inhaber) der Versicherungsurkunde anspruchsberechtigt, so können wir verlangen, dass er uns seine Berechtigung nachweist.

§ 14. Was gilt bei einer Abtretung, Verpfändung und Vinkulierung?

- (1) Im Allgemeinen sind Sie über den Versicherungsvertrag verfügungsberechtigt. Sie können Ihre Rechte aus dem Vertrag aber auch abtreten oder verpfänden. Eine Abtretung oder Verpfändung ist uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns von Ihnen oder Ihrem Gläubiger angezeigt worden ist.
- (2) Außerdem kann die Versicherung auch vinkuliert werden. Die Vinkulierung bedeutet zumeist (je nach Vereinbarung) eine Zahlungssperre; d.h. Auszahlungen aus diesem Versicherungsvertrag können nur mehr mit Zustimmung des Vinkulargläubigers erfolgen. Die Vereinbarung einer Vinkulierung bedarf unserer ausdrücklichen Zustimmung. Auf eine Vinkulierungsvereinbarung besteht kein Rechtsanspruch.

§ 15. Was ist bei Verlust der Versicherungsurkunde zu tun?

- (1) Wenn Sie uns den Verlust der Versicherungsurkunde anzeigen, werden wir Ihnen eine Ersatzurkunde ausstellen.
- (2) Ist der Überbringer (Inhaber) der Versicherungsurkunde anspruchsberechtigt, so können wir verlangen, dass er uns seine Berechtigung nachweist. Wir können verlangen, dass eine auf den Überbringer (Inhaber) lautende Versicherungsurkunde gerichtlich für kraftlos erklärt wird.
- (3) Die Kosten für die Ausstellung der Ersatzurkunde bzw. für die Kraftloserklärung sind von demjenigen zu tragen, welcher die Ersatzurkunde verlangt bzw. Anspruch auf die Versicherungsleistung erhebt.

§ 16. Welche Abgaben, Gebühren oder Kosten werden wir berechnen?

- (1) Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen. Als derartige Mehraufwendungen gelten beispielsweise
 - die ortsüblichen Kosten der Mahnung bei Nichtzahlung von Versicherungsbeiträgen (§ 5);
 - die Gebühr nach unberechtigtem Widerruf oder Nichteinlösung einer uns erteilten Einzugsermächtigung zuzüglich der uns von der Bank verrechneten Rückbuchungsgebühr;
 - die uns verrechneten Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistung (§ 9);
 - die Kosten der Bearbeitung von Abtretungen, Verpfändungen, Vinkulierungen (§ 14) oder von Pfändungen;
 - die ortsüblichen Kosten der Ausstellung einer Ersatzurkunde bei Verlust der Versicherungsurkunde (§ 15);
 - die ortsüblichen Kosten der Anfertigung von Kopien aus der mit Ihnen geführten Korrespondenz;
 - die Durchführung von nach diesem Vertrag von uns nicht geschuldeten Vertragsänderungen;
 - Kostenbeitrag bei ärztlicher Untersuchung bzw. Einholung ärztlicher Auskünfte.Die Höhe der jeweiligen Gebühr kann bei uns erfragt werden und richtet sich nach dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Dienstleistung. Die jeweils aktuell geltenden Kosten für Mehraufwendungen sind unter www.wuestenrot.at/gebuehrenblatt veröffentlicht.
- (2) Soweit derartige Kosten von Ihnen nicht nach Anfall bzw. Vorschreibung bezahlt werden, sind wir berechtigt, diese mit der Versicherungsleistung zu verrechnen. Aus der (bloßen) Nichteinforderung von solchen Kosten auch über einen längeren Zeitraum hinweg kann kein allgemeiner Verzicht auf ihre Geltendmachung für die Zukunft abgeleitet werden.

§ 17. Wie lange können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend gemacht werden?

- (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung bekannt geworden ist. Ist diesem Dritten sein Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.
- (2) Haben Sie bzw. ein berechtigter Dritter einen Anspruch angemeldet, so ist die Verjährung bis zum Erhalt einer Entscheidung unserer Gesellschaft gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung zu Grunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt die Verjährung jedenfalls ein.
- (3) Lehnen wir eine Leistung aus dem Vertrag ab, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung endgültig frei, wenn der Anspruch von Ihnen bzw. dem Berechtigten nicht innerhalb eines Jahres nach Erhalt unserer Ablehnung gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst zu laufen, nachdem wir die Leistung Ihnen bzw. dem Berechtigten gegenüber in einer dem Absatz (2) entsprechenden Weise abgelehnt und gleichzeitig auf diese mit dem Ablauf der Frist verbundene Rechtsfolge hingewiesen haben. Die Frist ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der Sie bzw. der Berechtigte ohne Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert sind, gehemmt.

§ 18. Vertragsrecht, Versicherungsaufsichtsbehörde, Gerichtsstand

- (1) Auf diesen Vertrag findet österreichisches Recht Anwendung. Die Versicherungsaufsicht obliegt der "Finanzmarktaufsicht" (FMA), A-1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5.
- (2) Ansprüche aus dem Vertrag können Sie auch bei dem für unsere Gesellschaft in A-5033 Salzburg, Alpenstraße 61, örtlich und sachlich zuständigen Gericht geltend machen. Ist der Vertrag durch einen Vermittler zu Stande gekommen, so kann auch das Gericht des Ortes angerufen werden, an welchem der Vermittler zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder, wenn er eine solche nicht unterhielt, seinen Wohnsitz hatte. Wir können Ansprüche aus dem Vertrag an dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht geltend machen. Im Übrigen gelten die gesetzlichen Gerichtsstände.

§ 19. Nimmt diese Versicherung an einer Gewinnbeteiligung teil?

- (1) Im Wege der Gewinnbeteiligung nehmen Sie an den aus dem Geschäftsverlauf nach unserem Geschäftsplan festgestellten Überschüssen durch Berücksichtigung des Sofortbonus beim Zahlbeitrag teil. Die Lebensversicherer sind zu vorsichtiger Kalkulation verpflichtet, damit die vertraglichen Leistungen auch dann erfüllt werden können, wenn sich die Morbidität oder die Kosten ungünstig entwickeln. Morbiditäts- und Kostengewinne entstehen insbesondere dann, wenn Morbidität und Kosten niedriger sind, als bei der Tarifikalkulation angenommen. Diese werden bei der Berechnung des Sofortbonus berücksichtigt und führen somit zur Reduzierung des Tarifbeitrages.
- (2) Alle nach diesen Bedingungen abgeschlossenen Versicherungsverträge sind dem Gewinnverband 12, Abrechnungsverband C2016 zugeordnet.
- (3) Der Sofortbonus stellt den Gewinn aus der Morbidität und den sonstigen Erfolgsquellen dar und wird in Prozent des Tarifbeitrages festgesetzt. Er wird vom Vorstand der Wüstenrot Versicherungs-AG auf Vorschlag des verantwortlichen Aktuars unter Beachtung der maßgebenden aufsichtsrechtlichen Bestimmungen festgelegt und im Geschäftsbericht veröffentlicht. Der für die Beitragsberechnung maßgebliche Sofortbonus gilt jeweils für das im darauffolgenden Geschäftsjahr beginnende Versicherungsjahr. Abhängig von den erzielten Gewinnen kann sich der zu zahlende Zahlbeitrag reduzieren oder erhöhen, maximal jedoch bis zur Höhe des vereinbarten Tarifbeitrages.