

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN DER KREBSVERSICHERUNG

- § 1. Begriffsbestimmungen
- § 2. Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall
- § 3. Pflichten des Versicherungsnehmers
- § 4. Umfang des Versicherungsschutzes
- § 5. Beginn des Versicherungsschutzes
- § 6. Kosten und Gebühren
- § 7. Gewinnbeteiligung
- § 8. Leistungserbringung durch den Versicherer
- § 9. Kündigung der Versicherung
- § 10. Prämienfreistellung
- § 11. Nachteile einer Kündigung oder Prämienfreistellung
- § 12. Vorauszahlungen
- § 13. Verpfändung, Abtretung und Vinkulierung
- § 14. Erklärungen
- § 15. Bezugsberechtigung
- § 16. Letztstandspolizze (Was ist bei Verlust der Polizze zu tun?)
- § 17. Verjährung
- § 18. Vertragsgrundlagen
- § 19. Anwendbares Recht
- § 20. Aufsichtsbehörde
- § 21. Erfüllungsort

Analog den Formulierungen im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) beziehen sich personenbezogene Bezeichnungen auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

§ 1. Begriffsbestimmungen

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

Bezugsberechtigter (Begünstigter)	ist die Person, die für den Empfang der Leistungen genannt ist.
Deckungsrückstellung nahme	Die Deckungsrückstellung ergibt sich aus der Summe der einbezahlten Prämien abzüglich der Versicherungssteuer, der Abschlusskosten sowie der Prämienanteile für Verwaltungskosten und für die Überdes Risikos zuzüglich der Verzinsung mit dem garantierten Rechnungszinssatz (= vertragliche Deckungsrückstellung). (Der Versicherer bildet mit diesem Wert eine nicht rückkaufsfähige Rückstellung in seiner Bilanz zur Deckung des entsprechenden Anspruchs des Begünstigten.)
Gewinnbeteiligung (Prämienbonus)	sind Ihrem Vertrag zugewiesenen Überschüsse, die bei Risikoversicherungen die laufenden Prämien reduzieren (Prämienbonus).
Krebsversicherungen	sind Lebensversicherungen, die eine Leistung bei Eintritt einer bedingungsgemäßen Krebserkrankung der versicherten Person vorsehen. Nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer tritt der Vertrag ohne Rückvergütungsanspruch außer Kraft.
Tarif/Geschäftsplan	ist eine der Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) übermittelte detaillierte Aufstellung jener Bestimmungen und versicherungsmathematischen Formeln, anhand derer die Leistung des Versicherers und die Gegenleistung des Versicherungsnehmers (Versicherungsprämie) zu berechnen sind.
Versicherer	ist die DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group.
Versicherter	ist die Person, deren Leben versichert ist.
Versicherungsnehmer	ist der Vertragspartner des Versicherers.
Versicherungsprämie	ist das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt.
Versicherungssumme	ist die in der Polizze ausgewiesene und im Rahmen der Versicherungsbedingungen garantierte Leistung des Versicherers.

ANHANG 823

Seite 2 von 6

§ 2. Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall

- (1) Die für den jeweiligen Versicherungsfall zu Ihrem Vertrag vereinbarten Leistungen entnehmen Sie bitte Ihrer Polizze.
- (2) Die Lebensversicherung bietet Versicherungsleistungen bei Eintritt einer Krebserkrankung nach Vorliegen der gesicherten Diagnose bzw. sonstigen Nachweisen.
- (3) Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist ein invasiv wachsender Krebs, der eindeutig diagnostiziert wurde (Vorlage eines eindeutigen Befundes ist erforderlich, z.B. histologischer Befundbericht - siehe § 8). Invasiver Krebs bedeutet eine bösartige Gewebsneubildung, bei der Körperzellen unkontrolliert wachsen und sich in gesundes Gewebe ausbreiten, wodurch dieses verdrängt und zerstört wird. Zusätzlich neigen invasiv wachsende Krebsarten zur Absiedelung (Metastasierung) in andere Körperregionen.
- Die Diagnose invasiver Krebs umfasst auch: Leukämie, bösartige Tumore des Lymphsystems (Lymphome) einschließlich kutane Lymphome, Morbus Hodgkin und maligne Knochenmarkserkrankungen sowie Sarkome.
- (4) Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:
- alle Tumorvorstufen, wie z.B. "Carcinoma in situ", alle prämaligen Erkrankungen, Dysplasien, einschließlich Zervixdysplasie der CIN Klassen 1-3 und PAP 1-4,
 - alle Prostata Tumore, die nicht mindestens die TNM Klassifikation* T1bN0M0 aufweisen,
 - alle Hautkrebsformen (z.B. Basaliom) außer dem malignen Melanom ab Tumorstufe T1bN0M0,
 - Schilddrüsenkrebs N0M0;
- * T=Tumorgroße, N=Lymphknotenbefall, M=Fernmetastasen, 0 = kein Befall
- (5) Bei erstmaligem Entstehen des Anspruches auf Versicherungsleistung zahlen wir die vereinbarte Versicherungsleistung, damit endet der gesamte Versicherungsvertrag. Nach Eintritt des ersten Versicherungsfalles wird keine Versicherungsleistung für weitere Versicherungsfälle erbracht.
- (6) Bei den in Absatz (2) - (4) definierten Krebserkrankungen besteht **Versicherungsschutz für alle Kinder der versicherten Person**, wenn diese zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles nicht älter als 18 Jahre sind.
- Eine Leistung wird erbracht, wenn bei einem Kind der versicherten Person oder einem im gemeinsamen Haushalt lebenden Stiefkind der versicherten Person eine der in Absatz (2) - (4) definierten Krebserkrankungen diagnostiziert wird.
- Keine Leistung erfolgt, wenn der Zustand des Kindes oder das Ereignis, aus dem der Anspruch abgeleitet wird, direkt oder indirekt auf eine Vorerkrankung zurückzuführen ist. Eine Vorerkrankung liegt dann vor, wenn das Kind an der Krankheit bereits vor Vertragsabschluss gelitten hat. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Krankheit sich durch Symptome bemerkbar gemacht hat oder nicht. Bei rechtmäßig adoptierten Kindern gilt als Vorerkrankung eine Krankheit, an der das Kind bereits zum Zeitpunkt der Adoption gelitten hat. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Krankheit sich durch Symptome bemerkbar gemacht hat oder nicht.
- Für jedes Kind besteht Versicherungsschutz in Höhe von einem Drittel der entsprechenden Leistung, maximal jedoch in Höhe von EUR 11.000,-, auch bei Bestehen mehrerer Versicherungsverträge derselben oder einer anderen versicherten Person.
- Die Leistung wird nur dann ausgezahlt, wenn bei dem Kind die entsprechende Krebserkrankung vor Erreichen des 18. Lebensjahres auftritt oder die Operation durchgeführt wird. Pro Kind kann ein Versicherungsanspruch nur einmal geltend gemacht werden.
- Wird ein Versicherungsanspruch für ein Kind geltend gemacht, so wird der Vertrag unverändert fortgeführt. Die Prämien sind in unveränderter Höhe zu entrichten.
- (7) Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn
- erstmalige Symptome innerhalb der ersten sechs Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten oder
 - eine Diagnose von Krebs innerhalb der ersten sechs Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.
- Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

§ 3. Pflichten des Versicherungsnehmers

- (1) Sie sind verpflichtet, den Antrag und die damit verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig auszufüllen bzw. zu beantworten. Wenn das Leben einer anderen Person versichert werden soll, hat auch diese alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.
- (2) Werden Fragen unrichtig oder unvollständig beantwortet, können wir innerhalb von drei Jahren seit Abschluss, Wiederherstellung oder Änderung des Vertrages zurücktreten. Wir können den Rücktritt nur innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären. Weiters entfällt bei unrichtiger oder unvollständiger Beantwortung der Fragen unsere Leistungspflicht. Wir können nicht vom Vertrag zurücktreten und unsere Leistungspflicht entfällt nicht, wenn die unrichtige oder unvollständige Beantwortung nicht auf Verschulden beruht oder wir von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben Kenntnis hatten. Unsere Leistungspflicht entfällt überdies auch nicht, wenn der nicht angegebene Umstand keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles gehabt hat. Bei arglistiger Täuschung können wir außerdem den Vertrag jederzeit anfechten.
- (3) An Ihren Antrag sind Sie sechs Wochen ab Antragstellung gebunden.
- (4) Sie sind verpflichtet, die vereinbarten Versicherungsprämien (laufende Prämien) an uns kostenfrei und rechtzeitig zu bezahlen.
- (5) Laufende Prämien sind Jahresprämien. Sie können nach Vereinbarung auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten bezahlt werden, dann jedoch mit Zuschlägen. **Die Höhe des jeweiligen Zuschlages entnehmen Sie bitte dem Antrag bzw. der Polizze.** Wenn Sie mit der Zahlung einer Rate in Verzug geraten, diese also nicht spätestens zum Fälligkeitstag zahlen, werden alle Prämienraten für das zu diesem Zeitpunkt laufende Versicherungsjahr sofort fällig und alle eingehenden Zahlungen auf die älteste Schuld angerechnet. Im Versicherungsfall werden die offenen Raten des laufenden Versicherungsjahres in Abzug gebracht.
- (6) Die erste Prämie wird mit Zustellung der Polizze, nicht aber vor Versicherungsbeginn fällig und ist sodann innerhalb von zwei Wochen zu bezahlen. Folgeprämien sind innerhalb eines Monats, bei monatlicher Prämienzahlung innerhalb von zwei Wochen, jeweils ab dem in der Polizze angegebenen Fälligkeitstag zu bezahlen.
- (7) Wenn Sie die **erste Prämie** nicht rechtzeitig bezahlen, sind wir leistungsfrei und können vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, Sie waren an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert. Es gilt als Rücktritt unsererseits, wenn wir die erste Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen. Bei einem Rücktritt sind die Kosten der ärztlichen Untersuchung von Ihnen zu bezahlen.

ANHANG 823

Seite 3 von 6

(8) Wenn Sie eine **Folgeprämie** nicht rechtzeitig bezahlen, erhalten Sie eine Mahnung. Bezahlen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung festgesetzten Frist von mindestens zwei Wochen, können wir den Vertrag nach Ablauf der festgesetzten Frist mit sofortiger Wirkung oder im Vorhinein zum Ablauf der festgesetzten Frist kündigen. In diesem Fall entfällt Ihr Versicherungsschutz oder er vermindert sich auf die prämiensfreie Versicherungsleistung.

Darüber hinaus entfällt Ihr Versicherungsschutz oder er vermindert sich auf die prämiensfreie Versicherungsleistung, unabhängig von einer Kündigung, wenn nach Ablauf der gesetzten Frist der Versicherungsfall eintritt und Sie mit der Zahlung der Folgeprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles in Verzug sind, es sei denn, dass Sie an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert waren.

§ 4. Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz besteht grundsätzlich unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht.

(2) Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Republik Österreich entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika oder andere Länder erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder österreichische Rechtsvorschriften entgegenstehen.

(3) Wird Österreich von einer nuklearen, biologischen, chemischen oder durch Terrorismus ausgelösten Katastrophe betroffen oder in kriegerische Ereignisse verwickelt, besteht für dadurch verursachte Versicherungsfälle kein Versicherungsschutz.

(4) Den Wert der Deckungsrückstellung leisten wir auch, wenn der Krankheitsfall verursacht wurde

- a) durch Alkoholmissbrauch, Missbrauch von Drogen oder Medikamenten oder die Einnahme von Gift.
- b) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person.
- c) durch widerrechtliche Handlungen, mit denen der Versicherungsnehmer vorsätzlich den Krankheitsfall der versicherten Person im Sinne dieser Bedingungen herbeigeführt hat.
- d) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes des Katastrophenschutzes oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf.

(5) Wir leisten auch den Wert der Deckungsrückstellung, wenn durch den Eintritt eines der unter Absatz (4) 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.

(6) Im Übrigen bestehen spezielle Ausschlüsse und Einschränkungen (siehe § 2).

§ 5. Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrages (etwa durch Zustellung der Polizza) erklärt und Sie die erste Prämie rechtzeitig (§ 3 Absatz (6)) bezahlt haben. Vor dem in der Polizza angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.

(2) Auf die in § 2 Absatz (7) definierte **Wartefrist** wird ausdrücklich hingewiesen: Der Versicherungsschutz aufgrund einer Krebserkrankung ist - auch für die gegebenenfalls mitversicherten Kinder - erst gegeben, wenn erstmalige Symptome der Erkrankung nach Ablauf der ersten sechs Monate nach dem oben bestimmten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) auftreten oder die Diagnose gestellt wird.

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.

Besteht aufgrund der Wartefrist kein Anspruch auf Versicherungsleistung werden lediglich die bereits einbezahlten Prämien abzüglich Versicherungssteuer rücküberwiesen, der Versicherungsvertrag erlischt.

§ 6. Kosten und Gebühren

(1) Die Versicherungssteuer wird entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen von Ihren Versicherungsprämien in Abzug gebracht. Weiters ziehen wir von Ihren Versicherungsprämien Abschlusskosten (vgl. (a)), Verwaltungskosten (vgl. (b)) und Kosten zur Deckung des beantragten Risikos (Risikokosten) (vgl. (c)) entsprechend dem vereinbarten Tarif (siehe § 1) sowie sonstige Kosten (vgl. (d)) ab.

(a) Abschlusskosten

Die Höhe der Abschlusskosten entnehmen Sie bitte dem Informationsblatt des Antrages bzw. der Polizza unter dem Punkt "Kostenvereinbarung und Sterbetafel", welcher Bestandteil des Vertrages ist.

(b) Verwaltungskosten

An Verwaltungskosten verrechnen wir während der Prämienzahlungsdauer 15 % der Prämie.

Für prämiensfreie Verträge wird ein an der prämiensfreien Versicherungssumme bemessener Verwaltungskostenzuschlag von 0,10 % berechnet.

Die Höhe der jährlichen Verwaltungskosten können Sie ebenfalls dem Informationsblatt des Antrages bzw. der Polizza unter dem Punkt "Kostenvereinbarung und Sterbetafel", welcher Bestandteil des Vertrages ist, entnehmen.

(c) Risikokosten

Die jährlich erforderlichen Kosten zur Deckung des Krankheitsfallrisikos richten sich nach dem Alter des Versicherten sowie der für den Krankheitsfall vereinbarten Versicherungsleistung. Das für die Berechnung relevante Alter ist die Differenz zwischen dem jeweiligen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr.

Die Risikokosten zur Deckung des Krankheitsfallrisikos errechnen sich jährlich aus der für den Krankheitsfall vereinbarten Versicherungsleistung und der Wahrscheinlichkeit des Krankheitsfalles.

Die für Ihren Vertrag geltende Sterbetafel ist im Informationsblatt des Antrages bzw. in der Polizza unter dem Punkt "Kostenvereinbarung und Sterbetafel", welcher Bestandteil des Vertrages ist, angeführt.

Für die Übernahme erhöhter Risiken, insbesondere wegen Krankheit, Beruf, Sport, etc., bzw. möglicher gewünschter Zusatzrisiken werden wir Risikozuschläge bzw. Zusatzprämien zur Versicherungsprämie und/oder besondere Bedingungen mit Ihnen vereinbaren.

(d) Sonstige Kosten (= Gebühren)

Wir verrechnen nur solche angemessenen Gebühren, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch Sie veranlasst worden sind. Das ist insbesondere eine Gebühr für das Ausstellen einer Duplikats- oder Letztstandspolizza, zusätzlich gewünschte Dokumentationen, Änderung der Zahlungsweise, nachträgliche Bearbeitung einer Verpfändung, Abtretung oder Vinkulierung oder eine Änderung des Polizzinhalts.

Diese Gebühr beträgt EUR 20,- je Dokument, ist wertgesichert und verändert sich ab Juli eines jeden Kalenderjahres in demselben Ausmaß, in dem sich der von der Statistik Austria monatlich verlaubliche Verbraucherpreisindex 2000 bzw. der von der Statistik Austria als Nachfolgeindex verlaubliche Index gegenüber dem 1.1.2007 verändert hat. Der Versicherer ist dessen unbeschadet berechtigt, eine geringere als die sich nach dieser Indexklausel ergebende Gebühr zu verlangen, ohne dass dadurch das Recht verloren geht, für die Zukunft wieder die indexkonforme Gebühr zu verlangen. Die aktuelle Höhe der Gebühr können Sie jederzeit bei unserer Serviceline erfragen.

ANHANG 823

Seite 4 von 6

Bei Zahlungsverzug sind wir berechtigt, Mahngebühren (max. im Gesamtausmaß von EUR 21,- für alle Mahnstufen) zu verrechnen. In der Folge wird ein Rechtsanwaltsbüro mit der Forderungseinziehung beauftragt und dafür bei einem Übergabesaldo bis EUR 145,- eine Bearbeitungsgebühr von EUR 19,-, bei einem Übergabesaldo bis EUR 500,- eine Bearbeitungsgebühr von EUR 33,- und darüber EUR 49,- in Rechnung gestellt. Neben diesen Kosten gehen auch sämtliche beim Rechtsanwaltsbüro anfallenden Kosten (lt. Bestimmungen der RATG, Allgemeine Honorarkriterien AHK 2005 in der jeweils gültigen Fassung) zu Lasten der in Zahlungsverzug geratenen Kunden. Die verrechneten Kosten müssen der zweckentsprechenden Rechtsverfolgung dienen.

Darüber hinaus verrechnen wir jene Kosten, die aufgrund zusätzlicher pflichtgemäßer Bearbeitung zu Ihrem Versicherungsvertrag durch einen Dritten auflaufen. Das sind z.B. Gerichtskosten für die Hinterlegung von Versicherungsleistungen, Kosten für die Beglaubigung bzw. Übersetzung von ausländischen Dokumenten und der Einholung von Unbedenklichkeitserklärungen des zuständigen Finanzamtes im Falle der Auszahlung von Versicherungsleistungen an Bezugsberechtigte im Ausland.

(2) Die in Absatz (1) (a) - (c) genannten Kostenbestandteile berücksichtigen wir bereits bei der Kalkulation Ihrer Prämien, sie sind daher in Ihren Prämien enthalten.

Bei prämienfrei gestellten Verträgen entnehmen wir die Verwaltungs- und Risikokosten der Deckungsrückstellung.

§ 7. Gewinnbeteiligung

(1) Um die Erbringung der vereinbarten Versicherungsleistung über die gesamte Versicherungsdauer hinweg sicherzustellen, sind die Prämien vorsichtig kalkuliert. Regelmäßige Überschüsse sind die Folge der vorsichtigen Prämienkalkulation.

(2) Sie nehmen im Wege der Gewinnbeteiligung (siehe § 1) an den von uns erzielten Überschüssen teil. Die Aufteilung der Überschüsse erfolgt über Gewinn- und Abrechnungsverbände, in denen alle gleichartigen Versicherungsverträge zusammengefasst sind. Der für Ihren Versicherungsvertrag geltende Gewinnverband bzw. Abrechnungsverband ist in Ihrem Antrag bzw. Ihrer Polizza ausgewiesen.

(3) Ihre Gewinnanteile werden alljährlich zum Stichtag 31. Dezember festgelegt. Der Prämienbonus wird von der zu entrichtenden Prämie sofort abgezogen. Risikozuschläge sind nicht überschussberechtigt.

(4) Da die in künftigen Jahren erzielbaren Überschüsse nicht vorausgesehen werden können, beruhen Zahlenangaben über die zu erwartende Gewinnbeteiligung, also den Prämienbonus, auf Schätzungen, denen die gegenwärtigen Verhältnisse zugrunde gelegt sind. **Solche Angaben sind daher unverbindlich.** Der zukünftige Prämienbonus hängt allein von den während der Laufzeit des Vertrages erzielten Überschüssen ab.

(5) Lebensversicherer können gemäß § 3 Versicherungsunternehmen-Höchstzinssatzverordnung – VU-HZV, BGBl II Nr. 299/2015 angesichts bestehender Zinsverpflichtungen dazu verpflichtet sein, Rückstellungen für Verträge mit Garantien zu bilden, um deren jederzeitige Erfüllbarkeit sicherzustellen. Bei dieser **Zinszusatzrückstellung** handelt es sich um eine Pauschalrückstellung, die in der Bilanz für das jeweils laufende Geschäftsjahr als Deckungsrückstellung ausgewiesen und nicht dem Deckungskapital der einzelnen Versicherungsverträge zugerechnet wird. Die Höhe der Rückstellung hängt grundsätzlich von der Zinsentwicklung auf den Kapitalmärkten sowie den Garantiezinsen ab und wird entsprechend der in der Versicherungsunternehmen-Höchstzinssatzverordnung – VU-HZV, BGBl II Nr. 299/2015 festgelegten Berechnungsmethode ermittelt und deren ordnungsgemäße Bildung von unserem Aktuar geprüft und bestätigt. Zur Sicherstellung und Durchführung einer ausreichenden Dotierung der Zinszusatzrückstellung kann gemäß § 4 Abs. 3 Z 3 Lebensversicherung-Gewinnbeteiligungsverordnung – LV-GBV, BGBl II Nr. 292/2015 bei der Ermittlung der Bemessungsgrundlage für die Mindestgewinnbeteiligung ein begrenzter Betrag in Abzug gebracht werden, wodurch eine Minderung Ihrer Gewinnbeteiligung möglich ist. Im Falle einer Reduktion des Rückstellungserfordernisses kann es zu einer zumindest teilweisen Auflösung der Zinszusatzrückstellung kommen, die gemäß § 4 Abs. 2 Lebensversicherung-Gewinnbeteiligungsverordnung – LV-GBV, BGBl II Nr. 292/2015 in Form der Gewinnbeteiligung den Versicherungsnehmern zu Gute kommt.

(6) Für die Höhe des Gewinnanteiles sind die von unseren Unternehmensorganen diesbezüglich jeweils gefassten Beschlüsse maßgeblich. Die Höhe des Prämienbonus wird in unserem jeweiligen Geschäftsbericht bzw. der Gewinnbeteiligungsbroschüre veröffentlicht. Abhängig vom Ausmaß des Prämienbonus ist daher sowohl eine Senkung als auch eine Erhöhung der laufenden Prämie zukünftig möglich.

§ 8. Leistungserbringung durch den Versicherer

(1) Für die Erbringung von Leistungen aus dem Vertrag können wir einen Identitätsnachweis des Leistungsempfängers sowie die Übergabe der Polizza verlangen. Bei Verlust einer auf Überbringer lautenden Polizza können wir die Leistungserbringung von einer gerichtlichen Kraftloserklärung abhängig machen. Zusätzlich können wir zur Beurteilung unserer Leistungspflicht weitere ärztliche oder amtliche Nachweise verlangen oder darüber hinaus erforderliche Erhebungen auf unsere Kosten selbst anstellen.

(2) Im Krankheitsfall im Sinne dieser Bedingungen benötigen wir die folgenden Nachweise:

- a) Eine Darstellung der Ursache für den Eintritt des Versicherungsfalles
- b) Ausführliche Berichte der Ärzte, die den (Mit-)Versicherten gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Erkrankung. Ebenso sind uns Berichte von Rehabilitations- und Kurkliniken, in denen Behandlungen vor dem Leistungsfall stattfanden, vorzulegen.
- c) 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.
- d) Die Diagnose muss durch entsprechende klinische, radiologische oder histologische Untersuchungen bestätigt werden sowie Unterlagen über Laboruntersuchungen enthalten.
- e) Die entstehenden Kosten für die Nachweise hat der Anspruchsteller zu tragen.
- f) 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 zu überprüfen. Der Versicherte hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, bei denen er in Behandlung war oder sein wird, sowie Personenversicherer und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

(3) Das Ausmaß der Versicherungsleistung wird nach Eintritt des Versicherungsfalles sowie Abschluss der Erhebungen zum Versicherungsfall und Leistungsumfang festgestellt und die Versicherungsleistung nach Vorliegen aller erforderlichen Unterlagen ausgezahlt.

(4) Leistungen an ausländische Berechtigte (Bezugsberechtigte) erbringen wir, sobald uns (behördlich) nachgewiesen wird, dass wir die Zahlung ohne Gefahr der Haftung für nicht entrichtete Steuern vornehmen dürfen. Bei Überweisungen außerhalb der Europäischen Union trägt der Empfänger die Gefahr und die Kosten.

ANHANG 823

Seite 5 von 6

§ 9. Kündigung der Versicherung

- (1) Sie können Ihren Vertrag in Schriftform kündigen
 - jederzeit mit Wirkung zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres
 - innerhalb eines Versicherungsjahres mit dreimonatiger Frist mit Wirkung zum Monatsende, frühestens jedoch mit Wirkung zum Ende des ersten Versicherungsjahres.
- (2) Bei Verträgen gegen laufende Prämienzahlung gibt es keinen Rückkaufwert. Diese Verträge werden bei vorzeitiger Kündigung, sofern eine Deckungsrückstellung (siehe § 1) vorhanden ist, prämienfrei gestellt, andernfalls treten sie ohne Rückvergütungsanspruch außer Kraft.

§ 10. Prämienfreistellung

- (1) Sie können Ihren Vertrag in Schriftform prämienfrei stellen:
 - jederzeit mit Wirkung zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres
 - innerhalb eines Versicherungsjahres mit dreimonatiger Frist mit Wirkung zum Monatsende, frühestens jedoch mit Wirkung zum Ende des ersten Versicherungsjahres.
- (2) Ergibt sich zum Zeitpunkt der Prämienfreistellung eine Deckungsrückstellung (siehe § 1), erfolgt eine Prämienfreistellung des Vertrages mit reduzierter Versicherungssumme. Bei einer Prämienfreistellung setzen wir Ihre Versicherungsleistung nach den geschäftsplanmäßigen Bestimmungen auf eine prämienfreie Versicherungsleistung herab. Dabei wird für die restliche Versicherungsdauer auf Grundlage der Deckungsrückstellung abzüglich 10 % eine verminderte Versicherungssumme ermittelt.

§ 11. Nachteile einer Kündigung oder Prämienfreistellung

Bei Kündigung oder Prämienfreistellung verlieren Sie mit Ablauf der Kündigungsfrist den wertvollen Versicherungsschutz.

§ 12. Vorauszahlungen

Eine Vorauszahlung ist nicht möglich.

§ 13. Verpfändung, Abtretung und Vinkulierung

Eine Verpfändung oder Abtretung ist uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns angezeigt wird. Eine Vinkulierung bedarf neben der Anzeige zu ihrer Wirksamkeit auch unserer Zustimmung.

§ 14. Erklärungen

- (1) Für alle Ihre Anzeigen und Erklärungen an uns ist die geschriebene Form erforderlich, sofern und soweit nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde. Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Telefax oder E-Mail). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden oder mit qualifizierter elektronischer Signatur gemäß § 4 SVG zugeht.
- (2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles können wir eine Ablehnung, einen Rücktritt oder eine Anfechtung auch einem berechtigten Dritten gegenüber erklären.
- (3) Jede Vertragsänderung, ausgenommen Bezugsrechtsänderung, Rückkauf oder Prämienfreistellung, ist nur mit unserer Zustimmung möglich.
- (4) Wenn Sie Ihren Wohnort wechseln, müssen Sie uns Ihre neue Adresse mitteilen, andernfalls richten wir unsere Erklärungen an Ihre letzte uns bekannte Adresse. Wenn Sie hingegen Ihren Wohnort außerhalb Europas nehmen, müssen Sie uns eine Person innerhalb Österreichs benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Erklärungen an Sie entgegenzunehmen.
- (5) Haben Sie als Versicherungsnehmer Ihre Anschrift geändert, dies aber uns nicht mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit von Erklärungen Ihnen gegenüber die Absendung eines Briefes an die Anschrift, die Sie uns zuletzt bekannt gegeben haben. Die Erklärung wird in dem Zeitpunkt wirksam, in welchem sie ohne die Änderung der Anschrift bei regelmäßiger Beförderung Ihnen zugegangen wäre. Bei vereinbarter elektronischer Kommunikation gilt dies nur, wenn wir Sie rechtzeitig elektronisch von der Zusendung eines Briefes und von den genannten Folgen einer unterbleibenden Mitteilung der Anschriftänderung verständigt haben, sofern die elektronische Verständigung möglich war. Dies gilt sinngemäß für Erklärungen gegenüber einer versicherten Person.

§ 15. Bezugsberechtigung

- (1) Sie bestimmen, wer bezugsberechtigt ist. Der Bezugsberechtigte erwirbt das Recht auf die Leistung mit Eintritt des Versicherungsfalles. Bis dahin können Sie die Bezugsberechtigung jederzeit ändern. Änderung und Widerruf der Bezugsberechtigung müssen uns angezeigt werden.
- (2) Sie können auch bestimmen, dass der Bezugsberechtigte das Recht auf die künftige Leistung unwiderruflich und damit sofort erwerben soll. Dann kann das Bezugsrecht nur noch mit dessen Zustimmung geändert werden.
- (3) Ist die Polizza auf den Überbringer ausgestellt, können wir dennoch verlangen, dass der Überbringer der Polizza uns seine Berechtigung nachweist.

Mit Ausstellung einer Letztstandspolizza verlieren alle zuvor für diesen Vertrag ausgestellten Polizzen ihre Gültigkeit.

§ 16. Letztstandspolizza (Was ist bei Verlust der Polizza zu tun?)

- (1) Wenn Sie den Verlust der Polizza anzeigen, werden wir Ihnen eine Letztstandspolizza ausstellen.
- (2) Wir können verlangen, dass eine auf den Überbringer (Inhaber) lautende Polizza gerichtlich für kraftlos erklärt wird.

§ 17. Verjährung

Sie können Ihre Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von drei Jahren geltend machen. Danach tritt Verjährung ein. Steht der Anspruch einem anderen zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung bekannt geworden ist. Ist ihm sein Recht nicht bekannt geworden, so verjähren die Ansprüche erst nach zehn Jahren.

§ 18. Vertragsgrundlagen

Vertragsgrundlagen sind Ihr Antrag, die Polizza samt Anlagen, der dem Vertrag zugrunde liegende Tarif (siehe § 1), die vorliegenden Versicherungsbedingungen sowie allfällige für Ihren Vertrag geltende besondere Versicherungsbedingungen.

ANHANG 823

Seite 6 von 6

§ 19. Anwendbares Recht

Dieser Vertrag unterliegt österreichischem Recht, sofern nicht andere zwingende Rechtsvorschriften dagegenstehen.

§ 20. Aufsichtsbehörde

Der Versicherer und der diesem Versicherungsvertrag zugrunde liegende Tarif (siehe § 1) unterliegen der Aufsicht durch die Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA), A-1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5. Die Rechnungsgrundlagen für den jeweiligen Tarif wurden der Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) übermittelt und sind Teil der versicherungsmathematischen Grundlagen Ihres Vertrages. Diese können für bestehende Verträge von uns nicht verändert werden. Ihre korrekte Anwendung ist von der Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) jederzeit überprüfbar.

§ 21. Erfüllungsort

Erfüllungsort für die Versicherungsleistung ist unsere Generaldirektion in Wien.