

womancare

Eine gute Idee von AIG für verantwortungsvolle Frauen

„Die Entwicklung neuer Produkte, die tatsächliche Bedürfnisse unserer Kunden abdecken, das ist unsere Unternehmenskultur“, erklärt Sebastian Kreuzer von der American International Group, kurz: AIG.

So rasant wie die kulturelle und gesellschaftliche Entwicklung in Europa, so unflexibel und altmodisch sind oft die Produkte und Dienstleistungen. Diesem Trend hat sich AIG immer wieder erfolgreich widersetzt.

Das amerikanische Traditionsunternehmen für Versicherungen und Finanzdienstleistungen kennt den deutschen Markt seit mehr als 50 Jahren. Schon früh hat man bei AIG angefangen, zusammen mit Kunden Versicherungsangebote zu entwickeln. AIG wollte eine reine Planung vom Schreibtisch aus vermeiden. Ziel war es vielmehr, Produkte anzubieten, von denen der Kunde auch wirklich profitiert.

Diese Strategie hat sich bewährt. Heute vertrauen alleine 50 Millionen Privatkunden auf die Kompetenz und Finanzkraft von AIG. Sie werden von 92.000 Mitarbeitern in über 155 Ländern betreut. „Wir sind permanent dabei zu beobachten und zu erfassen, in welcher Situation unsere Kunden sich befinden und wie wir sie in dieser Situation unterstützen können“, so Sebastian Kreuzer. „Ein Ergebnis unserer Untersuchungen und Marktbeobachtungen ist zum Beispiel womancare“.

womancare ist eine Versicherung, die speziell für Frauen entwickelt wurde. Sie deckt das Risiko von frauenspezifischen Krebsarten ab und ist das Ergebnis verschiedener Faktoren. Sicher spielt die Tatsache, dass Krankenkassen in Zukunft wohl ihren Leistungsumfang weiter einschränken werden, eine Rolle. Aber auch allein der Umstand, dass unterschiedliche Krebsarten auf dem Vormarsch sind, sprechen für ein Produkt wie womancare.

„womancare ist die erste
Versicherung bei frauenspezifischen
Krebserkrankungen“

Darüber hinaus weiß man, dass Frauen dazu neigen, an sich selbst immer erst zuletzt zu denken – keine gute Ausgangsbasis für eine Genesung.

Alles gute Gründe, um womancare zu entwickeln. „Wir haben mit womancare in Schweden bereits gute Erfahrungen gemacht“, sagt Herr Kreuzer. „Jetzt freuen wir uns, auch den Frauen in Deutschland ein wirklich attraktives und sinnvolles Produkt anbieten zu können.“



Stempelfeld für den Vermittler

womancare

Die neue Krebs-Versicherung für Frauen



Grenzen überwinden Ich habe den Krebs besiegt!
Sinnvoll vorsorgen: Die erste Versicherung für Frauen
Ein Unternehmen mit Ideen AIG packt's an!



Steinstraße 31
40210 Düsseldorf
Telefon 0211 86439-60

Risikoträger und Herausgeber:



AIG EUROPE S.A.
Direktion für Deutschland
Postfach 10 14 62
60014 Frankfurt
Tel: 0180-1 000 418 (zum Ortstarif)
Fax: 0180-1418 418 (zum Ortstarif)

Grenzen überwinden

Ich habe den Krebs besiegt!

Es hämmerte in meinem Kopf. Ich weiß nicht mehr, wie ich über die Straße gekommen bin und nach Hause fuhr. Ich kann mich nicht daran erinnern, wie der Tag vorbei gegangen ist. Als mein Mann abends nach Hause kam, blieb er sprachlos in der Tür stehen und sagte nur leise: „Was ist mit dir passiert?“

Es war der Tag, an dem mir meine Ärztin nach einer Routine-Untersuchung gesagt hatte, sie würde mich direkt in das nahe gelegene Krankenhaus überweisen. Nur zur Sicherheit. Was ich knapp zwei Stunden später ganz sicher wusste, war: Ich habe Krebs. Diese Diagnose hat mich einfach umgehauen.

Bis dahin ist mein Leben so behütet gewesen. Ich hatte relativ früh geheiratet, und wir waren in ein schmuckes Häuschen gezogen. Ich arbeitete vor Ort in einem Großhandelsunternehmen im Büro und liebte es, abends in meinem Garten zu werkeln oder ein leckeres Menü für zwei zu kochen. Nach drei Jahren waren wir dann schon zu dritt und erfreuten uns an unserer kleinen Tochter. Auch als unsere zweite Tochter Marie kam, hörte ich nicht auf zu arbeiten, denn ich habe meine Arbeit immer geliebt. Ich war nun halbtags im Büro beschäftigt, nachmittags hatten meine Töchter und ich viel Spaß. Ich genoss mein Leben in vollen Zügen.

Jetzt wusste ich nicht, wie es weitergehen sollte. Schon zwei Tage nach der



Diagnose Brustkrebs wurde ich operiert. Ich war froh, dass meine Brust erhalten werden konnte. Schon nach zehn Tagen konnte ich wieder nach Hause. Aber ich hatte mich zu früh gefreut. Im Krankenhaus sagte man mir, dass der Krebs schon Metastasen in der Lunge gebildet hatte. Man empfahl mir eine Chemotherapie. Ich entschied mich dafür, sie ambulant durchzuführen. So konnte ich wenigstens abends meine Familie sehen.

Es ging mir nicht gut. Deshalb war ich sehr froh, dass ich mir ein bisschen Erleichterung leisten konnte. Eine Haushälterin kam dreimal pro Woche und erledigte den Haushalt, kümmerte sich um die Kinder. Jeden Morgen konnte ich mit dem Taxi in die Klinik fahren, das war nicht so anstrengend für mich. Als die Chemotherapie vorbei war, ist mein Mann mit mir für drei Wochen an das Meer gefahren. Das hat mir unglaublich gut getan.

All das war nur möglich, weil ich eine spezielle Versicherung abgeschlossen hatte. Meine Freundin hatte mir davon erzählt. Eigentlich fand ich eine Versicherung für den Fall Krebs gar nicht nötig. Irgendwie konnte ich mir Krebs in meinem Leben

nicht vorstellen. Vielleicht hatte ich auch nur einfach Angst, an dieses Thema zu denken. Letztendlich war der Beitrag für die Versicherung so gering, dass ich dachte: Na ja, schaden kann es wohl nicht.

Es war eine kluge Entscheidung gewesen! Meine Krankenkasse hat zwar alle medizinischen Leistungen bezahlt, für die Extras hätte ich jedoch selbst aufkommen müssen. Das wäre finanziell nicht möglich gewesen. Und doch waren es gerade diese kleinen Extras, die mir so viel Erleichterung gebracht haben und mir so viel Sorge genommen haben. Es war mir besonders wichtig, dass meine Familie versorgt war. Aber ich musste auch

an mich denken. Deshalb war womancare eine gute Investition.

Auf meine erste Chemotherapie folgte eine zweite. Ich hatte irgendwann keine Kraft mehr. Wie gut ist es dann, eine Familie zu haben, die hilft. Die letzte Therapie endlich schlug an. Heute bin ich geheilt. Ich weiß jetzt, dass es Hürden im Leben gibt, die zu hoch aussehen. Ich weiß aber auch, dass man sie meistern kann. Ich habe meine Grenzen erfahren und musste mein harmonisches Leben aufgeben.

Aber ich habe den Krebs besiegt!

Wie sollte es nur weitergehen?

Gut versichert! Exklusives Angebot für Frauen

Männer und Frauen haben einen unterschiedlichen Bezug zur Gesundheit oder: Frauen werden anders krank als Männer. Das ist mittlerweile bewiesen.

Trotzdem gibt es nach wie vor zu wenig Ansätze, die sich explizit mit der Gesundheit von Frauen beschäftigen. Denn obwohl Untersuchungen zufolge Frauen früher und aufmerksamer als Männer auf körperliche und psychische Beeinträchtigungen reagieren, sind sie oft diejenigen, die erst zuletzt an sich selbst und

damit auch an ihre eigene Gesundheit denken. Erst nach Erledigung aller Aufgaben und Pflichten bleibt Zeit für eigene Bedürfnisse.

Ein kluges Versicherungsunternehmen hat sich deshalb Gedanken gemacht und jetzt ein innovatives Produkt exklusiv für Frauen auf den Markt gebracht: womancare. Die Idee ist, Frauen, die ernsthaft erkranken, finanziell zu unterstützen, damit sie sich ganz und gar auf ihre Genesung konzentrieren können.

Dabei spielt auch die Tatsache, dass Leistungen von gesetzlichen oder privaten Krankenkassen in Zukunft immer stärker eingeschränkt werden, eine Rolle.

Da Krebserkrankungen eher zunehmen, gilt die Versicherung genau für diesen Bereich. Damit erhalten Frauen im Fall der Fälle die Möglichkeit, besondere Therapien und Anwendungen, eine Kinderbetreuung und Haushaltshilfe oder einen erholsamen Urlaub zu finanzieren.

womancare im Überblick

Versicherer: AIG Europe S.A., Direktion für Deutschland

Versicherung: Deckung besteht, wenn die versicherte Person an Brustkrebs, Eierstockkrebs, Eileiterkrebs, Gebärmutterkrebs, Gebärmutterhalskrebs, Scheidenkrebs oder Krebs der äußeren Schamlippen erkrankt.

Sie hatten in den letzten 3 Jahren keine Krebserkrankung und sind nicht an HIV/Aids erkrankt.

Mit Versicherungsbeginn tritt eine Wartezeit von 90 Tagen in Kraft. Wird in dieser Zeit eine der oben aufgeführten Krebsarten diagnostiziert, erhalten Sie die bis dahin gezahlten Beiträge zurück.

Der Vertrag ist auf 1 Jahr abgeschlossen und verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr. Für Sie besteht die Möglichkeit, den Vertrag mit einer Frist von 4 Wochen zum Monatsende schriftlich zu kündigen. AIG verzichtet auf das Kündigungsrecht zum Ablauf der Versicherungsperiode, ausgenommen ist die Kündigung aufgrund Prämienverzugs.

Die Versicherung erlischt mit Vollendung des 70. Lebensjahres automatisch, ohne dass es der Schriftform bedarf.

Ihre monatliche Versicherungsprämie ergibt sich aus Ihrem Alter bei Vertragsbeginn und bleibt für mindestens 5 Jahre konstant. Dies gilt auch nach Wechsel in eine andere Altersklasse.

Sie können bis zum Alter von 64 Jahren einen Antrag für womancare stellen.

3 Leistungspakete zur Wahl:

Leistungen in Euro: BASIC CLASSIC PREMIUM

Einmalzahlung bei Diagnose	15.000	30.000	45.000
----------------------------	--------	--------	--------

Monatliche Zahlungen für 1 Jahr	500	1.000	1.500
---------------------------------	-----	-------	-------

Krankenhaustagegeld (bis zu 100 Tagen)	50	75	100
--	----	----	-----

Monatlicher Beitrag in Euro:

Alter	18-29	6,60	13,40	19,50
Alter	30-39	7,80	18,30	27,10
Alter	40-44	13,00	30,70	45,60
Alter	45-49	15,30	36,00	53,60
Alter	50-54	19,60	46,10	68,50
Alter	55-59	23,10	54,40	80,90
Alter	60-64	23,50	55,30	82,20

Das Besondere:

Es gibt keine Gesundheitsfragen!

Nachgefragt: Was halten Sie von einer Versicherung exklusiv für Frauen?



Krebs ist für mich irgendwie ein schwieriges Thema. Trotzdem ist man davor nicht gefeit. Ich glaube, es würde mir helfen, in einer solch schwierigen Situation finanzielle Hilfe zu bekommen. Es ist gut, dass es diese Versicherung jetzt gibt.



In meinem Freundeskreis gab es vor kurzem zwei Fälle, in denen Frauen an Krebs erkrankten. Beide wären froh gewesen, wenn sie eine Versicherung gehabt hätten. Eine Freundin wusste überhaupt nicht, wer die Kinder betreuen sollte.



Wenn eine Frau Krebs bekommt, dann muss sie einmal im Leben nur an sich denken. Das fällt vielen Frauen richtig schwer. Mit einem finanziellen Polster ist es sicher einfacher, nur seine Genesung im Blick zu haben.



Verbraucherinformationen
und Versicherungsbedingungen

zu WOMANCARE

Direktion für Deutschland
Hauptbevollmächtigter: Reinhard Franke
Oberlindau 76 - 78, 60323 Frankfurt am Main, Postfach 10 17 36, 60017 Frankfurt am Main
Telefon: (0 69) 9 71 13 - 0, Telefax: (0 69) 9 71 13 - 3 84
Registergericht: Frankfurt/Main HRB 31 302



Inhalt

1. Allgemeine Verbraucherinformationen	3
2. Allgemeine Versicherungsbedingungen zu WOMANCARE	4
3. Merkblatt zur Datenverarbeitung	9
4. Anhang	11



Allgemeine Verbraucherinformation

Wir freuen uns, dass Sie sich für das WOMANCARE-Versicherungsangebot von AIG EUROPE, Direktion für Deutschland, Frankfurt am Main, interessieren.

Da wir wissen, dass Zeit für Sie kostbar ist, möchten wir Sie durch diese Verbraucherinformationen in möglichst knapper und übersichtlicher Form mit den wichtigsten Tatsachen sowie den gegenseitigen Rechten und Pflichten dieses Versicherungsverhältnisses vertraut machen.

1. Diesem Versicherungsverhältnis liegen die nachfolgend abgedruckten Allgemeinen Versicherungsbedingungen - Tarif: **WOMANCARE** - zu Grunde. Im Übrigen findet auf den Vertrag deutsches Recht Anwendung.
2. **Risikoträger und Ihr Versicherungspartner ist AIG EUROPE, Direktion für Deutschland, Frankfurt am Main.**
3. Die Höhe und Zahlungsweise Ihrer Beiträge legen Sie im Versicherungsantrag fest. Diese Angaben können Sie später auch dem Versicherungsschein entnehmen. Sie haben die Möglichkeit, den Versicherungsvertrag innerhalb der Versicherungsperiode monatlich zu kündigen.

Die Kündigung hat schriftlich zu erfolgen.

4. **Sie können nach Zusendung des Versicherungsscheins, der Versicherungsbedingungen und der allgemeinen Verbraucherinformationen innerhalb einer Frist von 14 Tagen dem Abschluss des Versicherungsvertrages schriftlich widersprechen. Zur Wahrung dieser Frist genügt die rechtzeitige Absendung der Widerspruchserklärung. Die Frist beginnt erst zu laufen, wenn wir Sie über Ihr Widerspruchsrecht belehrt haben. Wenn wir die Belehrung unterlassen haben, erlischt Ihr Widerspruchsrecht jedenfalls ein Jahr nach Zahlung der ersten Prämie.**

Als Ansprechpartner für alle Anliegen/Fragen steht Ihnen unser Kunden-Service-Team zur Verfügung. Sie erreichen uns unter

AIG EUROPE
Direktion für Deutschland
Kundenservice WOMANCARE
Postfach 10 14 62
60014 Frankfurt am Main

Telefon 0180 – 1 000 418
(zum Ortstarif)

Telefax 0180 – 1 418 418
(zum Ortstarif)

E-mail WOMANCARE@aig.com

Für den Fall, dass Sie gleichwohl Anlass zur Beschwerde haben, können sie sich aber auch jederzeit an die für uns zuständige Aufsichtsbehörde, die **Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)**, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, wenden.

5. Von Zeit zu Zeit werden wir Ihnen Informationsmaterial zu anderen Produkten von **AIG EUROPE**, die für Sie von Interesse sein könnten, übermitteln. **Wenn Sie die Übermittlung dieser Information nicht wünschen, geben Sie uns bitte vorab eine entsprechende schriftliche Mitteilung.**

Allgemeine Versicherungsbedingungen WOMANCARE

§ 1 Was ist versichert?

I. Wir bieten Ihnen Versicherungsschutz bei den nachfolgend aufgeführten frauenspezifischen Krebserkrankungen, die durch einen bösartigen Tumor mit eigenständigem und unkontrolliertem Wachstum mit Tendenz zur Metastasenbildung in andere Gewebe oder Organe gekennzeichnet sind (versicherte Krebserkrankungen):

- (1) Mammakarzinom (Brustkrebs) an einer oder beiden Brüsten,
- (2) Ovarialkarzinom (Eierstockkrebs) an einem oder beiden Eierstöcken,
- (3) Tubenkarzinom (Eileiterkrebs) an einem oder beiden Eileitern,
- (4) Uteruskarzinom (Gebärmutterkrebs),
- (5) Zervixkarzinom (Gebärmutterhalskrebs),
- (6) Vaginalkarzinom (Scheidenkrebs),
- (7) Vulvakarzinom (Krebs der äußeren Schamlippen, einschließlich der Schamlippenhaut).

II. Versicherungsschutz besteht ausschließlich für eine während der Dauer dieses Versicherungsvertrages durch einen histologischen Befund eines praktizierenden Facharztes diagnostizierte und dem Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person bekannt gegebene versicherte Krebserkrankung (Versicherungsfall). Für jede weitere nach der erstmaligen Diagnose einer versicherten Krebserkrankung auftretende Erkrankung besteht kein Versicherungsschutz.

§ 2 Welche Leistungen erbringen wir?

I. Wir erbringen, soweit im Versicherungsschein vereinbart, im Versicherungsfall die nachfolgend aufgeführten Leistungen (Versicherungsleistungen):

1. Zunächst erbringen wir eine einmalige Kapitalauszahlung.
2. Weiterhin zahlen wir eine für die Dauer von einem Jahr begrenzte monatliche Rente.
3. Ist aus medizinischer Sicht ein vollstationärer Aufenthalt zur Behandlung des Versicherungsfalls in einem Krankenhaus, Sanatorium, Erholungsheim oder einer Kuranstalt (Krankenhausaufenthalte) notwendig, so erbringen wir weiterhin für jeden Kalendertag des stationären Aufenthaltes ein Krankenhaus- und Kurtagegeld, längstens jedoch für die Anzahl von 100 Tagen innerhalb von 3 Jahren nach der erstmaligen Diagnose einer versicherten Krebserkrankung durch Erstellung des histologischen Befundes.

Mehrere aus medizinischer Sicht notwendige vollstationäre Krankenhausaufenthalte zur Behandlung derselben versicherten Krebserkrankung gelten dabei als ein ununterbrochener Krankenhausaufenthalt.

4. Zudem erstatten wir die Kosten für etwaige erforderliche plastische Operationen zur Beseitigung der bei Ihnen entstandenen Folgen durch eine Operation einer versicherten Krebserkrankung, soweit die Kosten weder von der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung übernommen werden.

II. Die Höhe der von uns zu erbringenden Versicherungsleistungen haben Sie in Ihrem Antrag auf Abschluss dieses Versicherungsvertrages ausgewählt und ist auch aus dem Versicherungsschein ersichtlich.

§ 3 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

- I. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Datum (Versicherungsbeginn), nicht jedoch vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere dem Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung), nicht vor Ablauf der vereinbarten Wartezeit und nicht vor Zahlung der ersten Prämie.
- II. Ist bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes ein Versicherungsfall eingetreten, wird hierfür von uns nicht geleistet.

§ 4 Welche Wartezeiten bestehen für Sie?

- I. Die Wartezeit beträgt 90 Tage. Wird innerhalb der Wartezeit bei Ihnen oder der versicherten Person Krebs diagnostiziert, werden die von Ihnen bereits gezahlten Prämien von uns an Sie erstattet.
- II. Die Frist zur Berechnung der Wartezeit beginnt mit Zeitpunkt des Versicherungsbeginns.

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Der Versicherungsschutz ist ausgeschlossen,

- I. Bei allen nicht unter § 1 aufgeführten Krebserkrankungen, bei nicht invasiven Carcinoma-in-situ sowie premalignen Melanomen,
- II. wenn die versicherte Krebserkrankung in einem unmittelbaren oder mittelbaren Zusammenhang mit einer HIV Infektion (AIDS) oder einem positiven HIV

Antikörpertest steht, insbesondere bei opportunistischen Infektionen und/oder bösartigen Neoplasmen (Neubildungen).

Unter opportunistischer Infektion ist dabei insbesondere eine Infektion der Lungen wie Pneumozytische Carni, Lungenentzündung, eine chronische Entzündung des Dünn- und Dickdarms oder eine Pilzinfektion zu verstehen. Als bösartige Neubildungen gelten insbesondere das Kaposi Sarkom (bösartige Geschwulste), eine bösartige Erkrankung des zentralen Nervensystems und/oder vergleichbare andere bösartige Geschwulste,

- III. wenn die versicherte Krebserkrankung unmittelbar oder mittelbar durch die Einwirkung von oder die Kontamination mit nuklearen, radioaktiven, chemischen oder biologischen körperschädigenden Stoffen oder durch terroristische Anschläge oder Kriegsereignisse verursacht wurde.
- IV. wenn bei der versicherten Person innerhalb von drei Jahren vor Versicherungsbeginn eine Krebserkrankung behandelt oder diagnostiziert worden ist.
- V. wenn die versicherte Krebserkrankung erst nach Eintritt des Todes der versicherten Person erkannt und diagnostiziert wurde.

§ 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

- I. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle in Verbindung mit dem Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Bestätigung der versicherten Person, dass Sie in den vergangenen drei (3) Jahren vor Antragstellung nicht an Krebs erkrankt war und keine HIV Infektionen oder positive HIV Antikörpertests festgestellt wurden.
- II. Soll eine andere Person versichert werden (versicherte Person), ist auch diese - neben Ihnen - für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.
- III. Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person nicht oder nicht richtig angegeben wurden, sind wir von unserer Verpflichtung zur Erbringung der Versicherungsleistung befreit oder können von dem Vertrag zurücktreten.

Den Rücktritt können wir aber nur innerhalb eines Monats erklären, nachdem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten haben. Wenn uns nachgewiesen wird, dass die falschen oder unvollständigen Angaben nicht schuldhaft gemacht worden sind, wird ein von uns erklärter Rücktritt gegenstandslos.

Unsere Leistungspflicht bleibt bestehen, auch wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls den Rücktritt erklärt haben, wenn die nicht oder nicht richtig angegebenen oder angezeigten Umstände nachweislich keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder den Umfang unserer Leistung gehabt haben.

- IV. Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmeentscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.

§ 7 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

- I. Die Beiträge einschließlich Versicherungssteuer sind monatlich im Voraus zu zahlen.
- II. Der erste Beitrag wird sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.
- III. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden in dem vereinbarten Umfang jeweils zu Beginn des nächsten Beitragsmonats fällig.
- IV. Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung sind wir berechtigt, etwaige Prämienrückstände zu verrechnen.

§ 8 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

- I. Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, weil uns der Einzug des Beitrags von Ihrem Konto nicht möglich war oder Sie dem Einzug durch uns widersprochen haben, können wir - solange die Zahlung des Beitrags nicht vollständig bewirkt ist - von dem Versicherungsvertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn wir unseren Anspruch auf den vollständigen ersten Beitrag nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Erstattung der Kosten für die bisherige Bearbeitung Ihres Versicherungsvertrags entsprechend dem bei uns verursachten Aufwand verlangen.
- II. Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, weil uns der Einzug des Folgebeitrags von Ihrem Konto nicht möglich war oder Sie dem Einzug durch uns widersprochen haben, senden wir Ihnen auf Ihre Kosten hin eine schriftliche Mahnung, in der wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb dieser Frist, so entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf diese Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 9 Wie und bis wann können Sie den Versicherungsvertrag kündigen?

- I. Die Laufzeit des Versicherungsvertrages beträgt ein Jahr. Er verlängert sich automatisch jeweils um ein weiteres Jahr, sofern er nicht zum Ende der Laufzeit mit einer Frist von drei Monaten von Ihnen gekündigt wird.
- II. Unbeschadet dessen haben Sie die Möglichkeit, den Versicherungsvertrag auch innerhalb der Versicherungsperiode gemäß Ziffer I jeweils zum Ablauf eines Monats mit einer Frist von vier Wochen zum Ablauf des Versicherungsmonats zu kündigen.
- III. Die Kündigung hat schriftlich zu erfolgen und muss uns spätestens vier Wochen vor Ablauf des jeweiligen Monats zugegangen sein.
- IV. Wir verzichten auf das Kündigungsrecht zum Ablauf der Versicherungsperiode, ausgenommen ist die Kündigung aufgrund Prämienverzugs.

§ 10 Welche Anzeigepflichten bestehen während der Laufzeit des Versicherungsvertrages?

- I. Auch während der Laufzeit des Versicherungsvertrages sind Sie oder die versicherte Person verpflichtet, uns Umstände, die Einfluss auf den von uns übernommenen Versicherungsschutz haben und hierfür von Bedeutung sind, mitzuteilen.

Dies betrifft insbesondere:

1. Die Diagnose einer Krebserkrankung, unabhängig davon, welche Art von Krebserkrankung diagnostiziert wird.
 2. Die Diagnose einer HIV Infektion oder die Durchführung eines positiven HIV Antikörpertests.
- II. Wenn Sie oder die versicherte Person den während des Versicherungsvertrages bestehenden Anzeigepflichten nicht nachkommen, sind wir von unserer Verpflichtung zur Erbringung der Versicherungsleistung befreit oder können von dem Vertrag zurücktreten. Insoweit gilt § 6 Ziff. III. entsprechend.

§ 11 Was haben Sie zu beachten, wenn der Versicherungsfall eingetreten ist?

- I. Ist der Versicherungsfall eingetreten, so ist uns dies unverzüglich anzuzeigen.
- II. Nach der Anzeige des Versicherungsfalls werden wir Ihnen einen Fragebogen zum Versicherungsfall übersenden, den sie wahrheitsgemäß auszufüllen haben und bitte unverzüglich an uns zurücksenden. Ist der Versicherungsfall bei der versicherten Person eingetreten,

so ist auch die versicherte Person - neben Ihnen - für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

- III. Darüber hinaus sind uns die ausführlichen Berichte der Sie oder die versicherte Person behandelnden Ärzte über die Ursache, den Beginn, die Art, den Verlauf sowie der histologische Befund der diagnostizierten Krebserkrankung einzureichen.

Ist ein vollstationärer Krankenhausaufenthalt erforderlich, sind uns auch die Berichte der behandelnden Ärzte einzureichen, aus denen sich die medizinische Notwendigkeit des vollstationären Aufenthalts ergibt. Wurde eine plastische Operation zur Beseitigung der bei einer Operation einer versicherten Krebserkrankung entstandenen Folgen durchgeführt, sind uns auch die Berichte der die Operation durchführenden Ärzte zu übersenden.

- IV. Sie und die versicherte Person sind zudem verpflichtet, weiteren Auskünften und Aufklärungen sowie notwendigen weiteren Nachweisen über Beginn, Ursache, Art, Umfang, Verlauf und durchgeführte Behandlungen / Operationen der angezeigten Erkrankung zuzustimmen. Gleiches gilt für weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte. Die hierbei anfallenden Kosten tragen wir.
- V. Sie und die versicherte Person sind weiterhin verpflichtet, Ärzte, Krankenhäuser, Sanatorien, Erholungsheime, Kuranstalten und sonstige Krankenanstalten sowie Alten- und Pflegeheime, bei denen Sie auch aus anderen Anlässen in Behandlung oder Pflege waren oder sein werden, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, Versicherungsträger und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen alle im Zusammenhang mit der angezeigten Erkrankung erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Die hierzu von uns zu befragenden Personen sind uns gegenüber von ihrer Schweigepflicht zu befreien. Ist der Versicherungsfall bei der versicherten Person eingetreten, so ist auch die versicherte Person hierzu verpflichtet.
- VI. Wir vertrauen darauf, dass Sie und die versicherte Person uns den Eintritt des Versicherungsfalls unverzüglich anzeigen und uns alle zu dessen Feststellung erforderlichen Auskünfte wahrheitsgemäß und vollständig erteilen und auch Ihre weiteren Mitwirkungspflichten uns gegenüber erfüllen.

Sofern dies nicht der Fall ist, entfällt unsere Leistungspflicht, es sei denn, die Verletzung Ihrer Auskunftspflicht und Mitteilungspflichten beruht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit. Bei einer grobfahrlässigen Verletzung bleibt unsere Leistungspflicht insoweit bestehen, soweit die Verletzung Ihrer Auskunftspflicht und Mitwirkungspflichten weder die Feststellung des Versicherungsfalls noch die Feststellung oder den Umfang der von uns zu erbringenden Leistung beeinflusst hat.

§ 12 Wann sind die von uns zu erbringenden Leistungen fällig?

- I. Die von uns zu erbringenden Versicherungsleistungen werden fällig, wenn uns sämtliche zur Feststellung des angezeigten Versicherungsfalls angeforderten Informationen und verlangten Auskünfte erteilt wurden und wir auf dieser Grundlage unsere Prüfung zu dem angezeigten Versicherungsfall und dem Umfang unserer Leistung beendet haben.
- II. Ist unsere Prüfung bis zum Ablauf einer Frist von einem Monat seit der Anzeige des Versicherungsfalls nicht beendet, so können Sie in Anrechnung auf die Gesamtforderung der von uns zu erbringenden Versicherungsleistung Teilzahlungen in Höhe desjenigen Betrages verlangen, den wir nach Lage der Sache zu zahlen haben.
- III. Der Lauf der Frist ist so lange gehemmt, wie die Beendigung unserer Erhebungen in Folge Ihres Verschuldens gehindert ist.

§ 13 Wem stehen die Rechte aus diesem Versicherungsvertrag zu?

- I. Ist dieser Versicherungsvertrag für Krebserkrankungen abgeschlossen worden, die nicht bei Ihnen, dem Versicherungsnehmer, sondern bei der versicherten Person diagnostiziert werden, so stehen die Rechte aus diesem Versicherungsvertrag allein dieser versicherten Person zu. Die Aushändigung des Versicherungsscheins kann jedoch nur von Ihnen verlangt werden.
- II. Die versicherte Person kann ohne Ihre Zustimmung über ihre Rechte nur verfügen und diese Rechte nur gerichtlich geltend machen, wenn sie im Besitz eines Versicherungsscheins ist.
- III. Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag können ohne unsere vorherige schriftliche Zustimmung nicht abgetreten oder verpfändet werden.

§ 14 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- I. Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber auch verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.
- II. Wir sind vor Erbringung der Versicherungsleistungen auch berechtigt, die Vorlage des Versicherungsscheins zu verlangen.

§ 15 Wann können wir die von Ihnen zu leistenden Beiträge anpassen?

- I. Maßgeblich für die Höhe Ihres Beitrages ist das Alter der versicherten Person zu Beginn der Versicherung. Die Höhe des Beitrages ergibt sich aus der Beitragstabelle in Ihrem Antrag und Ihrem Versicherungsschein. Unabhängig von der Einstufung in die nächst höhere Beitragskategorie garantieren wir Ihnen diesen Beitrag für einen Zeitraum von fünf Jahren.

Nach fünf Jahren werden wir Ihren Beitrag automatisch an die Beitragskategorie gemäß des aktuellen Alters der versicherten Person anpassen. Der dann gültige Beitrag wird wiederum für fünf Jahre garantiert. Befindet sich die versicherte Person nach fünf Jahren immer noch in derselben Beitragskategorie, findet keine Anpassung statt und derselbe Beitrag wird für weitere fünf Jahre garantiert.

- II. In Ergänzung zu I. gilt Folgendes:

Der Umfang unserer Leistungen und Prämien kann sich ändern. Wir vergleichen zumindest jährlich die für den Tarif **WOMANCARE** tatsächlich aufgewandten mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Weichen die tatsächlichen Aufwendungen von den kalkulierten um mehr als 5 v. H. ab, dann können wir, weichen sie um mehr als 10 v. H. ab, dann müssen wir alle Beiträge dieses Tarifs überprüfen und, soweit erforderlich, anpassen. Bei der Berechnung der Beitragsanpassung werden wir die Kalkulationsverordnung sinngemäß anwenden. Wir werden hierbei berücksichtigen, dass der Tarif **WOMANCARE** nicht nach Art der Lebensversicherung betrieben wird. Die Anpassung wird zudem nur nach vorheriger Überprüfung und Zustimmung durch einen unabhängigen Treuhänder wirksam.

- III. Die Anpassung wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf unsere an Sie gerichtete Mitteilung über die Anpassung folgt, sofern nicht mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

- IV. Wenn Sie mit der Prämienanpassung nicht einverstanden sind, können Sie innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Anpassung der Prämie den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung kündigen. Zur Wahrung der Frist genügt die Absendung der Kündigungserklärung.

§ 16 Wann endet der Versicherungsvertrag?

Der Versicherungsvertrag endet:

- I. Im Zeitpunkt des Todes der versicherten Person.
- II. Im Zeitpunkt des Todes des Versicherungsnehmers. Die versicherte Person hat jedoch das Recht, das

Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. In diesem Fall hat die versicherte Person uns gegenüber eine entsprechende schriftliche Erklärung innerhalb einer Frist von 2 Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben. Zur Wahrung der Frist genügt die Absendung der Erklärung an uns.

- III. Wenn die versicherte Person ihren Hauptwohnsitz aus dem Geltungsbereich der Bundesrepublik Deutschland verlegt.
- IV. Wenn wir nach Eintritt eines Versicherungsfalles die vereinbarte Versicherungsleistung erbracht haben.
- V. Mit dem Ablauf des 70. Lebensjahres der versicherten Person.
- VI. Im Falle der Kündigung gemäß §9.

§ 17 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

- I. Mitteilungen, die das bestehende Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets schriftlich erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns an folgende Anschrift zugegangen sind: **AIG EUROPE, Direktion für Deutschland, Oberlindau 76 - 78, 60323 Frankfurt am Main**
- II. Vermittler sind von uns zur Entgegennahme von Mitteilungen nach Vertragsabschluß nicht bevollmächtigt.
- III. Wir senden Ihnen die Post an die Anschrift, die Sie uns zuletzt schriftlich bekannt gegeben haben.
- IV. Eine Änderung, die Ihre Postanschrift betrifft, wird nur und erst dann wirksam, wenn sie uns schriftlich zugegangen ist. Unterlassen Sie die Anzeige einer Änderung Ihrer Postanschrift, können Nachteile für Sie entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall wird unsere Erklärung in dem Zeitpunkt wirksam, in dem sie Ihnen ohne die Änderung der Anschrift bei regelmäßiger Beförderung zugegangen wäre. Das Entsprechende gilt, wenn Sie Ihren Namen ändern, ohne uns die Änderung mitzuteilen.
- V. Für den Fall, dass Sie uns neben Ihrer Postanschrift eine Korrespondenzanschrift genannt haben, können wir sämtlichen Schriftverkehr an diese Korrespondenzanschrift versenden. Der unter der Korrespondenzanschrift zu erreichende Empfänger gilt uns gegenüber als von Ihnen bevollmächtigt, unsere Erklärungen für Sie entgegenzunehmen.

§ 18 Wann verjähren Ihre Ansprüche und welche Klagfrist gilt für Ihre Ansprüche?

- I. Die Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in zwei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem Sie von uns die Erbringung der Versicherungsleistung verlangen können.
- II. Nach dem Eingang der Anzeige des Versicherungsfalles bei uns ist der Lauf der Verjährung jedoch so lange gehemmt, bis wir Ihnen unsere Entscheidung über unsere Leistungspflicht schriftlich mitgeteilt haben.
- III. Machen Sie Ihren Anspruch nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten gerichtlich geltend, nachdem wir Ihnen mitgeteilt haben, dass eine Leistungspflicht durch uns nicht besteht und Sie dabei über die mit dem Ablauf dieser Frist für Sie verbundenen Rechtsfolgen hingewiesen haben, so sind wir zu Erbringung unserer Leistung nicht mehr verpflichtet.

§ 19 Welches Recht findet auf den Versicherungsvertrag Anwendung?

Auf diesen Versicherungsvertrag findet deutsches Recht Anwendung.

§ 20 Wo ist der Gerichtsstand?

- I. Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag können gegen uns bei dem für unseren Geschäftssitz örtlich zuständigen Gericht geltend gemacht werden. Ist diese Versicherung durch Vermittlung eines Versicherungsvermittlers zustande gekommen, kann auch das Gericht des Ortes angerufen werden, an dem der Vermittler zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder, wenn er eine solche nicht unterhielt, seinen Wohnsitz hatte.
- II. Wir können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag an dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht geltend machen. Weitere gesetzliche Gerichtsstände können sich an dem für den Sitz oder die Niederlassung Ihres Geschäfts- oder Gewerbebetriebs örtlich zuständigen Gerichts ergeben.

MERKBLATT ZUR DATENVERARBEITUNG

Vorbemerkung:

Versicherungsunternehmen können heute ihre Aufgabe nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen, früher gebräuchlichen Verfahren. Die Verarbeitung der uns von Ihnen bekannt gegebenen Daten wird in Deutschland durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt.

Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das einschlägige Datenschutzgesetz oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessensabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden.

Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus. Daneben setzt die Übermittlung von Daten, die, wie z. B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis (Schweigepflichtentbindung) voraus. Aus diesem Grund ist im Antrag auch eine Schweigepflichtenbindungserklärung enthalten.

Im Folgenden wollen wir einige Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen:

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir erheben und speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag als Versicherungsnehmer bzw. der zu versichernden Person (Antragsdaten) sowie Informationen über Gesundheitsverhältnisse und Gefährdungen der zu versichernden Person. Weiter werden zu dem Vertrag Versicherungstechnische Daten, wie Kundennummer, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes, geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall

speichern wir Ihre Angaben, die Angaben der versicherten Person und gegebenenfalls auch Angaben von weiteren Dritten, wie z. B. Angaben der von uns befragten Ärzte oder den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse unserer Versicherungsnehmer achten wir stets auf einen Ausgleich der von uns übernommenen Risiken. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien bzw. die Personalien der zu versichernden Person. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz haben Sie als unser Kunde bzw. die zu versichernde Person bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadensfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des übernommenen Risikos und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben von Versicherungsnehmer bzw. der zu versichernden Person aufzuklären, oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfrage zu erteilen. Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austauschs von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu

richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. zentrale Hinweissysteme. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

5. Datenverarbeitung inner- und außerhalb einer Unternehmensgruppe.

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherungen) werden durch rechtlich selbständige Unternehmen betrieben. Um ihren Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, gegebenenfalls Ihr Geburtsdatum, Ihre Autonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind die Vertragsdaten (z. B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so im Zweifelsfall ohne Rückfragen korrekt verbucht werden. Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar. Dementsprechend sind in eine solche gemeinsame Datensammlung oder einen daraus hervorgehenden Datenaustausch z. B. keine Gesundheitsdaten, Bonitätsdaten oder andere Leistungsdaten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheitsverhältnisse erlauben würden, oder gespeicherte Rechtsverhältnisse (z. B. Abtretung, Bezugsrecht) einbezogen. In allen Fällen ist die Datenweitergabe nur im Einklang mit den gesetzlichen Datenschutzvorschriften möglich. Deshalb benötigen wir Ihre Zustimmung. Das Vertrauen, das Sie uns damit gleichzeitig entgegenbringen, wissen wir zu schätzen. Wir werden deshalb mit der Weitergabe Ihrer Daten sehr sorgfältig umgehen und Ihr Einverständnis nicht zu Ihrem Nachteil nutzen.

In der AIG-Gruppe gibt es eine Reihe von Gesellschaften, die als datenschutzrechtlich verantwortliche Stelle für personenbezogene Daten gelten. Zurzeit kommen dafür in Betracht:

AIG EUROPE, Direktion für Deutschland, Frankfurt am Main

AIG EUROPE S.A., Paris - La Défense (Frankreich)

AIG Regional Technology Centre, Dublin (Irland)

Alle Mitarbeiter dieser Gesellschaften sind ausdrücklich auf das Datengeheimnis verpflichtet worden.

6. Von Zeit zu Zeit werden wir Ihnen Informationsmaterial zu anderen Produkten von **AIG EUROPE**, die für Sie von Interesse sein könnten, übermitteln. **Wenn Sie die Übermittlung dieses Material nicht wünschen, geben Sie uns bitte vorab eine entsprechende schriftliche Mitteilung.**

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem BDSG ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der bei Rückversicherung gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.

AIG EUROPE

Direktion für Deutschland

Oberlindau 76 - 78, 60323 Frankfurt am Main

Telefon: (0 69) 9 71 13 - 0

Telefax: (0 69) 9 71 13 - 384

AIG EUROPE, Direktion für Deutschland, ist die Niederlassung der AIG EUROPE S.A., Hauptsitz der Gesellschaft ist Paris.

Rechtsform: S.A. (Société Anonyme/Aktiengesellschaft)

AIG EUROPE S.A. (European Headquarters)

Tour AIG

**92079 Paris La Défense 2 Cedex
France**

Anhang
Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag
vom 30. Mai 1908 (VVG) mit späteren Änderungen

§5

(1) Weicht der Inhalt des Versicherungsscheins von dem Antrag oder den getroffenen Vereinbarungen ab, so gilt die Abweichung als genehmigt, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Empfang des Versicherungsscheins in Textform widerspricht.

(2) Diese Genehmigung ist jedoch nur dann anzunehmen, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer bei Aushändigung des Versicherungsscheins darauf hingewiesen hat, daß Abweichungen als genehmigt gelten, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Empfang des Versicherungsscheins in Textform widerspricht. Der Hinweis hat durch besondere schriftliche Mitteilung oder durch einen auffälligen Vermerk in dem Versicherungsschein, der aus dem übrigen Inhalt des Versicherungsscheins hervorgehoben ist, zu geschehen; auf die einzelnen Abweichungen ist besonders aufmerksam zu machen.

(3) Hat der Versicherer den Vorschriften des Absatz 2 nicht entsprochen, so ist die Abweichung für den Versicherungsnehmer unverbindlich und der Inhalt des Versicherungsantrages insoweit als vereinbart anzusehen.

(4) Eine Vereinbarung, durch welche der Versicherungsnehmer darauf verzichtet, den Vertrag wegen Irrtums anzufechten, ist unwirksam.

§5a

(1) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer bei Antragstellung die Versicherungsbedingungen nicht übergeben, oder eine Verbraucherinformation nach §10a des Versicherungsaufsichtsgesetzes unterlassen, so gilt der Vertrag auf der Grundlage des Versicherungsscheins, der Versicherungsbedingungen und der weiteren für den Vertragsinhalt maßgeblichen Verbraucherinformationen als abgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb von 14 Tagen nach Überlassung der Unterlagen in Textform widerspricht. Satz 1 ist nicht auf Versicherungsverträge bei Pensionskassen anzuwenden, die auf arbeitsvertraglichen Regelungen beruhen. §5 bleibt unberührt.

(2) Der Lauf der Frist beginnt erst, wenn dem Versicherungsnehmer der Versicherungsschein und die Unterlagen nach Absatz 1 vollständig vorliegen und der Versicherungsnehmer bei Aushändigung des Versicherungsscheins schriftlich, in drucktechnisch deutlicher Form über das Widerspruchsrecht, den Fristbeginn und die Dauer belehrt worden ist. Der Nachweis über den Zugang der Unterlagen obliegt dem Versicherer. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Abweichend von Satz 1 erlischt das Recht zum Widerspruch jedoch 1 Jahr nach Zahlung der ersten Prämie.

(3) Gewährt der Versicherer auf besonderen Antrag des Versicherungsnehmers sofortigen Versicherungsschutz, so kann der Verzicht auf Überlassung der Versicherungsbedingungen und der Verbraucherinformation bei Vertragschluß vereinbart werden. Die Unterlagen sind dem Versicherungsnehmer auf Anforderung, spätestens mit dem Versicherungsschein zu überlassen. Wenn der Versicherungsvertrag sofortigen Versicherungsschutz gewährt, hat der Versicherungsnehmer insoweit kein Widerspruchsrecht nach Absatz 1.

§16

(1) Der Versicherungsnehmer hat bei der Schließung des Vertrages alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen. Erheblich sind die Gefahrumstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen, einen Einfluss auszuüben. Ein Umstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und schriftlich gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

(2) Ist dieser Vorschrift zuwider die Anzeige eines erheblichen Umstandes unterblieben, so kann der Versicherer von dem Verträge zurücktreten. Das gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Umstandes deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen hat.

(3) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte oder wenn die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unterblieben ist.

§17

(1) Der Versicherer kann von dem Vertrag auch dann zurücktreten, wenn über einen erheblichen Umstand eine unrichtige Anzeige gemacht worden ist.

(2) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn die Unrichtigkeit dem Versicherer bekannt war oder die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unrichtig gemacht worden ist.

§18

Hatte der Versicherungsnehmer die Gefahrumstände an der Hand schriftlicher von dem Versicherer gestellter Fragen anzuzeigen, so kann der Versicherer wegen unterbliebener Anzeige eines Umstandes, nach welchem nicht ausdrücklich gefragt worden ist, nur im Falle arglistiger Verschweigung zurücktreten.

§19

Wird der Vertrag von einem Bevollmächtigten oder von einem Vertreter ohne Vertretungsvollmacht geschlossen, so kommt für das Rücktrittsrecht des Versicherers nicht nur die Kenntnis und die Arglist des Vertreters, sondern auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers in Betracht. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeige eines erheblichen Umstandes ohne Verschulden unterblieben oder unrichtig gemacht ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch ihm selbst ein Verschulden zur Last fällt.

§ 20

(1) Der Rücktritt kann nur innerhalb eines Monats erfolgen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt.

(2) Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung gegenüber dem Versicherungsnehmer. Im Falle des Rücktritts sind, soweit dieses Gesetz nicht in Ansehung der Prämie ein anderes bestimmt, beide Teile verpflichtet, einander die empfangenen Leistungen zurückzugewähren; eine Geldsumme ist von der Zeit des Empfanges an zu verzinsen.

§ 21

Tritt der Versicherer zurück, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt seine Verpflichtung zur Leistung gleichwohl bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt ist, keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles und auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 22

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung über Gefahrumstände anzufechten, bleibt unberührt.

§ 38

(1) Wird die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrage zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstage an gerichtlich geltend gemacht wird.

(2) Ist die Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

§ 39

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2, 3 mit dem Ablaufe der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, die ohne Beachtung dieser Vorschriften erfolgt, ist unwirksam.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablaufe der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Prämie oder der geschuldeten Zinsen oder Kosten im Verzuge, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

(3) Der Versicherer kann nach dem Ablaufe der Frist, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzuge ist, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Die Kündigung kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist dergestalt erfolgen, daß sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzuge ist, hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablaufe der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, soweit nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

(4) Soweit die in Abs. 2, 3 bezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, daß Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn die Fristbestimmung die Höhe der Zinsen oder den Betrag der Kosten angibt.

W O M A N C A R E

So füllen Sie den Antrag aus:

1. Tragen Sie Ihren Namen, Ihre persönlichen Daten, Ihr Geburtsdatum sowie Ihre Telefonnummer ein. Das Höchsteintrittsalter beträgt 64 Jahre.
2. Wählen Sie Ihr gewünschtes Leistungspaket (die monatlichen Beiträge ergeben sich automatisch aus dem Einstiegsalter).
3. Geben Sie Ihre Bankverbindung an.
4. **Bitte faxen Sie den ausgefüllten Antrag an folgende Faxnummer der DÜSEV mbH Fax: 0211/ 8643965**

Versicherte Person

(die versicherte Person ist – soweit nichts Anderes vereinbart wird – zugleich Versicherungsnehmerin)

Vorname, Name _____
 Straße _____
 PLZ, Ort _____
 Geburtsdatum _____
 Telefon privat _____
 E-Mail _____

Bankeinzugsermächtigung

Bitte geben Sie Ihre Kontoverbindung an. Die monatliche Beitragszahlung wird bequem und sicher per Lastschrift-Einzugsverfahren durchgeführt.

AIG EUROPE wird hiermit widerruflich ermächtigt, die monatliche Versicherungsprämie zu Lasten des untenstehenden Kontos einzuziehen.

BLZ _____
 Konto-Nr.: _____
 Bank _____

Die Zustimmung zum Lastschriftverfahren ist die Voraussetzung für das Zustandekommen des Vertrages.

3 Leistungspakete zur Wahl:

Leistungen in Euro:	BASIC	CLASSIC	PREMIUM
Einmalzahlung bei Diagnose	15.000	30.000	45.000

Monatliche Zahlungen für 1 Jahr	500	1.000	1.500
---------------------------------	-----	-------	-------

Krankenhaustagegeld (maximal 100 Tage)	50	75	100
--	----	----	-----

Bitte entsprechendes Paket ankreuzen:

Monatlicher Beitrag in Euro:

Alter 18-29	6,60	13,40	19,50
Alter 30-39	7,80	18,30	27,10
Alter 40-44	13,00	30,70	45,60
Alter 45-49	15,30	36,00	53,60
Alter 50-54	19,60	46,10	68,50
Alter 55-59	23,10	54,40	80,90
Alter 60-64	23,50	55,30	82,20

Das Besondere:

Es gibt keine Gesundheitsfragen!
 Die Beiträge bleiben für die ersten 5 Jahre konstant, auch wenn Sie in eine höhere Altersgruppe wechseln.

Sie willigen durch Ihre Unterschrift ein, dass AIG EUROPE im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung ergeben, elektronisch speichert, verarbeitet und zur Beurteilung des Risikos und Ansprüche an andere Versicherer übermittelt. Die Versicherungsbedingungen und das Merkblatt zur Datenverarbeitung werden Ihnen gemeinsam mit dem Versicherungsschein – auf Wunsch auch früher – zugesandt.

Nach Erhalt dieser Unterlagen können Sie innerhalb von 14 Tagen ohne Angaben von Gründen von dem Vertrag schriftlich zurücktreten.

Ebenso gilt Ihre Unterschrift für die Einzugsermächtigung.

Sie bestätigen mit dieser Unterschrift, dass Sie 3 Jahre vor Vertragsabschluss keine Krebserkrankung hatten und derzeit nicht an HIV/ Aids erkrankt sind.

Ort, Datum

Unterschrift

Stempelfeld für den Vermittler: