

ANTRAGSTELLER/VERSICHERUNGSNEHMER

Titel, Nachname, Vorname: w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>		
Straße, Hausnummer/Postfach:		
Postleitzahl, Ort:		
Telefon:	Staatsangehörigkeit:	Geburtsdatum:
E-Mail:	berufliche Tätigkeit:	

VERSICHERTE PERSON (falls abweichend vom Versicherungsnehmer – bitte für jede versicherte Person einen eigenen Deckungsauftrag verwenden)

Titel, Nachname, Vorname: w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>	
Straße, Hausnummer/Postfach:	
Postleitzahl, Ort:	
berufliche Tätigkeit:	Geburtsdatum:

GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG

Besteht für die zu versichernde Person eine deutsche gesetzliche Krankenversicherung?

ja
 nein (nicht versicherbar, wenn keine deutsche gesetzliche Krankenversicherung besteht.)

VERMITTLER

Maklerorganisation/Unternehmen:
Name des Vermittlers:
Janitos-Vermittlernummer:

ANNAHMERICHTLINIEN KRANKENZUSATZVERSICHERUNG

Voraussetzung für die Krankenzusatzversicherung ist ein **bestehender Versicherungsschutz bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung**. Endet die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, so endet die Krankenzusatzversicherung zum Ende des Monats, in dem die gesetzliche Krankenversicherung fortfällt.

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen **Wohnsitz in Deutschland** haben.

In der stationären Zusatzversicherung ist eine Aufnahme von **Neugeborenen** erst nach Abschluss der U3 Vorsorgeuntersuchung möglich. Bei **Kindern**, die das 9. Lebensjahres noch nicht vollendet haben, ist immer eine Kopie des Vorsorgeheftes einzureichen.

In den Zahnzusatzversicherungen nicht versicherbar sind Personen mit vorhandener **voll- oder teilprothetischer Versorgung** (herausnehmbarer Zahnersatz), Personen mit **Zahnbetterkrankungen** sowie Personen mit mehr als **einem fehlenden Zahn**. Dies gilt nicht bei Umstufungen (Tarifwechsel).

TARIFAUSWAHL ZAHNZUSATZVERSICHERUNG

Datum Versicherungsbeginn (00:00 Uhr):
Der Versicherungsbeginn darf ab Antragsstellung maximal 6 Monate in der Zukunft liegen.
<input type="checkbox"/> Tarif JA dental 100 (bitte Gesundheitsfragen Nr. 1–4 beantworten) <input type="checkbox"/> Tarif JA dental 90 (bitte Gesundheitsfragen Nr. 1–4 beantworten) <input type="checkbox"/> Tarif JA dental 75 (bitte Gesundheitsfragen Nr. 1–4 beantworten)
<input type="checkbox"/> Neuvertrag <input type="checkbox"/> Vertragsänderung zu Vertragsnummer: <input style="width: 150px;" type="text"/>

TARIFAUSWAHL KRANKENHAUSZUSATZVERSICHERUNG

Datum Versicherungsbeginn (00:00 Uhr):
Der Versicherungsbeginn darf ab Antragsstellung maximal 6 Monate in der Zukunft liegen.
<input type="checkbox"/> Tarif JA stationär Plus
<input type="checkbox"/> Neuvertrag <input type="checkbox"/> Vertragsänderung zu Vertragsnummer: <input style="width: 150px;" type="text"/>

ZAHLWEISE

Es wird Lastschriftverfahren vereinbart. **Die Mindestzahlungsrate beträgt 5 Euro.**
 Bitte füllen Sie das SEPA-Lastschrift-Mandat auf Seite 6 aus.

gewünschte Zahlweise:

jährlich halbjährlich
 vierteljährlich monatlich

VERSICHERUNGSPRÄMIE/BESONDERE VEREINBARUNGEN

Die Prämienübersicht zur Janitos Krankenzusatzversicherung finden Sie auf Seite 5 dieses Deckungsauftrages.

Tarif	Monatsprämie	Prämie gem. Zahlweise
	Euro	Euro
	Euro	Euro

Besondere Vereinbarungen:

GESUNDHEITSPRÄMIE

Wichtige Hinweise zu den Gesundheitsfragen

Falls Sie Ihrem Vermittler gegenüber keine Angaben zu Ihrer Gesundheit machen möchten, können Sie diese innerhalb von drei Tagen per Einschreiben an die Janitos Versicherung AG nachmelden. **Bitte beantworten Sie alle Fragen richtig und vollständig. Die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung finden Sie im Abschnitt „Vorvertragliche Anzeigepflicht nach §§ 19ff. VVG“ auf Seite 4 dieses Deckungsauftrages. Bitte nennen Sie uns die Ihnen bekannten ärztlichen Diagnosen oder beschreiben Sie Ihr vorhandenes Beschwerdebild mit Ihren eigenen Worten. Dabei ist wichtig, dass Sie alle Ihnen bekannten Gefahurstände angeben, auch die, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die aus Ihrer Sicht noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Falls Ihnen Einzelheiten einer ärztlichen Behandlung nicht bekannt oder nicht mehr in Erinnerung sind, sollten Sie Ihren Arzt befragen. Dieser bewahrt Patientenakten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung auf.**

Deckungsauftrag Krankenzusatzversicherung dental und stationär



GESUNDHEITSFRAGEN ZUR STATIONÄREN ZUSATZVERSICHERUNG

Größe (in cm): Gewicht (in kg):

S1a) Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Behandlungen, Beratungen, Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen aufgrund von Vorerkrankungen) oder ambulante Operationen durch Ärzte, Heilpraktiker oder Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Krankengymnast, Logopäde, Ergotherapeut) statt oder sind solche angeraten? nein ja

S1b) Fanden in den letzten 5 Jahren Behandlungen, Therapien/Gesprächstherapien, Untersuchungen oder Beratungen aufgrund psychischer oder psychosomatischer Erkrankungen/Störungen statt oder sind solche angeraten? nein ja

S2) Fanden in den letzten 10 Jahren stationäre Behandlungen, Untersuchungen oder Operationen in einem Krankenhaus, Sanatorium oder einer anderen Krankenanstalt statt oder sind solche angeraten? nein ja

S3) Besteht bzw. bestehen

a) Fehlstellungen, -bildungen (hins. Größe, Lage, Form, Anzahl, auch durch Amputationen oder andere Operationen) oder Funktionsbeeinträchtigungen von Organen, der Extremitäten oder anderer Körperteile oder angeborene Erkrankungen? nein ja

b) eine Erwerbsminderung (MdE), Schwerbehinderung (GdB), Pflegestufe, Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder Invalidität oder wurde bzw. wird ein solcher Antrag gestellt (ggf. Antragskopie oder Bescheid mit Diagnoseteil beifügen)? nein ja

c) eine HIV-Infektion (bzw. HIV-Test angeraten oder steht ein Testergebnis aus)? nein ja

d) Fruchtbarkeitsstörungen oder wurde eine Sterilisierung vorgenommen? nein ja (Ich bin damit einverstanden, dass für Fruchtbarkeitsstörungen bzw. bestehende Sterilisierung, ihre Ursachen und Folgen einschließlich Diagnostik und Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung bzw. Refertilisation kein Versicherungsschutz besteht.)

Falls Sie eine oder mehrere der Fragen S1a-S3e mit „ja“ beantwortet haben, machen Sie bitte detaillierte Angaben und fügen Sie entsprechende Unterlagen bei (z.B. Arztberichte, Fragebögen). Wenn Sie nicht ausreichend Platz für Ihre Ausführungen haben, benutzen Sie bitte ein weiteres Blatt, das von Ihnen unterschrieben und datiert ist.

Frage	Diagnose, Erläuterung, Verlauf, Ursache, Ergebnis der Untersuchung, Behandlungsart, Medikamente (Dosis)	Wann? Wie lange (von/bis)? Wie häufig?	Folgenlos ausgeheilt? Wenn nein, welche Folgen/Beschwerden bestehen?

Bitte immer ankreuzen:

- Ich habe keine weiteren Unterlagen zu den Gesundheitsfragen beigelegt.
- Ich habe folgende Unterlagen beigelegt:
- Ich reiche folgende Unterlagen nach:

GESUNDHEITSFRAGEN ZUR ZAHNZUSATZVERSICHERUNG

1) Wurden Zähne durch Voll- oder Teilprothesen (herausnehmbarer Zahnersatz) ersetzt oder fanden in den letzten 3 Jahren Parodontose- bzw. Parodontitisbehandlungen (Zahnbett-erkrankungen) statt bzw. sind diese angeraten oder beabsichtigt? nein ja (Muss diese Frage mit „ja“ beantwortet werden, kann keine Annahme des Antrages erfolgen.)

2) Anzahl fehlender Zähne, die nicht durch Zahnersatzmaßnahmen ersetzt wurden und bei denen kein physiologischer Lückenschluss besteht (Weisheitszähne und Milchzähne müssen nicht genannt werden)? keine fehlenden Zähne
 1 fehlender Zahn (Für den fehlenden Zahn besteht kein Versicherungsschutz)
Achtung: Bei 2 oder mehr fehlenden Zähnen kann keine Annahme des Antrags erfolgen!

3) Wurde eine Zahnbehandlung/Zahnersatzmaßnahme angeraten oder begonnen bzw. besteht eine provisorische Versorgung? nein ja (Für alle angeratenen oder begonnenen Zahnbehandlungen/Zahnersatzmaßnahmen besteht kein Versicherungsschutz.)

4) Nur zu beantworten, wenn > 6 Jahre und < 18 Jahre: Besteht eine zahnärztlich festgestellte Zahnfehlstellung, eine Kieferanomalie oder sind Sie in kieferorthopädischer Behandlung oder wurde eine solche angeraten? nein ja (Für Kieferorthopädie besteht kein Versicherungsschutz)

WIR NEHMEN IHNEN ARBEIT AB

Wenn Sie es wünschen, nehmen wir bei Rückfragen zum Gesundheitszustand gern direkt Kontakt mit dem Versicherungsnehmer auf. Bitte Kontaktdaten angeben:

E-Mail: Telefon: Am besten zu erreichen in der Zeit von: bis Uhr

HINWEISE ZUR DATENVERARBEITUNG UND DEN IHNEN ZUSTEHENDEN RECHTEN NACH DATENSCHUTZGRUNDVERORDNUNG (DSGVO)

Nach Art. 13 DSGVO möchten wir Ihnen Informationen zur Datenverarbeitung geben. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die **Janitor Versicherung AG, Im Breitspiel 2-4, 69126 Heidelberg, Tel. 06221-709 1000, Fax 06221-709 1001, versicherung@janitor.de**. Alle weiteren Informationen nach Art. 13 DSGVO finden Sie im **Datenschutz-Informationsblatt**, welches diesem Antrag als Anlage beigefügt ist. Dieses enthält insbesondere Angaben zur **Kontaktmöglichkeit zum Datenschutzbeauftragten, zum Zweck und zur Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung, zu den Empfängern personenbezogener Daten, zur Speicherdauer, zu Ihren Betroffenenrechten, zur Nutzung des Hinweis- und Informationssystems der Versicherungswirtschaft (HIS) und zu eventuell eingesetzten automatisierten Entscheidungen**. Das **Datenschutz-Informationsblatt** finden Sie in der jeweils aktuellen Fassung auch unter: <https://www.janitor.de/datenschutz>

WIDERRUFSBELEHRUNG

ABSCHNITT 1: WIDERRUFSRECHT, WIDERRUFSFOLGEN UND BESONDERE HINWEISE

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen der Versicherungsschein sowie die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen, diese Belehrung, das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten und weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:
Janitos Versicherung AG
Im Breitspiel 2-4, 69126 Heidelberg
E-Mail: Versicherung@Janitos.de

Einen Widerruf zur Berufshaftpflichtversicherung können Sie auch an den Hersteller und Risikoträger der Berufshaftpflichtversicherung richten:
HDI Versicherung AG, HDI Platz 1, 30659 Hannover
E-Mail: ZFPBVertragsservice@hdi.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag aus Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/360 der von Ihnen für ein Jahr zu zahlenden Prämie. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat. Soweit eine vorläufige Deckung erteilt wurde, endet diese mit dem Zugang des Widerrufs bei uns.

ABSCHNITT 2: AUFLISTUNG DER FÜR DEN FRISTBEGINN ERFORDERLICHEN WEITEREN INFORMATIONEN

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. Identität des Versicherers: Versicherer ist die Janitos Versicherung AG in der Rechtsform der Aktiengesellschaft mit Sitz in Heidelberg, Amtsgericht Mannheim HRB 336562. Die Anschrift der Hauptverwaltung lautet: Im Breitspiel 2-4, 69126 Heidelberg.

2. Identität eines Vertreters des Versicherers innerhalb der EU: Entfällt

3. Ladungsfähige Anschrift des Versicherers: Die für die Geschäftsbeziehung zwischen Ihnen und uns maßgebliche Anschrift lautet:
Janitos Versicherung AG, Im Breitspiel 2-4, 69126 Heidelberg.
Die Janitos Versicherung AG wird vertreten durch den Vorstand.

4. Hauptgeschäftstätigkeit und zuständige Aufsichtsbehörde: Die Janitos Versicherung AG ist durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht zum Betrieb von Haftpflicht-, Unfall-, Kraftfahrt- und Sachversicherungen zugelassen. Die zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

5. Garantie-/Sicherungsfonds: Entfällt

6. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung: a) Für die Versicherung(en) gelten die beigefügten, für die jeweiligen Tarife gültigen Versicherungsbedingungen.
b) Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers Art, Umfang und Fälligkeit der Versicherungsleistung ergeben sich aus den Versicherungsbedingungen in Verbindung mit diesem Angebot/Versicherungsschein.

7. Gesamtpreis der Versicherung: Den Gesamtpreis (einschließlich Versicherungssteuer) für die Versicherung(en) können Sie dem Angebot/Versicherungsschein entnehmen.

8. Steuern, Gebühren oder Kosten: Zusätzliche Gebühren oder Kosten für die Antragsbearbeitung werden nicht erhoben. Vermittler sind nicht berechtigt, von Ihnen irgendwelche besonderen Gebühren oder Kosten für die Aufnahme des Antrages zu erheben.

9. Einzelheiten zur Prämienzahlung: Je nach Vereinbarung werden die Prämien entweder durchlaufende Zahlungen monatlich, vierteljährlich, halbjährlich, jährlich oder als Einmalprämie im Vorausgezahlt. Entsprechend der Vereinbarung über die zeitliche Bemessung der Prämien umfasst die Versicherungsperiode einen Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr. Bei einer Einmalprämie ist die Versicherungsperiode die vereinbarte Vertragsdauer, jedoch höchstens ein Jahr. Die Prämien werden zu Beginn einer jeden Versicherungsperiode fällig. Die erste oder einmalige Prämie wird zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsvertrag vereinbarten Versicherungsbeginn. Sie haben diese Prämie dann unverzüglich (d. h. spätestens innerhalb zwei Wochen) zu zahlen. Alle weiteren Prämien (Folgeprämien) werden jeweils zum vereinbarten Fälligkeitstag fällig. Wenn Sie mit uns das Lastschriftverfahren vereinbaren, werden wir die Prämie zum Zeitpunkt der Fälligkeit vom angegebenen Konto abbuchen. Bitte tragen Sie dafür Sorge, dass zu diesem Zeitpunkt eine ausreichende Deckung auf dem Konto gegeben ist.

10. Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen: Wir halten uns ab dem Ausfertigungsdatum der Angebotsunterlagen 6 Wochen an das Angebot – einschließlich der angegebenen Versicherungsprämie – gebunden.

11. Finanzdienstleistung mit Bezug auf speziell risikobehaftete Finanzinstrumente: Entfällt

12. Zu-Stande-Kommen des Vertrages: Sie können unser Vertragsangebot innerhalb von 6 Wochen ab Ausfertigungsdatum annehmen. Wenn die Annahmeerklärung innerhalb der Frist und ohne Zusätze/Abweichungen erfolgt, kommt der Vertrag mit Zugang der Erklärung bei uns zu Stande. Unter der Voraussetzung der rechtzeitigen Prämienzahlung (s. hierzu Nr. 9) besteht dann von dem im Versicherungsschein bezeichneten Tag des Versicherungsbeginns an Versicherungsschutz.

13. Widerrufsbelehrung: Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die:

Janitos Versicherung AG
Im Breitspiel 2-4, 69126 Heidelberg
Fax: +49 6221 709 1001
E-Mail: Versicherung@Janitos.de

Einen Widerruf zur Berufshaftpflichtversicherung können Sie auch an den Hersteller und Risikoträger der Berufshaftpflichtversicherung richten:

HDI Versicherung AG
HDI Platz 1, 30659 Hannover
E-Mail: ZFPBVertragsservice@hdi.de

Widerrufsfolgen:

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Der uns zustehende Betrag errechnet sich je nach Zahlungsweise der Prämie wie folgt:

- a) bei vereinbarter jährlicher Zahlungsweise: die Anzahl der Tage ab Vertragsbeginn bis zum Zugang des Widerrufs multipliziert mit 1/360 der Jahresprämie;
- b) bei vereinbarter halbjährlicher Zahlungsweise: die Anzahl der Tage ab Vertragsbeginn bis zum Zugang des Widerrufs multipliziert mit 1/180 der Halbjahresprämie;
- c) bei vereinbarter vierteljährlicher Zahlungsweise: Vierteljahresprämie;
- d) bei der Anzahl der Tage ab Vertragsbeginn bis zum Zugang des Widerrufs multipliziert mit 1/90 der vereinbarten monatlicher Zahlungsweise: die Anzahl der Tage ab Vertragsbeginn bis zum Zugang des Widerrufs multipliziert mit 1/30 der Monatsprämie. Basis für die Berechnung ist die im Versicherungsschein gemäß der vereinbarten Zahlungsweise ausgewiesene Prämie. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

14. Laufzeit: Die vereinbarte Laufzeit der Versicherung(en) ergibt sich aus diesem Angebot/Versicherungsschein. Bei Verträgen mit einer Laufzeit von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag mit Ablauf der Vertragslaufzeit stillschweigend jeweils von Jahr zu Jahr, wenn nicht vor dem jeweiligen Ablauf der anderen Partei eine Kündigung in Textform zugegangen ist.

15. Angaben zur Vertragsbeendigung: Sie können den Vertrag zum Ende der vereinbarten Dauer unter Einhaltung der vereinbarten Kündigungsfrist in Textform kündigen. Weitere außerordentliche Kündigungsmöglichkeiten für Sie (z. B. nach einem Schadensfall oder wegen einer Erhöhung der Prämien) bzw. für uns (z. B. wegen Verzuges mit der Prämienzahlung) sowie sonstige Beendigungsgründe (z. B. Wegfall des versicherten Risikos) sind in den einzelnen Versicherungsbedingungen geregelt.

16. Vorvertraglich anwendbares Recht anderer Mitgliedstaaten der Europäischen Union: Entfällt

17. Anwendbares Recht: Es findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

18. Sprache: Die Vertragsbedingungen und die hier unter den Nummern 1 bis 20 gegebenen Informationen sind in deutscher Sprache verfasst. Auch die Kommunikation während der Laufzeit dieser Versicherung(en) erfolgt in Deutsch.

19. Versicherungsombudsmann: Die Janitos Versicherung AG nimmt am außergerichtlichen Streitbelegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teil. Zuständige Verbraucherschlichtungsstelle ist der: Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 08 06 32, 10006 Berlin
www.versicherungsombudsmann.de

OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22, 10052 Berlin
www.pkv-ombudsmann.de

Hier können Sie außergerichtlich Beschwerde eingeleiten. Hiervon unberührt bleibt Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

20. Beschwerdemöglichkeit bei der Aufsichtsbehörde: Eine Beschwerde kann auch gerichtet werden an:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn

Die Finanzmarktaufsicht (FMA)
Praterstr. 23, A-1020 Wien

ENDE DER WIDERRUFSBELEHRUNG

EINWILLIGUNG IN DIE ERHEBUNG UND VERWENDUNG VON GESUNDHEITSDATEN UND SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Janitos Versicherung AG (kurz Janitos) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt Janitos Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Janitos benötigt Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB strafrechtlich geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der unten angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch Janitos selbst (unter 1.)
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.)
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb von Janitos (unter 3.)
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.)

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch Janitos

Ich willige ein, dass Janitos die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass Janitos die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben. Die dazu erforderliche Einverständniserklärung wird im Einzelfall eingeholt.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb von Janitos

Janitos verpflichtet die unter 3.1 bis 3.4 genannten Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Janitos benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass Janitos meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet werden und die Ergebnisse an Janitos zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für Janitos tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Janitos führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft unserer Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt Janitos Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Janitos führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für Janitos erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine

aktuelle Liste kann auch im Internet unter <https://www.janitos.de/datenschutz> eingesehen oder bei datenschutzbeauftragter@janitos.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt Janitos Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass Janitos meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Versicherungsgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann Janitos Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass Janitos Ihren Versicherungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt. Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung Janitos aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risikoprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob Janitos das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch Janitos unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für Janitos tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Janitos gibt grundsätzlich keine Angabe zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden. Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass Janitos meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert Janitos Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Janitos speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können bzw. selbst notwendige Anfragen an Mitglieder des PKV-Verbandes zu richten. Ihre Daten werden bei Janitos bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass Janitos meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

EINWILLIGUNG IN DIE DATENVERARBEITUNG

Ich habe die auf den vorherigen Seiten des Antrags abgedruckten Erläuterungen zur	4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
I. Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten durch die Janitos Versicherung AG II. Weitergabe meiner Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Janitos Versicherung AG – wie die	III. Speicherung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt IV. Widerrufsmöglichkeit
1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung 2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen und Personen) 3. Datenweitergabe an Rückversicherer	Zur Kenntnis genommen und willige durch meine nachstehende Unterschrift in dem dort beschriebenen Umfang in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten durch die Janitos Versicherung AG ein.

VORVERTRAGLICHE ANZEIGEPFLICHT NACH §§ 19ff. VVG

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die Antragsfragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Janitos Versicherung, Heidelberg, schriftlich nachzuholen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.	nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen? Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.	3. Vertragsänderung Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Auch insoweit können Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.
Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?	4. Ausübung unserer Rechte Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.
1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand – weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles – noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.	5. Stellvertretung durch eine andere Person Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.
2. Kündigung Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der	

SCHLUSSERKLÄRUNG UND UNTERSCHRIFTEN

Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben und Erklärungen, die Sie oder der/die Vermittler/-in für Sie in diesem Antrag gemacht haben auf **Richtigkeit und Vollständigkeit**. Die auf den vorherigen Seiten beschriebenen Erklärungen und wichtigen Hinweise **habe ich zur Kenntnis genommen**. Diese Erklärungen enthalten unter anderem die Belehrung zur **vorvertraglichen Anzeigepflicht**, die **Hinweise zur Datenverarbeitung und den Ihnen zustehenden Rechten nach Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)**, die **Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung (inkl. Widerrufsmöglichkeit)**, die **Widerrufsbelehrung** sowie die **Einwilligung in die Datenverarbeitung**; sie sind **wichtiger Bestandteil dieses Vertrages**. Die dem Vertrag zugrunde liegenden Verbraucherinformationen wurden mir ausgehändigt. Ich halte mich an meinen Antrag **einen Monat gebunden**. Mein **Widerrufsrecht bleibt** hiervon **unberührt**. **Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt**.

Ort, Datum:	Unterschrift Antragsteller (Versicherungsnehmer) oder Versicherungsmakler (erforderliche Vollmacht liegt vor):
	Unterschrift Kontoinhaber:
Erklärung für mitzuversichernde Personen Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine zu versichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können. Ich bestätige die o.a. Erklärungen gelesen zu haben. Alle mir gestellten Fragen wurden wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet.	
Ort, Datum:	Unterschrift Antragsteller (Versicherungsnehmer)
	Unterschrift Versicherungsmakler (erforderliche Vollmachten liegen vor)
	Unterschrift der zu versichernden Person ab 16 Jahren
	Unterschrift gesetzl. Vertreter (bei Minderjährigen versicherten Personen)
Die dem Vertrag zugrunde liegenden Verbraucherinformationen wurden mir ausgehändigt:	Unterschrift Versicherungsnehmer oder Versicherungsmakler (erforderliche Vollmachten liegt vor):
Ort, Datum:	
Die folgenden Dokumente sollen von Janitos zusammen mit der Ausfertigung der Police oder des Nachtrages übersandt werden: <input type="checkbox"/> Versicherungsbedingungen <input type="checkbox"/> Produktinformationen <input type="checkbox"/> Kundeninformationen	

Senden Sie diesen Antrag bitte per Fax an: +49 6221 709 1001

WIR UNTERSTÜTZEN SIE GERNE: Janitos Versicherung AG

Fon: +49 (0) 6221 709 1000 | E-Mail: versicherung@janitos.de | Im Breitspiel 2–4, 69126 Heidelberg | Postfach 10 41 69, 69031 Heidelberg

ZAHNZUSATZVERSICHERUNG

Monatsprämien in Euro:

Alter	JA dental 75	JA dental 90	JA dental 100
0-20	9,98 €	19,82 €	22,43 €
21-25	6,24 €	11,04 €	15,87 €
26-30	8,61 €	15,01 €	21,80 €
31-35	12,26 €	20,54 €	27,91 €
36-40	13,10 €	22,26 €	31,20 €
41-45	17,32 €	26,71 €	40,29 €
46-50	22,08 €	34,28 €	51,73 €
51-55	26,12 €	40,31 €	65,98 €
56-60	28,72 €	44,30 €	72,37 €
>60	32,87 €	54,80 €	97,85 €

STATIONÄRE ZUSATZVERSICHERUNG

Monatsprämien in Euro:

Alter	JA stationär plus	Alter	JA stationär plus	Alter	JA stationär plus	Alter	JA stationär plus
0-15	7,18 €	40	22,36 €	61	51,75 €	82	167,57 €
16-20	13,89 €	41	22,36 €	62	55,06 €	83	172,62 €
21	9,80 €	42	22,36 €	63	58,39 €	84	175,53 €
22	10,44 €	43	22,36 €	64	63,29 €	85	178,41 €
23	11,20 €	44	22,36 €	65	68,16 €	86	181,34 €
24	12,05 €	45	22,36 €	66	73,08 €	87	184,23 €
25	13,06 €	46	22,74 €	67	77,98 €	88	187,13 €
26	14,22 €	47	23,39 €	68	82,85 €	89	188,68 €
27	15,52 €	48	24,06 €	69	88,54 €	90	190,24 €
28	16,88 €	49	25,34 €	70	94,24 €	91	191,79 €
29	18,20 €	50	26,63 €	71	99,90 €	92	193,33 €
30	19,48 €	51	27,93 €	72	105,60 €	93	194,89 €
31	20,53 €	52	29,23 €	73	111,26 €	94	195,52 €
32	21,33 €	53	30,55 €	74	118,48 €	95	196,17 €
33	21,89 €	54	32,67 €	75	125,68 €	96	196,80 €
34	22,25 €	55	34,91 €	76	132,88 €	97	197,44 €
35	22,36 €	56	37,15 €	77	140,08 €	98	198,07 €
36	22,36 €	57	39,45 €	78	147,28 €	99	198,72 €
37	22,36 €	58	41,80 €	79	152,36 €	100	198,72 €
38	22,36 €	59	45,11 €	80	157,44 €		
39	22,36 €	60	48,44 €	81	162,49 €		

SEPA-LASTSCHRIFT-MANDAT

Hinweise:	<ul style="list-style-type: none"> • Bitte alle Felder zur Zahlungsart und Kontoverbindung ausfüllen. • Ihre Rechte zum SEPA-Lastschrift-Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das Sie von Ihrem Geldinstitut erhalten. • Sie können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. • Es gelten dabei die mit Ihrem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen. 																										
Angaben zum Zahlungsempfänger:	Janitos Versicherung AG Im Breitspiel 2-4 69126 Heidelberg	Gläubiger ID: DE02ZZZ00000038248	Verwendungszweck: _____ Versicherungsschein- / Antragsnummer des zugrunde liegenden Vertrages																								
<p>Ich ermächtige/wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von oben genanntem Zahlungsempfänger auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</p> <p>Zugleich erkläre ich/erklären wir uns damit einverstanden, dass die Mindestfrist zur Vorankündigung einer SEPA-Basislastschrift (Pre-Notification) von 14 auf 5 Arbeitstage verkürzt wird.</p>																											
Zahlungsart:	<input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung																										
Angaben zur Kontoverbindung des Zahlungspflichtigen	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4" style="height: 20px;">Name, Vorname</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="height: 20px;">Straße und Hausnummer</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%; height: 20px;">Land</td> <td style="width: 15%; height: 20px;">PLZ</td> <td colspan="2" style="width: 70%; height: 20px;">Ort</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="height: 20px;">IBAN (Internationale Kontonummer)</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="height: 20px;">BIC (Internationale Bankleitzahl des Geldinstitutes)</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="height: 20px;">Name des Geldinstitutes</td> </tr> </table>			Name, Vorname				Straße und Hausnummer				Land	PLZ	Ort		IBAN (Internationale Kontonummer)				BIC (Internationale Bankleitzahl des Geldinstitutes)				Name des Geldinstitutes			
Name, Vorname																											
Straße und Hausnummer																											
Land	PLZ	Ort																									
IBAN (Internationale Kontonummer)																											
BIC (Internationale Bankleitzahl des Geldinstitutes)																											
Name des Geldinstitutes																											
Ort, Datum und Unterschriften	Ort	Datum	Unterschrift des Zahlungspflichtigen	Unterschrift des 2. Zahlungspflichtigen																							
Zur Information Bei abweichendem Beitragszahler	Angaben zum Vertragsverhältnis zwischen Zahlungsempfänger und Zahlungspflichtigen <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; height: 20px;">Name des Versicherungsnehmers</td> <td style="width: 40%;">(Dieses Feld nicht ausfüllen, wenn Sie für sich selbst zahlen.)</td> </tr> </table>			Name des Versicherungsnehmers	(Dieses Feld nicht ausfüllen, wenn Sie für sich selbst zahlen.)																						
Name des Versicherungsnehmers	(Dieses Feld nicht ausfüllen, wenn Sie für sich selbst zahlen.)																										

Datenschutz-Informationsblatt

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Janitos Versicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

VERANTWORTLICHER FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Janitos Versicherung AG
Im Breitspiel 2-4, Office Port II
69126 Heidelberg
Telefon: +49 6221 709 1000
Fax: +49 6221 709 1001
E-Mail: versicherung@janitos.de

Unseren **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: datenschutzbeauftragter@janitos.de

ZWECKE UND RECHTSGRUNDLAGEN DER DATENVERARBEITUNG

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter <https://www.janitos.de/datenschutz> abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss, die Durchführung des Versicherungsvertrages bzw. eine Entscheidung über geltend gemachte Ansprüche oder die Bearbeitung eines Schadenfalls ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Kranken- oder Unfallversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen und –recherchen (auch in öffentlich zugänglichen Quellen) zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

KATEGORIEN VON EMPFÄNGERN DER PERSONENBEZOGENEN DATEN

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen. Die Dienstleisterliste können Sie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter <https://www.janitos.de/datenschutz> entnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Auftragnehmer und Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter <https://www.janitos.de/datenschutz> entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

DAUER DER DATENSPEICHERUNG

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

BETROFFENENRECHTE

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

WIDERSPRUCHSRECHT

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

BESCHWERDERECHT

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Königstrasse 10a
70173 Stuttgart

HINWEIS- UND INFORMATIONSSYSTEM DER VERSICHERUNGSWIRTSCHAFT

Die Versicherungswirtschaft nutzt das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich. Im Rahmen der Schadenbearbeitung können Daten zum Versicherungsobjekt (Fahrzeugidentifikationsdaten oder Adresse des Gebäudes) sowie Angaben zu Ihrer Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) an die informa HIS GmbH übermittelt (HIS-Anfrage) werden. Die informa HIS GmbH überprüft anhand dieser Daten, ob zu Ihrer Person und/oder zu Ihrem Versicherungsobjekt im „Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft“ (HIS) Informationen gespeichert sind, die auf ein erhöhtes Risiko oder Unregelmäßigkeiten in einem Versicherungsfall hindeuten können. Solche Informationen können nur aufgrund einer früheren Meldung eines Versicherungsunternehmens an das HIS vorliegen (HIS-Einmeldung), über die Sie ggf. von dem einmeldenden Versicherungsunternehmen gesondert informiert worden sind. Daten, die aufgrund einer HIS-Einmeldung im HIS gespeichert sind, werden von der informa HIS GmbH an uns, das anfragende Versicherungsunternehmen, übermittelt. Nähere Informationen zum HIS finden Sie auf folgenden Internetseiten: www.informa-his.de

DATENAUSTAUSCH MIT IHREM FRÜHEREN VERSICHERER

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z. B. zur Mitnahme eines Schadensfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

BONITÄTSAUSKÜNFT

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei einer Auskunft (z.B. SCHUFA Holding AG, infoscore Consumer Data GmbH) Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

DATENÜBERMITTLUNG IN EIN DRITTLAND

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.