

ANTRAGSTELLER/VERSICHERUNGSNEHMER

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

VERMITTLER

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

ZAHLWEISE

gewünschte Zahlweise:	
<input type="checkbox"/> Lastschrift	<input type="checkbox"/> Rechnung
(Bei Lastschrift bitte das SEPA-Lastschrift-Mandat auf Seite 7 ausfüllen.)	
<input type="checkbox"/> jährlich	
<input type="checkbox"/> halbjährlich (Ratenzuschlag 3 %)	
<input type="checkbox"/> vierteljährlich (Ratenzuschlag 5 %)	
<input type="checkbox"/> monatlich (Ratenzuschlag 5 %, Mindestrate 15 Euro netto)	

RECHTSFORM, INHABER UND GESELLSCHAFTER

Rechtsform: <input type="checkbox"/> GbR <input type="checkbox"/> GmbH <input type="checkbox"/> Genossenschaft
Kaufmännischer Leiter/Geschäftsführer:
Ärztliche Leitung durch (Name und Fachrichtung):
Gesellschafter (Namen und Fachrichtungen):

WEITERE VERTRAGSBESTANDTEILE

<input type="checkbox"/> Die Risikoanalyse vom:

HAFTPFLICHTVERSICHERUNG FÜR MEDIZINISCHE VERSORGUNGSZENTREN (MVZ)

Berufs-, Betriebs- und Umweltschäden inkl. Ansprüche nach dem Gleichbehandlungsgesetz (AGG)
Vertragsgrundlagen
<input checked="" type="checkbox"/> Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB)
<input checked="" type="checkbox"/> Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen für Ärzte, Zahnärzte und Ärzte in der Ausbildung (BBR)
<input type="checkbox"/> Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen für die Berufshaftpflichtversicherung von Gesundheitsfachberufen
<input checked="" type="checkbox"/> Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Umweltschadens-Basisversicherung (USV-Basis)
<input checked="" type="checkbox"/> Ansprüche nach dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) zusätzlich die Zusatzbedingungen zur Haftpflichtversicherung von Ansprüchen aus Benachteiligungen als Anhang zur Betriebs- und Berufs-Haftpflichtversicherung
Deckungssummen je Versicherungsfall – Berufshaftpflichtversicherung
<input type="checkbox"/> 5 Mio. Euro pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
<input type="checkbox"/> 7,5 Mio. Euro pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
Die Gesamtleistung des Versicherers für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres ist auf das Vierfache dieser Deckungssumme begrenzt.
Betriebs-Haftpflichtversicherung + Umwelt-Haftpflichtversicherung
Die Betriebshaftpflicht für niedergelassene Ärzte sowie die Umwelt-Haftpflichtversicherung sind im Rahmen der Berufshaftpflicht mitversichert.
Umweltschadens-Basisversicherung
Schäden aus der Umweltschadens-Basisversicherung sind bis zu 3.000.000 Euro je Versicherungsjahr mitversichert.
Die Höchstersatzleistung je Versicherungsfall und zugleich je Versicherungsjahr ist im Rahmen der vorgenannten Deckungssumme begrenzt bei
<ul style="list-style-type: none">• Kosten der Ausgleichs-sanierung auf 20 %• Neuen Risiken auf 50 %• Aufwendungen vor Eintritt des Versicherungsfalles werden im Rahmen der vereinbarten Deckungssumme und der Jahreshöchstersatzleistung bis 20 % je Störung des Betriebes oder behördlicher Anordnung und pro Versicherungsjahr ersetzt.
Sublimits und Selbstbehalte
Sublimits
<ul style="list-style-type: none">• Mietsachschäden gelten im Rahmen der Deckungssumme mitversichert.• Schlüsselschäden aus beruflicher Tätigkeit (keine privaten Schlüsseln) gelten im Rahmen der Deckungssumme mitversichert.• Tätigkeitsschäden gelten bis 50.000 Euro mitversichert.• Eingebachte Sachen sind bis zu 500 Euro je Tag und bis zu 5.000 Euro je Versicherungsjahr versichert.• Schäden an den beim Versicherungsnehmer unsachgemäß gelagerten Arzneimitteln (auch eigenen) bis zu einer Höhe von 5.000 Euro pro Jahr.• Schäden aus der Nutzung von Internet-Technologien sind im Rahmen der Deckungssumme mitversichert.
Selbstbehalte
<ul style="list-style-type: none">• Für Mietsach-, Praxisabwässer-, Schlüssel- und Tätigkeitsschäden gilt ein Selbstbehalt von 125 Euro an jedem Schaden.• Für Schäden aus dem Verderb von unsachgemäß gelagerten Arzneimitteln gilt ein Selbstbehalt von 125 Euro an jedem derartigen Schaden.• Für Schäden im Rahmen der Umwelt-Haftpflichtversicherung gilt ein Selbstbehalt von 125 Euro an jedem Schaden sowie an Aufwendungen vor Eintritt des Versicherungsfalles.• Für Schäden im Rahmen der Umweltschadens-Basisversicherung gilt ein Selbstbehalt von 125 Euro, auch bei Aufwendungen vor Eintritt des Versicherungsfalles.• Für Ansprüche nach dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) gilt ein Selbstbehalt von 125 Euro an jedem Schaden.

HAFTPFLICHTVERSICHERUNG FÜR MEDIZINISCHE VERSORGUNGSZENTREN (MVZ)

Behandlungsspektrum (zwingend zu beantworten)

- Unterhalten Sie eine Zweigpraxis im Ausland oder sind Sie im Ausland tätig? (Falls ja, bitte den Ergänzungsbogen zur Auslandstätigkeit ausfüllen.) ja nein
- Betreuen Sie Profi- und Leistungssportler, Bundesligavereine, Nationalmannschaften oder unterhalten Sie ein exklusives Betreuungsverhältnis bei Sport-, Musik- und Kulturveranstaltungen? (Falls ja, bitte die Risikoanalyse für Profi- und Leistungssportler ausfüllen.) ja nein
- Werden Tätigkeiten im Rahmen von klinischen Studien erbracht? ja nein

Falls ja bitte geben Sie Art und Umfang der Tätigkeit an:

Nehmen Sie folgende kosmetisch indizierte Operationen/Behandlungen vor? (Bei Janitor nicht versicherbar.)

Brustkorrekturen, Bauchdeckenplastik, Liposuktionsbehandlungen (Fettabsaugungen), Gesäß- und Reithosenplastik, Operative Komplett-Face-Liftings, Intimoperationen, nicht medizinisch indizierte bariatrische Eingriffe.

ja nein

Für sonstige medizinisch nicht indizierte Behandlungen gilt: Für rein kosmetisch indizierte Behandlungen und Eingriffe, die aus ästhetischen Gründen zur Beseitigung von Schönheitsfehlern vorgenommen werden und nicht der Verbesserung von körperlichen Funktionen dienen, besteht für Ärzte Versicherungsschutz unter der Voraussetzung, dass eine ordnungsgemäße Aufklärung gewährleistet wird und die Dokumentierung mit Hilfe der Aufklärungsbogen der Firmen „proCompliance“ oder „Diomed“ erfolgt.

Konsiliararztstätigkeit

Konsiliararztstätigkeit (bitte hierzu den Ergänzungsbogen für konsiliarärztliche/honorarärztliche Tätigkeit ausfüllen)

Anzahl Tage im Jahr

Euro:

Fachgebietsspezifika

Augenheilkunde:

Anzahl der angestellten Orthoptisten/Orthoptiker:

Dermatologie:

Anzahl der angestellte Kosmetiker/innen:

Gynäkologie:

Anzahl der angestellten Hebammen (ohne Geburtshilfe):

Anzahl der Mitarbeiter, die in einem für fremde Zwecke tätigen zytologischen Labor angestellt sind (ohne Pränataldiagnostik):

Innere Medizin, Nephrologie:

Wie viele Dialyseplätze haben Sie?

Physikalische Medizin:

Anzahl der angestellten Gesundheitsfachberufler:

Fachärzte für Chirurgie/Orthopädie und Unfallchirurgie/Orthopädie

Unter der Voraussetzung eines umfassenden Aufklärungsgesprächs inkl. Dokumentation mit Hilfe der Systeme von proCompliance und/oder Diomed sind im Rahmen der konservativen Tätigkeit folgende Behandlungen mitversichert:

- intraartikuläre Injektionen und Gelenkpunktionen
- Spritzen von Nukliden bei der Radiosynoviorthese in Zusammenarbeit mit einem Radiologen/Nuklearmediziner
- Facettenblockaden, Facetteninfiltrationen und Facettendenerwierungen
- paravertebrale Infiltrationen
- periradikuläre Therapie (nur mit Zuhilfenahme von bildgebenden Verfahren)

Ohne Verwendung der Aufklärungsverpflichtung (s. Seite 4) ist die Einstufung in der Position ambulante operative Tätigkeit anzuwenden. Aufklärungsverpflichtung:

ja nein

Behandlungsverträge

- Wird der Behandlungsvertrag ausschließlich mit dem MVZ geschlossen? ja nein (Falls nein, bitte Angabe der Aufsplittung.)
- Werden Anästhesie-Leistungen im MVZ erbracht? ja nein
- Falls ja, erfolgen diese durch freiberuflich tätige Anästhesisten? ja nein
- Wird hierfür der Behandlungsvertrag direkt mit den Anästhesisten geschlossen? ja nein

HAFTPFLICHTVERSICHERUNG FÜR MEDIZINISCHE VERSORGUNGSZENTREN (MVZ)

Personelle Besetzung

I. Inhaber/Teilhaber

Name	Fachrichtung	Tätigkeitsumfang
		<input type="checkbox"/> ambulant konservativ <input type="checkbox"/> ambulant operativ <input type="checkbox"/> ambulant und stationär
		<input type="checkbox"/> ambulant konservativ <input type="checkbox"/> ambulant operativ <input type="checkbox"/> ambulant und stationär
		<input type="checkbox"/> ambulant konservativ <input type="checkbox"/> ambulant operativ <input type="checkbox"/> ambulant und stationär
		<input type="checkbox"/> ambulant konservativ <input type="checkbox"/> ambulant operativ <input type="checkbox"/> ambulant und stationär
		<input type="checkbox"/> ambulant konservativ <input type="checkbox"/> ambulant operativ <input type="checkbox"/> ambulant und stationär

Euro:

II. Angestellte Fachärzte (Angestelltes Medizinisches Hilfspersonal und Ärzte in der Ausbildung sind prämienfrei mitversichert.)

Beschäftigen Sie angestellte Fachärzte? (Ärzte in der Weiterbildung müssen nicht angegeben werden.) nein ja, Anzahl:

Euro:

Name	Fachrichtung	Tätigkeitsumfang
		<input type="checkbox"/> ambulant konservativ <input type="checkbox"/> ambulant operativ <input type="checkbox"/> ambulant und stationär
		<input type="checkbox"/> ambulant konservativ <input type="checkbox"/> ambulant operativ <input type="checkbox"/> ambulant und stationär
		<input type="checkbox"/> ambulant konservativ <input type="checkbox"/> ambulant operativ <input type="checkbox"/> ambulant und stationär
		<input type="checkbox"/> ambulant konservativ <input type="checkbox"/> ambulant operativ <input type="checkbox"/> ambulant und stationär
		<input type="checkbox"/> ambulant konservativ <input type="checkbox"/> ambulant operativ <input type="checkbox"/> ambulant und stationär

III. Freiberufliche Vertragsärzte

Arbeiten Sie mit freiberuflich tätigen Vertragsärzten (Kooperationspartner), bei denen der Behandlungsvertrag mit dem MVZ geschlossen wird? nein ja, Anzahl:

Euro:

Name	Fachrichtung	Tätigkeitsumfang
		<input type="checkbox"/> ambulant konservativ <input type="checkbox"/> ambulant operativ <input type="checkbox"/> ambulant und stationär
		<input type="checkbox"/> ambulant konservativ <input type="checkbox"/> ambulant operativ <input type="checkbox"/> ambulant und stationär
		<input type="checkbox"/> ambulant konservativ <input type="checkbox"/> ambulant operativ <input type="checkbox"/> ambulant und stationär
		<input type="checkbox"/> ambulant konservativ <input type="checkbox"/> ambulant operativ <input type="checkbox"/> ambulant und stationär
		<input type="checkbox"/> ambulant konservativ <input type="checkbox"/> ambulant operativ <input type="checkbox"/> ambulant und stationär

VI. Nichtärztliche Bereiche (Physiotherapeuten etc.)

Beschäftigen Sie angestellte Gesundheitsfachberufler? nein ja, Anzahl:

Euro:

Aufklärungsrabatt

Aufklärungsrabatt (bei ambulanter operativer & ambulanter und stationärer Tätigkeit möglich):

Diese Nachlassmöglichkeit gilt auch für Anästhesisten, Radiologen und Jobsharing-Partner.
Aufklärungsnachlass wird gewünscht (20 % Rabatt): ja nein
(Zwingend erforderlich: Erklärung zur Beantragung des Aufklärungsrabattes, siehe Seite 4)

ja nein

Euro:

Deckungserweiterungen, sonstige Risiken

Ergänzende Risikobeschreibungen, Besondere Vereinbarungen:

--

Euro:

Nicht versicherbare Risiken

- Fachärzte für Plastische und Ästhetische Chirurgie (reine Schönheitschirurgie)
- Ärzte und Hebammen, die Geburtshilfe betreiben
- Fachärzte für Humangenetik sowie sonstige Fachgebiete mit der Zusatzbezeichnung medizinische Genetik
- Fachärzte für Labormedizin, die pränataldiagnostische Untersuchungen vornehmen sowie medizinische und zytologische Laboratorien, die pränataldiagnostische Auswertungen vornehmen
- Programmverantwortliche Ärzte
- Fachärzte für Biochemie sowie Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie soweit nicht in einem bei Janitos versicherten medizinischen Laboratorium beschäftigt
- Fachärzte für Medizinische Informatik, Öffentliches Gesundheitswesen, Rechtsmedizin
- Fachärzte für Anatomie, Pharmakologie, Toxikologie, Hygiene- und Umweltmedizin (gilt nicht für die reine Zusatzbezeichnung Umweltmedizin)
- Blutbanken und Blutspendezentren
- Behandlung mit behördlich verbotenen Arzneimitteln
- Permanent-Make-up bei Gesundheitsfachberufen
- Piercing bei Gesundheitsfachberufen
- Akutkrankenhäuser und Geburtshäuser
- Studiensponsoring Gesellschaften und Prüfartzentren
- Nicht medizinisch indizierte bariatrische Eingriffe
- Allgemeinanästhesien durch Zahnmediziner

Deckungsauftrag Berufshaftpflichtversicherung für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) / Risikoträger: HDI Versicherung AG



ALLGEMEINE DATEN/PRÄMIE

Datum Versicherungsbeginn (00:00 Uhr):	Datum Versicherungsablauf (00:00 Uhr):
<input type="checkbox"/> Neuvertrag <input type="checkbox"/> Vertragsänderung zu Vertragsnummer: _____	Deckungssumme: <input type="checkbox"/> 5 Mio. Euro <input type="checkbox"/> 7,5 Mio. Euro

Vorläufiger Versicherungsschutz
Wir gewähren sofortigen Versicherungsschutz ab Unterschriftsdatum, sofern die Frage nach Vorschäden mit „Nein“ beantwortet wurde und der Versicherungsantrag innerhalb von 5 Werktagen bei Janitos eingegangen ist.

Grundprämie jährlich	_____	Euro
*/. 20 % Aufklärungsrabatt	_____	Euro
+ Zuschlagsprämie für Sonderbehandlungen, Dialysegeräte und Zusatzrisiken	_____	Euro
Prämie lt. Zahlweise	_____	Euro
+ _____ % Vers.steuer	_____	Euro
Gesamtpremie BHV	_____	Euro

Hinweis: Die Vertragslaufzeit beträgt grundsätzlich 1 Jahr mit automatischer Verlängerung. Eine dreijährige Laufzeit ist möglich bei Erniedrlassung (Rabatte s. Seite 2) oder bei Tarifgeschäft durch Zahlung eines Zuschlages in Höhe von 8 %. Der Versicherer garantiert für diesen Zeitraum gleichbleibende Prämien. Auf die Prämienangleichung wird für diesen Zeitraum verzichtet. Ausnahme: Prämienanpassung aufgrund Risikohö- hung. Nach Ablauf der vereinbarten 3-jährigen Vertragsdauer entfällt der Zuschlag und der Vertrag verlängert sich jährlich.

Jährliche Mindestprämie (netto):

- Niedergelassene Humanmediziner: 350 Euro (5 Mio. Euro Deckungssumme) und 425 Euro (7,5 Mio. Euro Versicherungssumme)
- Sonstige Risiken: 50 Euro

Vorversicherung Versicherte Person 1 (zwingend zu beantworten):

bei Janitos, Versicherungs-Nr.: _____

anderweitig, Name des Versicherers und VS-Nr.: _____

keine Vorversicherung

Sind Sie in den letzten 5 Jahren haftpflichtig gemacht worden? nein ja; Anzahl der Schäden und Aufwendung: _____

Bitte geben Sie alle Inanspruchnahmen an, auch laufende Verfahren die vor Gericht oder bei der Gutachterstelle im Schlichtungsverfahren offen sind.
Geben Sie auch alle Fälle an, die ohne eine Zahlung (zu Ihren Gunsten) geschlossen wurden.

Bitte beachten Sie: Bei einer Falschangabe ist der Versicherer zum Rücktritt wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung berechtigt.

Ablauf der Vorversicherung: _____ Neuordnung gefordert? nein ja Kündigung durch Versicherungsnehmer Kündigung durch Versicherer

Vorversicherung Versicherte Person 2 (zwingend zu beantworten):

bei Janitos, Versicherungs-Nr.: _____

anderweitig, Name des Versicherers und VS-Nr.: _____

keine Vorversicherung

Sind Sie in den letzten 5 Jahren haftpflichtig gemacht worden? nein ja; Anzahl der Schäden und Aufwendung: _____

Bitte geben Sie alle Inanspruchnahmen an, auch laufende Verfahren die vor Gericht oder bei der Gutachterstelle im Schlichtungsverfahren offen sind.
Geben Sie auch alle Fälle an, die ohne eine Zahlung (zu Ihren Gunsten) geschlossen wurden.

Bitte beachten Sie: Bei einer Falschangabe ist der Versicherer zum Rücktritt wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung berechtigt.

Ablauf der Vorversicherung: _____ Neuordnung gefordert? nein ja Kündigung durch Versicherungsnehmer Kündigung durch Versicherer

Vorversicherung Versicherte Person 3 (zwingend zu beantworten):

bei Janitos, Versicherungs-Nr.: _____

anderweitig, Name des Versicherers und VS-Nr.: _____

keine Vorversicherung

Sind Sie in den letzten 5 Jahren haftpflichtig gemacht worden? nein ja; Anzahl der Schäden und Aufwendung: _____

Bitte geben Sie alle Inanspruchnahmen an, auch laufende Verfahren die vor Gericht oder bei der Gutachterstelle im Schlichtungsverfahren offen sind.
Geben Sie auch alle Fälle an, die ohne eine Zahlung (zu Ihren Gunsten) geschlossen wurden.

Bitte beachten Sie: Bei einer Falschangabe ist der Versicherer zum Rücktritt wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung berechtigt.

Ablauf der Vorversicherung: _____ Neuordnung gefordert? nein ja Kündigung durch Versicherungsnehmer Kündigung durch Versicherer

Vorversicherung Versicherte Person 4 (zwingend zu beantworten):

bei Janitos, Versicherungs-Nr.: _____

anderweitig, Name des Versicherers und VS-Nr.: _____

keine Vorversicherung

Sind Sie in den letzten 5 Jahren haftpflichtig gemacht worden? nein ja; Anzahl der Schäden und Aufwendung: _____

Bitte geben Sie alle Inanspruchnahmen an, auch laufende Verfahren die vor Gericht oder bei der Gutachterstelle im Schlichtungsverfahren offen sind.
Geben Sie auch alle Fälle an, die ohne eine Zahlung (zu Ihren Gunsten) geschlossen wurden.

Bitte beachten Sie: Bei einer Falschangabe ist der Versicherer zum Rücktritt wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung berechtigt.

Ablauf der Vorversicherung: _____ Neuordnung gefordert? nein ja Kündigung durch Versicherungsnehmer Kündigung durch Versicherer

Vorversicherung Versicherte Person 5 (zwingend zu beantworten):

bei Janitos, Versicherungs-Nr.: _____

anderweitig, Name des Versicherers und VS-Nr.: _____

keine Vorversicherung

Sind Sie in den letzten 5 Jahren haftpflichtig gemacht worden? nein ja; Anzahl der Schäden und Aufwendung: _____

Bitte geben Sie alle Inanspruchnahmen an, auch laufende Verfahren die vor Gericht oder bei der Gutachterstelle im Schlichtungsverfahren offen sind.
Geben Sie auch alle Fälle an, die ohne eine Zahlung (zu Ihren Gunsten) geschlossen wurden.

Bitte beachten Sie: Bei einer Falschangabe ist der Versicherer zum Rücktritt wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung berechtigt.

Ablauf der Vorversicherung: _____ Neuordnung gefordert? nein ja Kündigung durch Versicherungsnehmer Kündigung durch Versicherer

AUFKLÄRUNGSRABATT/AUFKLÄRUNGSVERPFLICHTUNG

Rabatt möglich für alle niedergelassenen operativ tätigen Fachärzte/Jobsharer und MVZ sowie Fachärzte für Radiologie oder Anästhesie

Hiermit verpflichte/n ich/wir mich/uns, jeden Patienten vor der Durchführung von ambulanten und/oder stationären Operationen, endoskopischen Eingriffen, intraartikulären Injektionen und Gelenkpunktionen in einem persönlichen Gespräch aufzuklären und in einer schriftlichen Dokumentation der Aufklärung zu gewährleisten, dass der Patient in die Behandlung eingewilligt hat.

Die Aufklärung erfolgt ausschließlich mit Hilfe der Aufklärungssysteme der Firmen „proCompliance“ oder „DIOMed“.

Ich/Wir beantrage/n die Gewährung des 20%-Aufklärungsrabattes auf die Berufshaftpflicht-Prämie.

Aufklärungsverpflichtung für konservativ tätige Fachärzte der Chirurgie/Orthopädie/Orthopädie und Unfallchirurgie

Hiermit verpflichte/n ich/wir mich/uns, jeden Patienten vor der Durchführung folgender Behandlungen

- intraartikuläre Injektionen und Gelenkpunktionen
- Spritzen von Nukliden bei der Radiosynoviorthese in Zusammenarbeit mit einem Radiologen/Nuklearmediziner
- Facettenblockaden, Facetteninfiltrationen und Facettendenerwierungen
- paravertebrale Infiltrationen
- periradikuläre Therapie (nur mit Zuhilfenahme von bildgebenden Verfahren)

in einem persönlichen Gespräch aufzuklären und in einer schriftlichen Dokumentation der Aufklärung zu gewährleisten, dass der Patient in die Behandlung eingewilligt hat.

Die Aufklärung erfolgt ausschließlich mit Hilfe der Aufklärungssysteme der Firmen „proCompliance“ oder „DIOMed“.

Ohne Verwendung der Aufklärungsverpflichtung ist die Einstufung in die Tarifposition „ambulant operativ“ vorzunehmen.

Ort, Datum:

Unterschrift Antragsteller/-in:

Aufklärungssysteme:

proCompliance Verlag GmbH
Am Weichselgarten 30
91058 Erlangen
Telefon (0 91 31) 93 406-40
Telefax (0 91 31) 93 406-70
www.procompliance.de

DIOMed in Thieme Compliance GmbH
Am Weichselgarten 30
91058 Erlangen
Telefon (0 91 31) 93 406-49
Telefax (0 91 31) 93 406-81
www.diomed.de

DATENSCHUTZ UND WEITERE HINWEISE

Hinweise zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen und der mit den zuständigen Aufsichtsbehörden abgestimmten Verhaltensregeln. Diese können Sie in der jeweils gültigen Fassung nachlesen unter:

http://www.janitos.de/de/zg/unternehmen/datenschutz/datenschutz_verf.jsp

Stammdaten von Antragstellern und Versicherten sowie Angaben über Art der bestehenden Verträge werden zur zentralisierten Bearbeitung von bestimmten Verfahrensabschnitten im Geschäftsablauf (z.B. Telefonate, Post, Inkasso) in einem von Mitgliedern der Gothaer Konzerngruppe gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren erhoben, verarbeitet oder genutzt.

Eine Liste der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen können Sie in der jeweils gültigen Fassung nachlesen unter:

http://www.janitos.de/de/zg/unternehmen/datenschutz/datenschutz_verf.jsp

Dort finden Sie auch weitergehende Informationen zu Ihren Rechten. Sie können beispielsweise Auskunft über die zu ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist.

Die informa IRFP GmbH betreibt das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS). An das HIS melden wir – ebenso wie andere Versicherungsunternehmen – erhöhte Risiken sowie Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten und daher einer näheren Prüfung bedürfen. Eine detaillierte Beschreibung des HIS finden Sie im Internet unter:

www.informa-irfp.de.

Unsere konkrete Nutzung des HIS in den Bereichen Sach-, Haftpflicht- und Rechtsschutzversicherung können Sie ebenfalls nachlesen unter:

http://www.janitos.de/de/zg/unternehmen/datenschutz/datenschutz_verf.jsp

Sonstige Hinweise

Für die Aufnahme des Deckungsauftrags fallen keine gesonderten Gebühren oder Kosten an. Lastschrift-Rückläufergebühren und Kosten eines Mahnverfahrens werden geltend gemacht.

Vertragsgrundlagen

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten richten sich nach diesem Deckungsauftrag, eventuell dazu abgegebenen schriftlichen Erklärungen, den gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland sowie nach den genannten Versicherungsbedingungen und Kundeninformationen, einschließlich der Tarif- und Leistungsbeschreibungen, die mir vor Antragsstellung ausgehändigt wurden. Mündliche Nebenabreden sind ungültig.

Selbstständigkeit der Verträge

Die aufgrund dieses Deckungsauftrags abgeschlossenen Versicherungen sind rechtlich selbstständige Verträge.

Vorläufiger Versicherungsschutz

Wir gewähren sofortigen Versicherungsschutz ab Unterschriftsdatum, sofern die Frage nach Vorschäden mit „Nein“ beantwortet wurde und der Versicherungsantrag innerhalb von 5 Werktagen bei Janitos eingegangen ist oder im Janitos Maklerportal beantragt wird. Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt jedoch nicht vor dem beantragten Versicherungsbeginn.

HINWEISE UND ERKLÄRUNGEN

1. Vertragsdauer

Beträgt die Dauer der Versicherung mind. ein Jahr, dann verlängert sich das Versicherungsverhältnis mit dem Ablauf der Vertragszeit um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr stillschweigend, wenn es nicht unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist von einem der beiden Teile gekündigt wird.

Eine dreijährige Laufzeit ist möglich bei

- a) Erstiniederlassung oder
- b) bei Tarifgeschäft durch Zahlung eines Zuschlages in Höhe von 8 %.

Der Versicherer garantiert für diesen Zeitraum gleichbleibende Prämien. Auf die Prämienangleichung wird für diesen Zeitraum verzichtet.

Ausnahme: Prämienanpassung aufgrund Risikoerhöhung.

Nach Ablauf der vereinbarten dreijährigen Vertragsdauer entfällt der Zuschlag und der Vertrag verlängert sich jährlich.

2. Vertragsgrundlagen

Für die beantragten Versicherungen gelten die zum Zeitpunkt der Antragstellung aktuellen

- Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB)
- Besonderen Bedingungen und Risikobeschreibungen für Ärzte, Zahnärzte und Ärzte in der Ausbildung (BBR)
- Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Umweltschadens-Basisversicherung (USV-Basis)
- Ansprüche nach dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) zusätzlich die Zusatzbedingungen zur Haftpflichtversicherung von Ansprüchen aus Benachteiligungen als Anhang zur Betriebs- und Berufshaftpflicht-Versicherung

falls mitversichert gelten:

- bei Mitversicherung der Privat-Haftpflichtversicherung zusätzlich die Besonderen Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Privat-Haftpflichtversicherung (BBR) sowie die vertraglichen und gesetzlichen Bestimmungen.

3. Prämienzahlung

Die Prämien sind im Voraus zu zahlen. Bei halbjährlicher Zahlung werden 3 %, bei vierteljährlicher und monatlicher Zahlung 5 % Zuschlag berechnet. Vierteljährliche und monatliche Zahlung ist nur bei gleichzeitiger Vereinbarung siehe Ziffer 7 AHB. Auf den Ausschluss der Schäden an fremden Sachen nach Ziffer 7.6 und 7.7 AHB wird besonders hingewiesen.

Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Ist der einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zu Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

4. Prämienangleichung

Auf die Möglichkeit der Prämienangleichung gemäß Ziffer 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB) wird hingewiesen.

5. Mindestprämien

Falls unter der Tarifposition nicht etwas Besonderes vereinbart ist, gilt:

Die Mindestprämie beträgt für alle niedergelassenen Ärzte 350 Euro (Deckungssumme 5 Mio. Euro) bzw. 425 Euro (Deckungssumme 7,5 Mio. Euro), für alle sonstigen Risiken 50 Euro. Eine Rabattierung der Mindestprämie ist nicht möglich.

6. Deckungssummen

Die Gesamtleistung des Versicherers für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres ist auf das Vierfache dieser Deckungssumme begrenzt. Über den Umfang der Sachschadendeckung siehe Ziffer 7 AHB. Auf den Ausschluss der Schäden an fremden Sachen nach Ziffer 7.6 und 7.7 AHB wird besonders hingewiesen.

Im Rahmen der Umweltschadens-Basisversicherung (USV-Basis) ist die Gesamtleistung des Versicherers für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres auf das Einfache der Deckungssumme begrenzt.

7. Betriebshaftpflicht

Die Betriebshaftpflicht für niedergelassene Ärzte ist im Rahmen der Berufshaftpflicht mitversichert.

8. Umwelthaftpflicht-Versicherung

Mitversichert ist im Rahmen der Besonderen Bedingungen und Risikobeschreibungen der Ärzte auch die Umwelthaftpflicht-Versicherung.

9. Umweltschadens-Basisversicherung

Mitversichert ist die Umweltschadens-Basisversicherung im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Umweltschadens-Basisversicherung (USV-Basis).

- Schäden aus der Umweltschadens-Basisversicherung sind bis zu 3.000.000 Euro je Versicherungsjahr mitversichert.

Die Höchstersatzleistung je Versicherungsfall und zugleich je Versicherungsjahr ist im Rahmen der vorgenannten Deckungssumme begrenzt bei

- Kosten der Ausgleichssanierung auf 20 %
- neuen Risiken auf 50 %
- Aufwendungen vor Eintritt des Versicherungsfalles werden im Rahmen der vereinbarten Deckungssumme und der Jahreshöchstersatzleistung bis 20 % je Störung des Betriebes oder behördlicher Anordnung und pro Versicherungsjahr ersetzt.

10. Sublimits und Selbstbehalte

Sublimits:

- Mietsachschäden gelten im Rahmen der Deckungssumme mitversichert.
- Schlüsselschäden aus beruflicher Tätigkeit (keine privaten Schlüsse) gelten im Rahmen der Deckungssumme mitversichert.
- Tätigkeitsschäden gelten bis 50.000 Euro mitversichert.
- Eingebraachte Sachen sind bis zu 500 Euro je Tag und bis zu 5.000 Euro je Versicherungsjahr versichert.
- Schäden aus der Nutzung von Internet-Technologien sind im Rahmen der Deckungssumme mitversichert.

Selbstbehalte:

- Für Mietsach-, Praxisabwässer-, Schlüssel- und Tätigkeitsschäden gilt ein Selbstbehalt von 125 Euro an jedem Schaden.
- Für Schäden im Rahmen der Umwelthaftpflicht-Versicherung gilt ein Selbstbehalt von 125 Euro an jedem Schaden sowie an Aufwendungen vor Eintritt des Versicherungsfalles.
- Für Schäden im Rahmen der Umweltschadens-Basisversicherung gilt ein Selbstbehalt von 125 Euro, auch bei Aufwendungen vor Eintritt des Versicherungsfalles.
- Für Ansprüche nach dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) gilt ein Selbstbehalt von 125 Euro an jedem Schaden.

11. Anmerkungen

Nebenabreden sind nur dann verbindlich, wenn der Versicherer sie durch Aufnahme in den Versicherungsschein (Nachtrag) genehmigt. Die selbständige Abgabe von Deckungszusagen ist den Vertriebspartnern nicht gestattet und ohne rechtliche Wirkung für den Versicherer. Die Vertriebspartner sind nicht berechtigt, ihrerseits von dem Versicherungsnehmer noch irgendwelche besondere Gebühren oder Kosten für die Aufnahme des Antrages oder aus anderen Gründen zu erheben. Die gegenseitigen Rechte und Pflichten regeln sich nach dem Antrag, den dem Versicherungsschein beigefügten Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Haftpflichtversicherung (AHB), den Besonderen Bedingungen und Risikobeschreibungen sowie den gesetzlichen Bestimmungen.

12. Gefahrumstände

Unrichtige Beantwortungen von Fragen nach Gefahrumständen sowie arglistiges Verschweigen auch sonstiger Gefahrumstände können den Versicherer berechtigen, den Versicherungsschutz zu versagen. Striche oder sonstige Zeichen oder Nichtbeantwortung gelten als Verneinung.

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 Vertragsbedingungen 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 Janitor Versicherung AG, Postfach 10 41 69, 69031 Heidelberg.

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.

Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Ver-

sicherungsschutz 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 einhalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, aus Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/360 der oben genannten Jahresprämie. 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.

Ist der erforderliche Hinweis unterblieben, haben wir zusätzlich die für das erste Jahr des Versicherungsschutzes gezahlten Prämien zu erstatten. Dies gilt nicht, wenn Sie Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht wirksam ausgeübt, 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.

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.

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.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

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.

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

nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

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. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. 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.

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 fünf 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.

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.

SCHLUSSERKLÄRUNG UND UNTERSCHRIFTEN

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 und über das Widerrufsrecht, sowie die Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz; 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 Widerspruchsfrist beginnt. 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 hiermit, den wichtigen Hinweis über die Folgen einer Verletzung meiner gesetzlichen Verpflichtung gemäß § 19 Abs. 5 VVG und die Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung (Bundesdatenschutzgesetz) gelesen zu haben. Alle mir gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet.

Ich bevollmächtige die Janitos Versicherung AG bei Vorversicherern Daten zu bisherigen Verträgen (Berufs- und ggf. Privathaftpflicht) einzuholen.

Ort, Datum:

Unterschrift Antragsteller (Versicherungsnehmer):

Die dem Vertrag zugrunde liegenden Verbraucherinformationen wurden mir ausgehändigt:

Ort, Datum:

Unterschrift Antragsteller (Versicherungsnehmer) oder Vermittler (Maklervollmacht liegt vor):

Janitos soll mir bitte folgende Dokumente zusenden:

- Versicherungsbedingungen Produktinformationen Kundeninformationen

Senden Sie diesen Antrag bitte per Fax an: +49 (0) 6221. 709 1001

WIR UNTERSTÜTZEN SIE GERNE:

Janitos Versicherung AG | Experten-Team BHV

Tel.: +49 (0) 6221. 709 1590 | E-Mail: versicherung@janitos.de

Im Breitspiel 2-4, 69126 Heidelberg | Postfach 10 41 69, 69031 Heidelberg

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.)																										