

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:	Zuständige Kammer:	

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 10 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 <input type="checkbox"/> Tagesklinik* <input type="checkbox"/> Praxisklinik* <input type="checkbox"/> Partnerschaftsgesellschaft** <input type="checkbox"/>
<small>* Bitte hierzu gesonderte Risikoanalyse ausfüllen. ** Partnerschaftsgesellschaften mit beschränkter Berufshaftung sind bei Janitos nicht versicherbar.</small>
Kaufmännischer Leiter/Geschäftsführer:
Ärztliche Leitung durch (Name und Fachrichtung):

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 • 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.
Sublimits und Selbstbehalte Sublimits • Mietsachschäden gelten im Rahmen der Deckungssumme mitversichert. • Schlüsselschäden aus beruflicher Tätigkeit (keine privaten Schlüssel) 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 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 • 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)

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:

Bitte Anzahl und Berufsbezeichnung angeben:

Euro:

Behandlungsspektrum (zwingend zu beantworten)

Unterhalten Sie eine Zweigpraxis im Ausland oder sind die 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 Janitos 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 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.

Zusätzlich gilt für Zahnmediziner:

Zu beachten ist hierbei jedoch, dass lediglich Behandlungen, die für den Zahnarzt gemäß Zahnheilkundegesetz zulässig sind, durchgeführt werden dürfen. Nicht zulässige Behandlungen sind nicht vom Versicherungsschutz erfasst. Wir empfehlen, die Zulässigkeit vor Aufnahme der Tätigkeit ggf. mit der Bundeszahnärztekammer zu klären.

Konsiliararztstätigkeit (bitte hierzu den Ergänzungsbogen für konsiliarärztliche/honorarärztliche Tätigkeit ausfüllen) Anzahl Tage im Jahr Euro:

Honorararztstätigkeit? (bitte hierzu den Ergänzungsbogen für konsiliarärztliche/honorarärztliche Tätigkeit ausfüllen) Anzahl Tage im Jahr Euro:

HAFTPFLICHTVERSICHERUNG FÜR MEDIZINISCHE VERSORGUNGSZENTREN (MVZ)

Fachgebietsspezifika

Anästhesiologie:	Werden Narkosen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Sind Sie ausschließlich schmerztherapeutisch tätig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Augenheilkunde:	Anzahl der angestellten Orthoptisten/Orthoptiker:	Euro: <input type="text"/>
	Erzielen Sie einen Handelsumsatz von über 10.000 € mit Kontaktlinsen, Kontaktlinsenflüssigkeiten, etc.?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Unterhalten Sie ein rechtlich eigenständiges Unternehmen (z. B. Kontaktlinsenstudio oder Lasikzentrum)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
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	– Facettenblockaden, Facetteninfiltrationen und Facettendenervierungen	
– Spritzen von Nukliden bei der Radiosynoviorthese in	– paravertebrale Infiltrationen	
Zusammenarbeit mit einem Radiologen/Nuklearmediziner	– periradikuläre Therapie (nur mit Zuhilfenahme von bildgebenden Verfahren)	
	Ohne Verwendung der Aufklärungsverpflichtung (s. Seite 5) ist die Einstufung in der Position ambulante operative Tätigkeit anzuwenden. Aufklärungsverpflichtung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Werden endoprothetische Eingriffe vorgenommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Dermatologie:	Anzahl der angestellte Kosmetiker/innen:	Euro: <input type="text"/>
	Erzielen Sie einen Handelsumsatz von über 10.000 € mit Kosmetika und Pflegeprodukten, etc.?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Unterhalten Sie ein rechtlich eigenständiges Unternehmen (z.B. Kosmetikinstitut)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gynäkologie:	Anzahl der angestellten Hebammen (ohne Geburtshilfe)	Euro: <input type="text"/>
	Wird aktive Geburtshilfe geleistet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Nehmen Sie Abrasien, Inseminationen, Stanzbiopsien und/oder Mammapunktionen vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Nehmen Sie Amniozentesen (Fruchtwasserpunktionen), Chorionzotten- bzw. Plazentabiopsien und/oder Nabelschnurpunktionen vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Führen Sie nicht invasive pränatale Screening Tests (NIPT) durch, bei denen die Laborleistung nicht innerhalb Deutschlands vorgenommen wird?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Anzahl der Mitarbeiter, die in einem für fremde Zwecke tätigen zytologischen Labor angestellt sind (ohne Pränataldiagnostik):	Euro: <input type="text"/>
Innere Medizin und Allgemeinmedizin/Allgemeinmedizin	Werden proktologische Eingriffe durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie	Führen Sie Katheterisierungen durch?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie	Anzahl der Dialyseplätze	Euro: <input type="text"/>
Kinder- und Jugendmedizin	Führen Sie proktologische Eingriffe durch? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Euro: <input type="text"/>
Pathologie/Laboratoriumsmedizin (medizinische Laboratorien)	Unterhalten Sie ein medizinisches Laboratorium für fremden Bedarf? (Versicherungsschutz wird nur solchen Laboratorien geboten, die keine Pränataldiagnostik, Fruchtwasseruntersuchungen usw. vornehmen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Anzahl der Inhaber	Euro: <input type="text"/>
	Anzahl angestellter Ärzte, Chemiker, Biologen, Apotheker	Euro: <input type="text"/>
	Anzahl der angestellten Laboranten, med.-technische Assistenten	Euro: <input type="text"/>
Physikalische und Rehabilitative Medizin	Anzahl der angestellten Gesundheitsfachberufler z. B. Physiotherapeuten	Euro: <input type="text"/>
Zahnärzte/Fachzahnärzte für Oralchirurgie/Kieferorthopäden	Werden durch einen Zahnmediziner Lachgasnarkosen vorgenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Euro: <input type="text"/>
	Unterhalten Sie ein zahntechnisches Labor – auch für fremde Zwecke? (Eigener Betriebshaftpflicht-Vertrag erforderlich) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Euro: <input type="text"/>
Behandlungsverträge		
Wird der Behandlungsvertrag ausschließlich mit dem MVZ geschlossen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Falls nein, bitte Angabe der Aufsplittung.)	<input type="text"/>
Werden Anästhesie-Leistungen im MVZ erbracht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja, erfolgen diese durch freiberuflich tätige Anästhesisten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wird hierfür der Behandlungsvertrag direkt mit den Anästhesisten geschlossen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

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
+ <input type="text"/> % Vers.steuer		Euro
Gesamtprämie BHV		Euro

Hinweis: Die Vertragslaufzeit beträgt grundsätzlich 1 Jahr mit automatischer Verlängerung. Eine dreijährige Laufzeit ist möglich 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 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):

Name, Vorname des Arztes:

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):

Name, Vorname des Arztes:

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):

Name, Vorname des Arztes:

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):

Name, Vorname des Arztes:

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

ALLGEMEINE DATEN/PRÄMIE

Vorversicherung Versicherte Person 5 (zwingend zu beantworten):

Name, Vorname des Arztes:	
<input type="checkbox"/> bei Janitos,	Versicherungs-Nr.:
<input type="checkbox"/> anderweitig,	Name des Versicherers und VS-Nr.:
<input type="checkbox"/> keine Vorversicherung	
Sind Sie in den letzten 5 Jahren haftpflichtig gemacht worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Kündigung durch Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Kündigung durch Versicherer

AUFKLÄRUNGSRABATT/AUFKLÄRUNGSVERPFLICHTUNG

<input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> 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 Facettendeneruierungen – 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

Aufklärungsverpflichtung
für konservativ tätige Fachärzte für Orthopädie/Orthopädie und Unfallchirurgie

(Zwingend erforderlich bei der Tarifposition „nur ambulante konservative Tätigkeit“)

VERSICHERUNGSNEHMER

Nachname, Vorname, Firmierung:	
Straße, Hausnummer/Postfach:	
	Versicherungsscheinnummer: (falls vorhanden)

VERPFLICHTUNG/UNTERSCHRIFT

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 Facettendenerverierungen
- 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“.

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
---	---

**Verzicht auf die Mitversicherung des
Setzens von dentalen Implantaten bei Zahnmedizinern**

(Zwingend erforderlich bei Beantragung des Rabattes)

VERSICHERUNGSNEHMER

Nachname, Vorname, Firmierung:	
Straße, Hausnummer/Postfach:	
	Versicherungsscheinnummer: (falls vorhanden)

VERPFLICHTUNG/UNTERSCHRIFT

Hiermit erkläre ich schriftlich den Verzicht auf die Mitversicherung des Setzens von dentalen Implantaten.	
Bitte schließen Sie die Mitversicherung des Setzens von dentalen Implantaten aus meinem Versicherungsvertrag/Versicherungsbedingungen (Ziffer 5.2. c) aus und gewähren mir hierfür den 30%igen Prämiennachlass auf die Grundprämie.	
Ort, Datum:	Unterschrift Antragsteller/-in:

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) Erstinverleibung 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 des Lastschriftverfahrens möglich. Die Mindestrate beträgt 25 Euro.

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 Ausgleichsmaßnahmen 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.

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 **Janitos Versicherung AG, Im Breitenspiel 2-4, 69126 Heidelberg, Tel. 06221-709 1000, Fax 06221-709 1001, versicherung@janitos.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**.

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

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 (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4, der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Janitos Versicherung AG, Postfach 10 41 69, 69031 Heidelberg.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs **endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen** den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden **Teil der Prämie**, 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; 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, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes 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.

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. **Das Widerrufsrecht besteht nicht** bei Verträgen mit einer **Laufzeit von weniger als einem Monat**. Soweit eine **vortläufige Deckung** erteilt wurde, endet diese mit dem Zugang des Widerrufs bei uns.

Ende der Widerrufsbelehrung

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

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)** sowie **die Widerrufsbelehrung**; 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**.

Ort, Datum:	Unterschrift Antragsteller (Versicherungsnehmer) oder Versicherungsmakler (erforderliche Vollmachten liegen vor)
	Unterschrift Kontoinhaber
Die dem Vertrag zugrunde liegenden Verbraucherinformationen wurden mir ausgehändigt:	Unterschrift Antragsteller (Versicherungsnehmer) oder Versicherungsmakler (erforderliche Vollmachten liegen vor)
Ort, Datum:	
Janitos soll mir bitte folgende Dokumente zusenden:	
<input type="checkbox"/> Versicherungsbedingungen <input type="checkbox"/> Produktinformationen <input type="checkbox"/> 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/unserelem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von oben genanntem Zahlungsempfänger auf mein/unsere 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 (0) 6221. 709 1000
Fax: +49 (0) 6221. 709 1001
E-Mail-Adresse: 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 http://www.janitos.de/de/zg/unternehmen/datenschutz/datenschutz_verf.jsp 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 berechnete 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 http://www.janitos.de/de/zg/unternehmen/datenschutz/datenschutz_verf.jsp 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 http://www.janitos.de/de/zg/unternehmen/datenschutz/datenschutz_verf.jsp 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 Versicherungsfalles 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.

Bonitätsauskünfte

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.