

Persönliche Angaben des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

Titel, Zuname, Vorname: _____ Herr Frau Firma

Beruf: _____

Straße, Hausnummer, Postfach: _____

tätig als: _____

PLZ, Ort: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Geb.datum: _____

Telefon, Fax: _____

Staatsangeh.: österreichisch **oder welche?** _____

E-Mail: _____

Makler-Orga: _____

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Vermittler: _____

Tätigkeitsstatus: selbst. angestellt angest. ö. D. Beamter sonstige

Vermittler-Nr.: _____

Persönliche Angaben der versicherten Person (falls nicht Versicherungsnehmer)

Titel, Zuname, Vorname: _____

Beruf: _____

Straße, Hausnummer, Postfach: _____

tätig als: _____

PLZ, Ort: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Geb.datum: _____

Annahmerichtlinien

Versicherbares Alter: Multi-Rente für Kinder: 4 Jahre bis 17 Jahre. Multi-Rente für Erwachsene: 18 Jahre bis 59 Jahre.
 Ist die versicherte Person älter als 59 Jahre, setzen Sie sich bitte direkt mit der Janitos Versicherung AG in Verbindung.

Rentenhöhe:

Erwachsene (Eintrittsalter ab 18 Jahre)	Kinder (Eintrittsalter 4–17 Jahre)
Mindestrentenhöhe: 500 Euro Maximale Rentenhöhe bei Vertragsabschluss: 3.000 Euro (bei Aktivdynamik 3 %: 2.500 Euro bei Aktivdynamik 5 %: 2.200 Euro) Maximale Rentenhöhe während der Vertragslaufzeit (wenn durch Erhöhung der Rentensumme oder durch Aktivdynamik von der Rentenhöhe bei Vertragsabschluss abweichend): 3.000 Euro	Mindestrentenhöhe: 500 Euro Maximale Rentenhöhe bei Vertragsabschluss: 2.000 Euro Maximale Rentenhöhe während der Vertragslaufzeit (wenn durch Erhöhung der Rentensumme oder durch Aktivdynamik von der Rentenhöhe bei Vertragsabschluss abweichend): 3.000 Euro

Zahlweise

Lastschrift Rechnung (nur bei jährlicher und halbjährlicher Zahlweise möglich)

Zahlweise: jährlich halbjährlich (Ratenzuschlag 3 %) vierteljährlich (Ratenzuschlag 5 %) monatlich (Ratenzuschlag 5 %)

Einzugsermächtigung bei Lastschriftverfahren: Die jeweils fälligen Beiträge sollen bis auf Widerruf von folgendem Konto abgebucht werden:

Geldinstitut: _____ **Kontonummer:** _____

Bankleitzahl: _____ **Name und Unterschrift, wenn Kontoinhaber abweichend von Antragsteller:** _____

Multi-Rente

für Kinder für Erwachsene

Beginn: _____ (oo.oo Uhr) Neuvertrag Vertragsänderung zu: _____

Der Versicherungsbeginn darf maximal 6 Wochen nach dem Antragsdatum liegen.

Rentenbezugsdauer: lebenslang bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres

Aktivdynamik: keine 3 % 5 %

Passivdynamik: keine 1,5 %

Einschluss Kapitalfortleistung: nur für die Multi-Rente für Kinder: Gegen einen Zuschlag wird die Kapitalfortleistung in Höhe einer Jahresrente sowohl bei Eintritt des Versicherungsfalls, als auch bei bestimmten, bedingungsgemäß definierten, schweren Operationen ausbezahlt (max. einmal pro Jahr).

Einschluss Motorradfahren: nur für die Multi-Rente für Erwachsene: Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten, die einer volljährigen versicherten Person als Fahrer/-in eines Motorrades ab 50 ccm zustoßen, sind bedingungsgemäß ausgeschlossen. Gegen einen Zuschlag kann diese Leistung in den Vertrag eingeschlossen werden. Für Personen unter 18 Jahren und für Befahrer/-innen eines Motorrades gilt kein Ausschluss für Unfälle durch Motorradfahren.

Prämienberechnung:

monatliche Rentenhöhe in Euro (100-Euro-Schritte)	Prämie	+ ____ % Vers.St.		+ ____ % Ratenzuschlag		Beitrag gem. Zahlweise	
		Euro	Euro	Euro	Euro	Euro	Euro

Besondere Vereinbarungen:

Vorversicherungen: Bestanden oder bestehen für Sie bereits gleichartige Versicherungen oder sind solche beantragt? nein ja bei _____
 Vers.Nr. _____

Wer hat den Vertrag gekündigt? VN Versicherer Zu welchem Zeitpunkt? _____

Gesundheitsfragen zur versicherten Person im Alter von 4 – 9 Jahren

Derzeitige Größe (in cm) _____ Derzeitiges Gewicht (in kg) _____ Geburtsgewicht (in g) _____

1. Wurden altersentsprechende Vorsorgeuntersuchungen (1. - 9. Untersuchung) ausgelassen oder versäumt? nein ja
2. Sind bei den altersbedingten Vorsorgeuntersuchungen bislang Befunde/Auffälligkeiten festgestellt worden (bei Eintragungen Kopie des Vorsorgeheftes beifügen)? nein ja
3. Wurde das Kind wegen einer Erkrankung oder Verletzung stationär oder ambulant (in den letzten 5 Jahren) untersucht, behandelt oder beobachtet? nein ja

Gesundheitsfragen zur versicherten Person ab 10 Jahren

Derzeitige Größe (in cm) _____ Derzeitiges Gewicht (in kg) _____

1. Fanden in den letzten 5 Jahren ambulante Behandlungen, Beratungen oder Untersuchungen durch Ärzte, Heilpraktiker, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Krankengymnast, Logopäde, Ergotherapeut) statt oder sind solche angeraten aufgrund

- a) Erkrankungen des Herzens, der Kreislauforgane, der Gefäße und des Blutes (z.B. Bluthochdruck, Herzfehler, -infarkt, -rhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Thrombose, Durchblutungs-, Gerinnungsstörungen, Ohnmacht)? nein ja
- b) Erkrankungen der Niere und der Geschlechtsorgane (z.B. Nierenentzündung, -versagen, -stein, Zysten, Prostata-, Blasen-, Brusterkrankung, Gebärmutterentzündung, Geschlechtskrankheiten)? nein ja
- c) Erkrankungen der Lunge und der Atemwege (z.B. Asthma, Emphysem, chron. Bronchitits, Zwerchfellentzündung, Schlafapnoe)? nein ja
- d) Erkrankungen des Magens, des Darms und der Speiseröhre (z.B. Geschwüre, Entzündungen)? nein ja
- e) Erkrankungen der Leber, der Galle, der Bauchspeicheldrüse (z.B. Entzündungen, Leberzirrhose, Fettleber, Hepatitis, Gallenstein)? nein ja
- f) Erkrankungen des Gehirns oder des Nervensystems (z.B. Multiple Sklerose, Epilepsie, Lähmungen, Hirnblutungen, Meningitis, Schlaganfall/Infarkt, Rückenmarkserkrankungen, Migräne, Schwindel, Fibromyalgie, Borreliose)? nein ja
- g) Erkrankungen der Psyche (z.B. Schizophrenie, Depression, Neurose, Psychose, Angst-, Ess-, Schlaf-, psychosomatische Störungen, Bulimie, Burn-Out-Syndrom, Selbsttötungsversuch)? nein ja
- h) Erkrankungen des Rückens, des Bewegungsapparates und der Knochen (z.B. LWS-, HWS-Syndrom, Hexenschuss, Arthrose, Osteoporose, Bandscheibenvorfall, Rheuma, Arthritis, Fibromyalgie, Verschleiß, Fehlstellungen, Sehnenentzündung, Knochenbruch, Muskeldystrophie, -atrophie)? nein ja
- i) Erkrankungen des Auges, des Ohres, des Sprachorgans (z.B. Sehstörungen, Hornhaut-, Netzhaut-, Starerkrankung, Doppelbilder, erhöhter Augenruck, Schwerhörigkeit, Gleichgewichtsstörungen, Kehlkopf-, Stimmbändererkrankung)? nein ja
- j) Erkrankungen des Stoffwechsels (z.B. Gelbsucht, Zuckerkrankheit, Gicht, erhöhtes Cholesterin, Funktionsstörungen der Schilddrüse)? nein ja
- k) Suchterkrankungen (z.B. Alkohol-, Betäubungs-, Rauschmittel- oder Medikamentenmissbrauch, Drogensucht)? nein ja
- l) Infektionserkrankungen (z.B. Malaria, Tuberkulose, HIV-Infektion)? nein ja

2. Fanden in den letzten 10 Jahren stationäre Behandlungen in einem Krankenhaus, Sanatorium oder einer anderen Krankenanstalt statt oder sind solche angeraten? nein ja

3. Besteht bzw. bestehen

- a) Fehlstellungen, -bildungen (hins. Größe, Lage, Form, Anzahl, auch durch Amputationen oder andere Operationen) oder Funktionsbeeinträchtigungen von Organen, der Extremitäten oder anderer Körperteile oder angeborene Erkrankungen? nein ja
- b) eine Erwerbsminderung (MdE), Schwerbehinderung (GdB), Pflegestufe, Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder Invaliderklärung oder wurde bzw. wird ein solcher Antrag gestellt (ggf. Antragskopie oder Bescheid mit Diagnoseteil beifügen)? nein ja

Falls Sie eine oder mehrere der Fragen 1-3 mit „ja“ beantwortet haben, machen Sie bitte detaillierte Angaben und fügen Sie entsprechende Unterlagen bei (z.B. Arztberichte, Fragebögen etc.). Falls Sie nicht ausreichend Platz für Ihre Ausführungen haben, benutzen Sie bitte ein weiteres Blatt, das von Ihnen unterschrieben und datiert ist.

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

- Bitte immer ankreuzen: Ich habe keine weiteren Unterlagen zu den Gesundheitsfragen beigelegt
- Ich habe Unterlagen beigelegt. Welche: _____ Ich reiche folgende Unterlagen nach: _____
- Bei Rückfragen bezüglich des Gesundheitszustandes bitten wir um Kontaktaufnahme mit: Versicherungsnehmer, E-Mail: _____
- Vermittler, E-Mail: _____

Vorvertragliche Anzeigepflicht nach §§ 19ff. VVG

Sie haben uns als Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung die Ihnen bekannten Gefahrumstände, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit Ihnen und dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir schriftlich oder in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Dies gilt nicht nur, wenn Sie den Antrag selbst ausfüllen, sondern auch dann, wenn ein Dritter (z.B. der Vermittler) in Ihrem Namen den Antrag ausfüllt. Verletzen Sie diese Anzeigepflicht, so können wir vom Vertrag zurücktreten. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. In diesem Fall haben wir das Recht den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen. Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und unser Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Die anderen Bedingungen werden auf unser Verlangen rückwirkend – bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Pflichtverletzung auf die die laufende Versicherungsperiode – Vertragsbestandteil.

Schweigepflichtsentbindungserklärung

Mir ist bekannt, dass der Versicherer – soweit hier Anlass besteht – Angaben über meinen Gesundheitszustand, auch über frühere Erkrankungen oder Unfälle, und über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge bei anderen Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherern zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertrages überprüft. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Pflegeheime, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, Angehörige anderer Heilberufe, sonstige Krankenanstalten, Personenversicherer, gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften, Behörden und Gesundheitsämter, die mich in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben bzw. bei denen ich versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe, von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über meinen Tod hinaus – und ermächtige sie, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragsstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindungserklärung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus. Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von Ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an ihn beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden. Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) sowie von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Auch zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Pflegeheime, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, Angehörige anderer Heilberufe, sonstige Krankenanstalten, Personenversicherer, gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften, Behörden und Gesundheitsämtern, die in vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht; dabei hat die Geltendmachung eines Leistungsanspruches die Bedeutung einer Schweigepflichtentbindung für den Einzelfall. Von der Schweigepflicht entbinde ich auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von Ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an ihn beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden. Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann den Abschluss des von mir beantragten Versicherungsvertrages zumindest verzögern, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt. Im Leistungsfall kann diese Alternative zur Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt. Für jede entsprechende Schweigepflichtentbindung im Einzelfall kann die Janitos Versicherung AG eine angemessene Kostenbeteiligung in angemessener Höhe verlangen.

Wichtige Hinweise

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

- a) zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht durch die Janitos Versicherung AG.
- b) zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe.
- c) zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln.
- d) durch andere Unternehmen/Personen innerhalb und außerhalb der Janitos Versicherung AG, denen der Versicherer oder ein Rückversicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt. Die Unternehmen/Personen werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die eingeschalteten Unternehmen/Personen sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten.
- e) zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung eines Hinweis- und Informationssystems der Versicherungswirtschaft mit Daten, die der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) im Auftrag für die Versicherer verschlüsselt. Auf Basis dieses Systems kann es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen.
- f) zur Beratung und Information über Versicherungsleistungen durch die Janitos Versicherung AG oder den für mich zuständigen Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient (allgemeine Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen geführt und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergegeben).
- g) zum Zwecke der Vertragsverwaltung und -abwicklung im Rahmen einer Bonitätsprüfung. Die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklungsdaten (Name/Vorname/Geburtsdatum bzw. Firma, Straße/Hausnummer, PLZ/Ort) können vor Vertragsschluss zur Prüfung des Deckungsauftrags und bei Bedarf im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung genutzt werden. Informationen zum bisherigen Zahlungsverkehr beziehen wir von Auskunfteien (z.B. Bürgel, Infoscore, Schufa).
- h) zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die Janitos Versicherung AG oder eine Auskunftei eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit einholt.

Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen. Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Sonstige Hinweise

Für die Aufnahme des Antrags 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 Antrag, von dem bei Antragstellung eine Durchschrift/Kopie ausgehändigt wird, 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.

Rechtswahl

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Zwingende österreichische Verbraucherschutzvorschriften sind zu Ihren Gunsten auch für diesen Vertrag gültig.

Selbstständigkeit der Verträge

Die aufgrund dieses Antrags abgeschlossenen Versicherungen sind rechtlich selbstständige Verträge.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die Janitos Versicherung AG, Im Breitspiel 2-4, 69126 Heidelberg.

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 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 einhalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, aus Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/365 der oben genannten Jahresprämie. Die Erstattung zurückzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Den Teil Ihrer Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, können wir einbehalten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Haben Sie eine solche Zustimmung nicht erteilt oder beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist, erstatten wir Ihnen Ihre gesamte Prämie. Prämien erstatten wir Ihnen unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Ihr Widerrufsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag von beiden Seiten auf Ihren ausdrücklichen Wunsch vollständig erfüllt wurde, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Widerrufen Sie einen Ersatzvertrag, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

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, die Schweigepflichtentbindungserklärung 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, die Schweigepflichtentbindungserklärung und die Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung (Bundesdatenschutzgesetz) gelesen zu haben. Alle mir gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller (Versicherungsnehmer) oder Versicherungsmakler (erforderliche Maklervollmacht liegt vor)

Unterschrift der zu versichernden Person über 18 Jahre

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter (bei Multi-Rente für Kinder)

Die dem Vertrag zugrunde liegenden Verbraucherinformationen wurden mir ausgehändigt:

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller (Versicherungsnehmer) oder Versicherungsmakler (erforderliche Maklervollmacht liegt vor)

Die folgenden Dokumente sollen von Janitos zusammen mit der Ausfertigung der Police oder des Nachtrages übersandt werden:

- dem Vertrag zugrunde liegende Bedingungen Produktinformationen Kundeninformationen

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

Wir unterstützen Sie gerne: Team Multi-Rente | Tel.: +49 (0) 6221. 709 1526 | E-Mail: multirente@janitos.de