

Persönliche Angaben des Antragstellers

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.:** _____

Annahmerichtlinien

Der Antrag gilt nur in Verbindung mit der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Anerkenniserklärung (siehe Seite 2/4) zur Janitos Multi-Rente und der damit erfolgten Gesundheitsprüfung.
Der Abschluss eines zweiten Vertrages für die selbe versicherte Person ist anfragepflichtig.
Versicherbares Alter: Multi-Rente für Kinder: 4 bis 17 Jahre. Multi-Rente für Erwachsene: 18 bis 59 Jahre. Ist die versicherte Person älter als 59 Jahre, setzen Sie sich bitte direkt mit der Janitos Versicherung AG in Verbindung.
Mindest-Rentenhöhe: 500 Euro pro Monat
Maximale Rentenhöhe: Multi-Rente für Kinder: 2.000 Euro pro Monat. Multi-Rente für Erwachsene: 3.000 Euro pro Monat.

Zahlweise

Lastschrift Rechnung (nur möglich bei jährlicher und halbjährlicher Zahlweise)

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: _____ **Bankleitzahl:** _____

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

Multi-Rente

für Kinder für Erwachsene

Beginn: _____ (00.00 Uhr) Neuvertrag Vertragsänderung zu: _____

Der Versicherungsbeginn darf maximal 6 Wochen nach dem Antragsdatum liegen.

Rentenbezugsdauer: lebenslang

bis zur Vollendung des 67. Lebensjahrs

Aktivdynamik: keine

3 % (nur möglich bis zu einer ab Beginn vereinbarten Rentenleistung in Höhe von 2.000 Euro bei Kindern und 2.500 Euro bei Erwachsenen)

5 % (nur möglich bis zu einer ab Beginn vereinbarten Rentenleistung in Höhe von 2.000 Euro bei Kindern und 2.200 Euro bei Erwachsenen)

Passivdynamik: keine

1,5 %

Einschluss Kapitalsofortleistung: **nur für die Multi-Rente für Kinder:** Gegen einen Zuschlag wird die Kapitalsofortleistung in Höhe einer Jahresrente sowohl bei Eintritt des Versicherungsfalls, als auch 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 Beifahrer/-innen eins Motorrades gilt kein Ausschluss für Unfälle durch Motorradfahren.

Name der versicherten Person	Geburtsdatum	Beruf	monatliche Rentenhöhe in Euro (100-Euro-Schritte)	Prämie
				Euro
			+ ____ % Vers.St.	Euro
			+ ____ % Ratenzuschlag	Euro
			Beitrag gem. Zahlweise	Euro

Besondere Vereinbarungen: _____

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

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

Anerkenniserklärung zur Janitos Multi-Rente

WICHTIG: Dieser Deckungsauftrag ist **nur mit der elektronischen Gesundheitsprüfung** mittels des Janitos Offline-Tarifrechners oder des Janitos Portals gültig. Daraus resultiert ein **Risikoprüfungsprotokoll**, welches zusammen mit diesem Deckungsauftrag an die Janitos Versicherung AG eingereicht werden muss. Bitte tragen Sie die darauf vermerkte **Risikoprüfungsnummer** in das unten stehende Feld ein.

Angaben zur versicherten Person:

Titel, Zuname, Vorname: _____ **Geb.datum:** _____

Straße, Hausnummer, _____ **PLZ, Ort:** _____

tätig als: _____

Risikoprüfungsnummer (Bitte dem Risikoprüfungsprotokoll entnehmen) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Erklärung:

Mein Vermittler hat zum oben genannten Angebot eine Gesundheitsprüfung mit mir durchgeführt. Die einzelnen Formularfragen wurden mir vorgelesen und erläutert. Alle Angaben habe ich wahrheitsgemäß und vollständig abgegeben. Das Ergebnis der Gesundheitsprüfung ist mit der oben genannten Prüfkennziffer dokumentiert. Das Risikoprüfungsprotokoll der Gesundheitsprüfung ist von mir geprüft worden und korrekt.

Besondere Vereinbarungen - Das Ergebnis der Gesundheitsprüfung löst folgende Leistungseinschränkungen aus:

- keine (=Annahme)
- Kundenanfrage erforderlich
- Versichereranfrage erforderlich
- Arztunterlagen erforderlich
- Angebot: Zuschlag in Höhe von _____ Euro auf die im Angebot ausgewiesene Prämie.
- Angebot: Ausschlussklausel(n)nummer(n): _____

Im Übrigen gelten die Angaben im Angebot.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Kenntnisnahme der besonderen Vereinbarungen. Mir ist bewusst, dass ich meinen Versicherungsschutz gefährde, wenn ich bei Angebot und Gesundheitsprüfung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht habe. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht kann ich den mir ausgehändigten Versicherungsbedingungen entnehmen. Mit dieser Unterschrift beantrage ich den von mir gewünschten Versicherungsschutz bei der Janitos Versicherung AG. Die zu Grunde liegenden Bedingungen und Verbraucherinformationen habe ich vor Antragstellung erhalten.

Ort, Datum _____ Unterschrift versicherte Person über 18 Jahre _____

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

zusätzliche Unfallversicherung gewünscht (Kapitalleistung bei Unfall ab dem 1. Prozent der Invalidität)

Annahmerichtlinien:

Höchstaufnahmealter: 17 Jahre im Kindertarif (mit 18. Geburtstag Einstufung in Erwachsenentarif), 69 Jahre im Erwachsenentarif, Ist die versicherte Person älter als 70 Jahre, setzen Sie sich bitte direkt mit der Janitos Versicherung AG in Verbindung.

Höchst- u. Mindestversicherungssummen:

Höchstversicherungssumme linear: 300.000 €, Höchstversicherungssumme 225% Progression: 300.000 €, Höchstversicherungssumme 300% Progression: 300.000 €, Höchstversicherungssumme 400% Progression: 240.000 €, Höchstversicherungssumme 500% Progression: 225.000 €, Höchstversicherungssumme 750% Progression: 170.000 €, Mindestversicherungssumme: Invalidität 10.000 € und Tod: 5000 €

Erläuterung der Einstufung zu Ihrer Berufsgruppe:

Der Berufsgruppe A sind versicherte Personen zuzuordnen die in Ihrem Beruf einer verwaltenden/beratenden also keiner körperlichen / handwerklichen Tätigkeit nachgehen. Hierunter fallen beispielsweise folgende Berufe der Berufsgruppe A: Bankfachleute, Bergbauingenieur Buchhalter, Büroangestellte, Datentypisten, Finanzfachleute, Handelsvertreter, Marketingfachleute, Pädagogen, Produktmanager, Rechnungsprüfer, Richter, Sachbearbeiter, Sekretärinnen, Tagesmutter, Verkäufer, Versicherungsfachleute, Wirtschaftswissenschaftler.

Der Berufsgruppe B sind versicherte Personen zuzuordnen die in Ihrem Beruf einer körperlichen/handwerklichen Tätigkeit nachgehen. Hierunter fallen beispielsweise folgende Berufe der Berufsgruppe B: Anlagenmechaniker, Bekleidungsmechaniker, Bühnenbildner, Drucktechniker, Elektriker, Gastronom, Hausmeister, Hauswarte, Lacktechniker, Maschineneinrichter, Möbelpacker, Schriftsetzer, Stuckateure, Transportarbeiter, Wirtschaftstechniker.

Folgende Personen sind laut den Annahmerichtlinien der Janitos Versicherung AG nicht versicherbar: Personen mit gefährlicher Berufstätigkeit, hierunter fallen beispielsweise Artisten, Bergführer, Berufstaucher, Munitionssuch-, Räumtruppen, Sprengpersonal, Tierbändiger.

Jede Änderung der beruflichen Tätigkeit ist der Janitos Versicherung AG unverzüglich schriftlich zu melden.

Name, Vorname	Tarif ⁽¹⁾	Summe Invalidität	Progression	Summe Tod ⁽²⁾	Spitalgeld	GG	KT ab 43. Tag	Erweiterung Zusatzheilkosten > 200 EUR	Jahresbeitrag in EUR
						<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 300 EUR <input type="checkbox"/> 400 EUR <input type="checkbox"/> 500 EUR	
(1) Die Tarifauswahl umfasst Basic (BAS), Balance (BAL), Best Selection (BS), Best Selection ohne Update Garantie (BSO), Mediziner Best Selection (MBS) und Mediziner Best Selection ohne Update Garantie (MBSO). (2) Name, Anschrift Bezugsberechtigte(r): _____ (3) Rabatte/Zuschläge werden auf die jeweilige Zwischensumme gerechnet. Bitte die Höchstversicherungssummen beachten. Folgende Leistungen sind beitragsfrei mitversichert: - Bergungskosten bis 10.000 EUR - Kosmetische Operationen bis 10.000 EUR - Kurbeihilfe bis 5.000 EUR - Zusatzheilkosten bis 200 EUR					Nettoprämie				
					%. Laufzeitrabatt (3% bei 3 Jahren Laufzeit / 5% bei 5 Jahren Laufzeit) ⁽³⁾				
					+ Ratenzahlungszuschlag lt. Zahlweise ⁽³⁾				
					+ _____ % Versicherungssteuer ⁽³⁾				
					Beitrag lt. Zahlungsweise inkl. Versicherungssteuer				

Allgemeine Angaben zum Gesundheitszustand

Sind Sie der Pflegestufe IV, V, VI oder VII zuzuordnen oder leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten: Alzheimer-Syndrom, Parkinson-Syndrom, Multiple Sklerose, Enzephalitis, Dialyse-Patienten, Morbus-Bechterew, Spondylolithesis, HIV-Infektion, AIDS-Erkrankung, anlagebedingte vermehrte Knochenbrüchigkeit (z.B. Osteogenesis imperfecta - sog. Glasknochenkrankheit), Knochenkrebs? ja nein

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten: Epilepsie, Diabetes oder an Kurzsichtigkeit auf einem oder beiden Augen mit 8 Dioptrien oder mehr? ja nein

Besondere Vereinbarung:

Vorversicherungen:

Bestanden oder bestehen für Sie bereits gleichartige Versicherungen? nein ja bei _____ Vers.nr. _____

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

Hatten Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 1 Unfallereignis, bei dem Sie sich in ärztliche Behandlung begeben mussten? nein ja: Unfalldatum, Unfallursache, Art der Verletzung, jetzt beschwerdefrei? _____

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 Anlag 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 eingehenden Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) sowie von mir veranlassenen 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 Versicherungs 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 führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben.

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 Antrags 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 anderweitigen beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ohne Einfluss auf den Vertrag willige ich weiter ein.

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 zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, wenn Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen und diese Belehrung zugegangen sind. 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 Teil Ihrer Prämie, der auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfällt.

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.

