

Deckungsauftrag Unfallversicherung ÖSTERREICH



ANTRAGSTELLER/VERSICHERUNGSNEHMER

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

VERMITTLER

Maklerorganisation/Unternehmen:
Name des Vermittlers:
Vermittlernummer:

ZAHLWEISE

gewünschte Zahlweise:	
<input type="checkbox"/> Lastschrift	<input type="checkbox"/> Rechnung
<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich (ab einer Jahresnettoprämie von 30 Euro, Ratenzuschlag 3%) <input type="checkbox"/> vierteljährlich (ab einer Jahresnettoprämie von 60 Euro, Ratenzuschlag 5%) <input type="checkbox"/> monatlich (ab einer Jahresnettoprämie von 180 Euro und nur bei Lastschrift, Ratenzuschlag 5%)	

BANKVERBINDUNG

Einzugsermächtigung. Die jeweils fälligen Beiträge sollen bis auf Widerruf von folgendem Konto abgebucht werden:	
Geldinstitut:	Name des Kontoinhabers und Unterschrift (wenn von Antragsteller abweichend):
Kontonummer:	Bankleitzahl:
Versicherungsleistungen der Janitos Versicherung AG werden auf dieses Konto überwiesen, falls nicht anders vereinbart.	

ANNAHMERICHTLINIEN UNFALLVERSICHERUNG

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

Höchst- u. Mindestversicherungssummen:

1. ohne Unfallrente: Höchstversicherungssumme (Höchst-VS) linear: 300.000 €, Höchst-VS 225% Progression: 300.000 €, Höchst-VS 300% Progression: 300.000 €, Höchst-VS 400% Progression: 240.000 €, Höchst-VS 500% Progression: 225.000 €, Höchst-VS 750% Progression: 170.000 €, Mindestversicherungssumme: Invalidität 10.000 € und Tod: 5000 €

2. mit Unfallrente bis 500€: Höchstversicherungssumme (Höchst-VS) linear: 225.000 €, Höchst-VS 225% Progression: 225.000 €, Höchst-VS 300% Progression: 225.000 €, Höchst-VS 400% Progression: 175.000 €, Höchst-VS 500% Progression: 165.000 €, Höchst-VS 750% Progression: 125.000 €, Mindestversicherungssumme: Invalidität 10.000 € und Tod: 5000 €

3. mit Unfallrente bis 1.000€: Höchstversicherungssumme (Höchst-VS) linear: 145.000 €, Höchst-VS 225% Progression: 145.000 €, Höchst-VS 300% Progression: 145.000 €, Höchst-VS 400% Progression: 112.000 €, Höchst-VS 500% Progression: 105.000 €, Höchst-VS 750% Progression: 80.000 €, 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 (Alle Berufe m/w): 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: (Alle Berufe m/w): Anlagenmechaniker, Bekleidungstechniker, Bühnenbildner, Drucktechniker, Elektriker, Gastronom, Hausmeister, Hauswart, Lacktechniker, Maschineneinrichter, Möbelpacker, Schriftsetzer, Stuckateur, Transportarbeiter, Wirtschaftstechniker.
 Folgende Personen sind laut den Annahmerichtlinien der Janitos Versicherung AG nicht versicherbar: Personen mit gefährlicher Berufstätigkeit, hierunter fallen beispielsweise (m/w): Artisten, Bergführer, Berufstaucher, Munitions-, Minensuch-, Räumtrupp, Sprengpersonal, Tierbändiger.
 Jede Änderung der beruflichen Tätigkeit ist der Janitos Versicherung AG unverzüglich schriftlich zu melden.

VERSICHERTE PERSON(EN)

Name der versicherte Person(en)	Geburtsdatum	Geschlecht	ausgeübter Beruf
1.		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	
2.		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	
3.		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	
4.		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	

UNFALLRENTE (RENTENLEISTUNG IM INVALIDITÄTSFALL)

Datum Versicherungsbeginn (00:00 Uhr):		<input type="checkbox"/> Neuvertrag <input type="checkbox"/> Vertragsänderung zu Vertragsnummer:						
Versicherte Person(en)	monatl. Unfallrente	Summe Tod	Spitalgeld	GG	KT ab 43. Tag	Leistungsdauer	Prämie	
Versicherte Person 1				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> lebenslang <input type="checkbox"/> bis 65 Jahre	Euro	
Versicherte Person 2				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> lebenslang <input type="checkbox"/> bis 65 Jahre	Euro	
Versicherte Person 3				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> lebenslang <input type="checkbox"/> bis 65 Jahre	Euro	
Versicherte Person 4				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> lebenslang <input type="checkbox"/> bis 65 Jahre	Euro	
*Name, Anschrift Bezugsberechtigte(r):							Nettoprämie	Euro
							- 15 % Familienrabatt bei mind. 2 versicherten Personen	Euro
							- Laufzeitrabatt (3 % bei 3 Jahren Laufzeit/ 5 % bei 5 Jahren Laufzeit)	Euro
							+ _____ % Vers.St.	Euro
							+ _____ % Ratenzuschlag	Euro
Bitte Höchstversicherungssummen beachten.							Beitrag gem. Zahlweise	Euro

UNFALLVERSICHERUNG (EINMALZAHLUNG IM INVALIDITÄTSFALL)

Datum Versicherungsbeginn (00:00 Uhr):					<input type="checkbox"/> Neuvertrag <input type="checkbox"/> Vertragsänderung zu Vertragsnummer:					
Tarifvariante: 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).										
Versicherte Person(en)	Tarif-variante	Summe Invalidität	Progression	Summe Tod	Einschluss „Erweiterung für Frauen“	Spitalgeld	GG	KT ab 43. Tag	Erweiterung Zusatzheilkosten > 200 Euro	Prämie
Versicherte Person 1					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 300 Euro <input type="checkbox"/> 400 Euro <input type="checkbox"/> 500 Euro	Euro
Versicherte Person 2					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 300 Euro <input type="checkbox"/> 400 Euro <input type="checkbox"/> 500 Euro	Euro
Versicherte Person 3					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 300 Euro <input type="checkbox"/> 400 Euro <input type="checkbox"/> 500 Euro	Euro
Versicherte Person 4					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 300 Euro <input type="checkbox"/> 400 Euro <input type="checkbox"/> 500 Euro	Euro
*Name, Anschrift Bezugsberechtigte(r):										
Nettoprämie										Euro
- 15 % Familienrabatt bei mind. 2 versicherten Personen										Euro
- Laufzeitrabatt (3% bei 3 Jahren/5% bei 5 Jahren Laufzeit)										Euro
+ _____ % Vers.St.										Euro
+ _____ % Ratenzuschlag										Euro
Beitrag gem. Zahlweise										Euro

Bitte 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

GESUNDHEITSFRAGEN ZUR VERSICHERTEN PERSON

Allgemeine Angaben zum Gesundheitszustand:	Versicherte Person 1	Versicherte Person 2	Versicherte Person 3	Versicherte Person 4
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?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten: Epilepsie, Diabetes oder an Kurzsichtigkeit auf einem oder beiden Augen mit 8 Dioptrien oder mehr? Falls ja: Bitte im Feld rechts angeben, welche der o.g. Krankheiten vorliegen, oder welche(s) Auge(n) betroffen ist (sind) unter Angabe der Dioptrien-Anzahl.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____
Angaben bei Einschluss „Erweiterung für Frauen“:	Versicherte Person 1	Versicherte Person 2	Versicherte Person 3	Versicherte Person 4
Sind bei Ihren Eltern oder Geschwistern vor dem Alter von 65 Jahren Krebserkrankungen aufgetreten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Waren Sie bereits wegen einer Krebserkrankung in Behandlung bzw. wurde eine Krebserkrankung bei Ihnen diagnostiziert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Besondere Vereinbarungen:				
Vorversicherung: Bestanden oder bestehen für Sie bereits gleichartige Versicherungen oder sind solche beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
bei:		Versicherungsnummer:		
Wer hat den Vertrag gekündigt? <input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> Versicherer		Zu welchem Zeitpunkt?		Hatten Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 1 Unfallereignis, bei dem Sie sich in ärztliche Behandlung begeben mussten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
falls ja: Unfalldatum, Unfallursache, Art der Verletzung, jetzt beschwerdefrei?:				

WIDERRUFSBELEHRUNG

Widerrufsrecht
 Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die Janitor Versicherung AG, Postfach 104169, 69031 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 1/360 der oben genannten Jahresprämie. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

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.

WICHTIGE HINWEISE ZU DEN GESUNDHEITSFRAGEN

Falls Sie Ihrem Vermittler gegenüber keine Angaben zu Ihrer Gesundheit machen möchten, können Sie diese innerhalb von drei Tagen per Einschreiben an die Janitos Versicherung AG nachmelden. **Bitte beantworten Sie alle Fragen richtig und vollständig. Die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung finden Sie im Abschnitt „Vorvertragliche Anzeigepflicht nach §§ 19ff. VVG“ auf Seite 3 dieses Deckungsauftrags.**

Bitte nennen Sie uns die Ihnen bekannten ärztlichen Diagnosen oder beschreiben Sie Ihr vorhandenes Beschwerdebild mit Ihren eigenen Worten. Dabei ist wichtig, dass Sie alle Ihnen bekannten Gefahrumstände angeben, auch die, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die aus Ihrer Sicht noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Falls Ihnen Einzelheiten einer ärztlichen Behandlung nicht bekannt oder nicht mehr in Erinnerung sind, sollten Sie Ihren Arzt befragen. Dieser bewahrt Patientenakten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung auf.

DATENSCHUTZ UND WEITERE HINWEISE

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz

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

- zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht durch die Janitos Versicherung AG und deren externen Risikoträger.
- zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe.
- zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln.
- 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.
- zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung eines Hinweis- und Informationssystems der Versicherungswirtschaft (HIS), das von der informa IRFP GmbH betrieben wird. Auf Basis dieses Systems kann es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen den anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen.
- 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).
- 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 Zahlungs-

verkehr beziehen wir von Auskunftsteilen (z.B. Bürgel, Infocore, Schufa).

- zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die Janitos Versicherung AG oder eine Auskunftsteil 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 Deckungsauftrags fallen keine gesonderten Gebühren oder Kosten an. Lastschrift-Rückläufergebühren und Kosten eines Mahnverfahrens werden geltend gemacht.

Vertragsgrundlagen

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

Selbstständigkeit der Verträge

Die aufgrund dieses Deckungsauftrags abgeschlossenen Versicherungen sind rechtlich selbstständige Verträge.

Vorläufiger Versicherungsschutz

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

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 Gesundheitsämter, 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 Kostenbeteiligung in angemessener Höhe verlangen.

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 drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person: Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

SCHLUSSERKLÄRUNG UND UNTERSCHRIFTEN

Die auf den vorherigen Seiten beschriebenen Erklärungen und wichtigen Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen. Diese Erklärungen enthalten unter anderem die Belehrung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und über das Widerrufsrecht, die Schweigepflichtbindungserklärung 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 Schweigepflichtbindungserklärung 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):

Unterschrift zu versichernden Person(en) (über 18 Jahre)/gesetzl. Vertreter (bei Minderjährigen):

Versicherte Person 1:

Versicherte Person 2:

Versicherte Person 3:

Versicherte Person 4:

Die dem Vertrag zugrunde liegenden Verbraucherinformationen wurden mir ausgehändigt:

Ort, Datum:

Unterschrift Antragsteller oder Vermittler (Maklervollmacht liegt vor):

Janitos soll mir bitte folgende Dokumente zusenden:

Versicherungsbedingungen

Produktinformationen

Kundeninformationen

Senden Sie diesen Antrag bitte per Fax an: +49 (0) 6221. 709 1001 oder per Mail an: versicherung@janitos.de

WIR UNTERSTÜTZEN SIE GERNE | Janitos Versicherung AG | Experten-Team Unfall: Tel.: +49 (0) 6221. 709 1526

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