

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND ZUSATZBEDINGUNGEN

JANITOS MULTI-RENTE

Stand 01.04.2009

Allgemeine Bedingungen für die Janitos Unfallversicherung

(Stand 01.01.2008)

Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?
2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
3. Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?
4. Welche Personen sind nicht versicherbar?
5. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
6. Was müssen Sie bei vereinbartem Kinder-Tarif und bei Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

Der Leistungsfall

7. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
8. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
9. Wann sind die Leistungen fällig?

Die Versicherungsdauer

10. Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner.

Versicherte Person können Sie oder jemand anderer sein.

Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?

1.1. Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.

1.2. Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.

1.3. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

1.4. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- ein Gelenk verrenkt wird oder
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

1.5. Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziffer 3), nicht versicherbare Personen (Ziffer 4) sowie die Ausschlüsse (Ziffer 5) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.

2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben.

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Vertrag.

2.1. Invaliditätsleistung

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

2.1.1. Voraussetzungen für die Leistung:

2.1.1.1. Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

Die Invalidität ist

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und

Die Versicherungsprämie

11. Was müssen Sie bei der Prämienzahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?

Weitere Bestimmungen

12. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
13. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
14. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?
15. Welches Gericht ist zuständig?
16. Welches Recht gilt für den Versicherungsvertrag?
17. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?
18. Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommission)

- innerhalb von fünfzehn Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall geltend gemacht worden.

2.1.1.2. Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

2.1.2. Art und Höhe der Leistung:

2.1.2.1. Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.

2.1.2.2. Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.

2.1.2.2.1. Bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	70 Prozent
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 Prozent
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 Prozent
Hand	55 Prozent
Daumen	20 Prozent
Zeigefinger	10 Prozent
anderer Finger	5 Prozent
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 Prozent
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 Prozent
Bein bis unterhalb des Knies	50 Prozent
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 Prozent
Fuß	40 Prozent
große Zehe	5 Prozent
andere Zehe	2 Prozent
Auge	50 Prozent
Gehör auf einem Ohr	30 Prozent
Geruchssinn	10 Prozent
Geschmackssinn	5 Prozent

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

Allgemeine Bedingungen für die Janitos Unfallversicherung

2.1.2.2.2. Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

2.1.2.2.3. Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 zu bemessen.

2.1.2.2.4. Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

2.1.2.3. Stirbt die versicherte Person

- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,

und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.2. Todesfalleistung

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

2.2.1. Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres gestorben.

Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 7.5 weisen wir hin.

2.2.2. Höhe der Leistung:

Die Todesfalleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.3. Tagegeld

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

2.3.1. Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

2.3.2. Höhe und Dauer der Leistung:

Das Tagegeld wird nach der vereinbarten Versicherungssumme berechnet. Es wird nach dem festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung abgestuft.

Das Tagegeld wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

2.4. Spitalgeld

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

2.4.1. Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger voll stationärer Heilbehandlung.

Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

2.4.2. Höhe und Dauer der Leistung:

Das Spitalgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der voll stationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

2.5. Genesungsgeld

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

2.5.1. Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Spitalgeld nach Ziffer 2.4.

2.5.2. Höhe und Dauer der Leistung:

Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Spitalgeld leisten, längstens für 100 Tage.

2.6. Übergangsleistung

2.6.1. Voraussetzungen für die Leistung:

Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt

– nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet und

– ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

noch um mindestens 50 % beeinträchtigt.

Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden.

Sie ist von Ihnen spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht worden.

2.6.2. Art und Höhe der Leistung:

Die Übergangsleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

3. Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich

– im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,

– im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung

entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 %, unterbleibt jedoch die Minderung.

4. Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1. Nicht versicherbar und trotz Prämienzahlung nicht versichert sind dauernd schwer oder schwerst pflegebedürftige Personen im Sinne der sozialen Pflegeversicherung.

Dies trifft zu, sobald sie in die Pflegestufe IV, V, VI oder VII nach österreichischem Pflegegeldgesetz der sozialen Pflegeversicherung eingestuft werden.

4.2. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von 4.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.

4.3. Die für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Prämie wird zurückgezahlt.

5. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

5.1. Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1. Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.

5.1.2. Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

5.1.3. Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABCWaffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Österreich, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

5.1.4. Unfälle der versicherten Person

– als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;

– bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit oder im Hobbybereich (Paragleiten, Drachenfliegen usw.);

Allgemeine Bedingungen für die Janitos Unfallversicherung

- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

5.1.5. Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

5.1.6. Unfälle, bei der Teilnahme an Landes-, Bundes-, oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des Schilafens, Schispringens, Bob-, Schibob- oder Skeletonfahrens, sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen.

5.1.7. Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

5.2. Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:

5.2.1. Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnbrutungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist.

5.2.2. Gesundheitsschäden durch Strahlen.

5.2.3. Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

5.2.4. Infektionen.

5.2.4.1. Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie

- durch Insektenstiche oder Insektenbisse oder
- durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.

5.2.4.2. Versicherungsschutz besteht jedoch für

- Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für
- Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziffer 5.2.4.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten.

5.2.4.3. Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziffer 5.2.3 Satz 2 entsprechend.

5.2.5. Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

5.2.6. Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

5.2.7. Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

6. Was müssen Sie bei vereinbartem Kinder-Tarif und bei Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

6.1. Versicherung von Kindern

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:

- Sie zahlen die bisherige Prämie, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend, oder
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen eine entsprechend höhere Prämie.

Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.

6.2. Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

6.2.1. Die Höhe der Versicherungssummen bzw. der Prämie hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Prämie ist unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis.

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich mitteilen. Pflichtwehrdienst, Zivildienst oder militärische Reserveübungen fallen nicht darunter.

6.2.2. Errechnen sich bei gleich bleibender Prämie nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Erklärung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Die neu errechneten Versicherungssummen gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.

6.2.3. Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhter oder gesenkter Prämie weiter, sobald uns Ihre Erklärung zugeht.

Der Leistungsfall

7. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.

7.1. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

7.2. Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

7.3. Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstauffalles tragen wir.

7.4. Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

7.5. Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.

Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

8. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 7 vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

9. Wann sind die Leistungen fällig?

9.1. Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,

Allgemeine Bedingungen für die Janitos Unfallversicherung

- beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir.

9.2. Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.

9.3. Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse.

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.

9.4. Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre. Dieses Recht muss

- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 9.1,
- von Ihnen spätestens drei Monate vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.

9.5. Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

Die Versicherungsdauer

10. Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

10.1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie die erste oder einmalige Prämie unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 11.2 zahlen.

10.2. Dauer und Ende des Vertrages

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens einen Monat vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugegangen ist.

Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres gekündigt werden; die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder einzelne Leistungsarten beschränkt werden.

10.3. Kündigung nach Versicherungsfall

Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben. Die Kündigung kann auf die betroffene versicherte Person oder die betroffene Leistungsart beschränkt werden.

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein.

Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende des laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.

Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

10.4. Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Österreich, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

Die Versicherungsprämie

11. Was müssen Sie bei der Prämienzahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?

11.1. Prämie und Versicherungssteuer

Die in Rechnung gestellte Prämie enthält die Versicherungssteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben.

11.2. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie

11.2.1. Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die erste oder einmalige Prämie wird unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.

Ist Zahlung der Jahresprämie in Raten vereinbart, gilt als erste Prämie nur die erste Rate der ersten Jahresprämie.

11.2.2. Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Zahlen Sie die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurden. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

11.2.1.1. Rücktritt

Zahlen Sie die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange die Prämie nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

11.3. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung der Folgeprämie

11.3.1. Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgeprämien werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig

11.3.2. Verzug

Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.

Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge der Prämie sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 11.3.3 und 11.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.

Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

11.3.3. Kein Versicherungsschutz

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.

11.3.4. Kündigung

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen haben.

Haben wir gekündigt, und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats die angemahnte Prämie, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

11.4. Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftmächtigung

Ist die Einziehung der Prämie von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie zu dem im Versicherungsschein

Allgemeine Bedingungen für die Janitos Unfallversicherung

angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.

Konnte die fällige Prämie ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.

Kann die fällige Prämie nicht eingezogen werden, weil Sie die Einzugsermächtigung widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass die Prämie wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung der Prämie erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.

11.5. Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung

Ist die Zahlung der Jahresprämie in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate in Verzug sind.

Ferner können wir für die Zukunft eine jährliche Prämienzahlung verlangen.

11.6. Prämie bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil der Prämie, die dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

11.7. Prämienbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- Sie bei Versicherungsbeginn das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
- die Versicherung nicht gekündigt war und
- Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,

gilt Folgendes:

11.7.1. Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres prämienfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

11.7.2. Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

Weitere Bestimmungen

12. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

12.1. Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern Ihnen zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

12.2. Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.

12.3. Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

13. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

13.1. Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1 in Textform stellen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben Ihnen für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich.

Wird der Vertrag von Ihrem Vertreter geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

13.2. Rücktritt

13.2.1. Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen.

Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

13.2.2. Ausschluss des Rücktrittsrechts

Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.

Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

13.2.3. Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Uns steht der Teil der Prämie zu, der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

13.3. Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

13.3.1. Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.

Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Das Kündigungsrecht ist auch ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

13.3.2. Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, mit dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen.

Allgemeine Bedingungen für die Janitos Unfallversicherung

Wir können uns auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung die Prämie um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Schriftform kündigen.

13.4. Anfechtung

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil der Prämie zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

14. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

14.1. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.

14.2. Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

15. Welches Gericht ist zuständig?

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.

16. Welches Recht gilt für den Versicherungsvertrag?

Für den Versicherungsvertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland. Zwingende österreichische Verbraucherschutzvorschriften sind zu Ihren Gunsten auch für diesen Vertrag gültig.

17. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?

Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?

17.1. Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen müssen Sie schriftlich abgeben. Sie sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.

17.2. Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.

18. Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärzt Kommission)

18.1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheit oder Gebrechen sowie im Fall der Ziffer 9.4 der Bedingungen für die Janitos Unfallversicherung entscheidet die Ärztekommision.

18.2. In nach Ziffer 18.1 der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten können Sie innerhalb von 6 Monaten nach Zugang der Erklärung von uns gemäß Ziffer 9.1 der Bedingungen für die Janitos Unfallversicherung unter Bekanntgabe Ihrer Forderungen Widerspruch erheben und die Entscheidung der Ärztekommision beantragen.

18.3. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch uns zu.

18.4. Für die Ärztekommision bestimmen Sie und wir je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt. Wenn ein Vertragsteil innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser von der für den Wohnsitz der versicherten Person

zuständigen Ärztekammer bestellt. Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, für den Fall, dass sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet.

Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Obmannes nicht, wird ein für den Versicherungsfall zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die für den Wohnsitz der versicherten Person zuständige Ärztekammer als Obmann bestellt.

18.5. Die versicherte Person ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.

18.6. Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Bei Nichteinhaltung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert niederzulegen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, legt auch er sie mit Begründung in einem Protokoll nieder. Die Akten des Verfahrens werden von uns verwahrt.

18.7. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens von Ihnen und uns zu tragen. Im Fall der Ziffer 9.4 der Bedingungen für die Janitos Unfallversicherung trägt die Kosten, wer die Neufeststellung verlangt hat.

Der Anteil der Kosten, den Sie zu tragen haben, ist mit 5% der für den Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 50% des strittigen Betrages, begrenzt.

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente für Kinder (Stand 01.04.2009)

A. Versicherungsumfang/Beschreibung der Leistungsarten

B. Leistungsarten

1. Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente)
 2. Rentenleistung bei Organschäden (Organrente)
 3. Rentenleistung bei Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)
 4. Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente)
 5. Kapitalsofortleistungen
- ### C. Weitere Bestimmungen
1. Erweiterung des Versicherungsschutzes
 2. Nicht versicherbare Berufe
 3. Ende des Vertrages
 4. Nachträgliche Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Risikoprüfung
 5. Ausschlüsse
 6. Wartezeit

Die Allgemeinen Bedingungen informieren Sie über die gegenseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertragsverhältnis für die Multi-Rente für Kinder.

Sofern keine abweichenden Regelungen in den Zusatzbedingungen getroffen sind, werden die Allgemeinen Bedingungen für die Janitos Unfallversicherung (AUB) zugrunde gelegt.

Beim Erreichen des 18. Lebensjahres wird die Multi-Rente für Kinder auf die Multi-Rente für Erwachsene umgestellt. Der Inhalt dieser Umstellung ist unter E genauer aufgeführt.

A. Versicherungsumfang/Beschreibung der Leistungsarten

Die Janitos Multi-Rente unterscheidet vier Leistungsarten:

- dauerhafte Invalidität von mindestens 50 % nach einem Unfall (B. Ziffer 1)
- definierte Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit bestimmter Organe bzw. definierte Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten als Folge einzelner und bestimmter Krankheiten oder als Folge eines Unfalls (B. Ziffer 2),
- Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (B. Ziffer 3) und
- Feststellung einer Pflegestufe gemäß dem österreichischen Bundespflegegeldgesetz (BPGG) (B. Ziffer 4)

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, eine Kapitalsofortleistung bei schweren Operationen (B Ziffer 5.1) und eine Kapitalsofortleistung beim Leistungsfall (B Ziffer 5.2) zusammen gegen eine zusätzliche Prämie mit zu versichern.

Der Eintritt des Leistungsfalles muss vor der Hauptfälligkeit liegen, die der Vollendung des 67. Lebensjahres folgt (Die Hauptfälligkeit ist der jährlich wiederkehrende Termin, zu dem das Versicherungsjahr abläuft).

Die Leistung wird als monatliche Rente während der vereinbarten Rentenzahldauer gezahlt. Die Kapitalsofortleistung wird einerseits 7 Tage nach Durchführung der versicherten schweren Operation oder andererseits zum Zeitpunkt des rechtmäßigen Anspruchs auf die monatliche Rente fällig. Zum Zeitpunkt des rechtmäßigen Anspruchs der monatlichen Rente endet gleichzeitig die Pflicht zur Prämienzahlung.

Damit endet auch der Versicherungsschutz der eventuell versicherten Kapitalsofortleistungen aus B Ziffer 5.

Die Leistungserbringung ist zunächst auf 5 Jahre befristet. Innerhalb dieser 5 Jahre nach Zahlung der ersten Monatsrente haben wir jährlich das Recht, eine Nachbemessung der gesundheitlichen Beeinträchtigung vornehmen zu lassen (Reaktivierungsfrist).

Sofern die Nachbemessung ergibt, dass die Voraussetzungen für den eingetretenen Leistungsfall nicht mehr bestehen, wird zu diesem Zeit-

7. Prämienanpassungsklausel

8. Bedingungsanpassungsklausel

9. Innovationsupdate

D. Rentenleistung

1. Zeitpunkt der Rentenleistung
2. Höhe der Leistung
3. Allgemeine Voraussetzungen für die Rentenleistung
4. Pflichten der versicherten Person während der Rentenleistung
5. Folgen bei Verletzung von Pflichten
6. Dynamisierung der Rentenleistung (sofern vereinbart)
7. Arbeitslosigkeit
8. Wirksamkeit von Erklärungen und Mitteilungen

E. Rechtsfolgen der Umstellung zum Zeitpunkt der Vollendung des 18. Lebensjahres (Volljährigkeitsklausel)

punkt die Rentenzahlung eingestellt und Sie haben das Recht, den Versicherungsschutz in Höhe und Umfang der zuletzt bezogenen Rentenleistung ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder zu aktivieren.

Gleichzeitig treten die Pflicht zur Prämienzahlung zu den dem Vertrag zugrunde liegenden Tarifprämien und die eventuelle Versicherungsschutzweiterung aufgrund der Zusatzbausteine aus B Ziffer 5. wieder in Kraft.

Sofern länger als 5 Jahre ununterbrochen die Voraussetzungen für den Leistungsfall vorgelegen haben, wandelt sich der befristete Rentenanspruch in einen dauerhaften Rentenanspruch um und wir zahlen Ihre Rente je nach vereinbarter Laufzeit lebenslang oder bis zum Ende des Monats in dem die Hauptfälligkeit liegt, die der Vollendung des 67. Lebensjahres folgt.

Der Anspruch auf Rentenleistung ist gegeben, sobald die Voraussetzungen für mindestens eine Leistungsart vorliegen. Für die Höhe der Rentenleistung ist es unerheblich, welche Leistungsart oder wie viele Leistungsarten zutreffen.

B. Leistungsarten

1. Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente)

1.1. Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 2 AUB leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

1.2. Voraussetzung für die Leistung

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 AUB ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50% geführt.

1.2.1. Verbesserte Gliedertaxe

In Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.1 AUB gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit folgende Invaliditätsgrade:

Arm	70 Prozent
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	70 Prozent
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	70 Prozent
Hand	60 Prozent
Daumen	25 Prozent
Zeigefinger	15 Prozent
anderer Finger	10 Prozent
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 Prozent
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70 Prozent
Bein bis unterhalb des Knies	60 Prozent

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente für Kinder

Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	55 Prozent
Fuß	50 Prozent
große Zehe	8 Prozent
andere Zehe	5 Prozent
Auge	60 Prozent
Gehör auf einem Ohr	40 Prozent
Geruchssinn	15 Prozent
Geschmackssinn	15 Prozent
Stimme	40 Prozent

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

1.3. Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat
- monatlich im Voraus.

Die Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- die Hauptfälligkeit liegt, die der Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person folgt (Tarifvariante Leistungsbezug bis 67) oder
- die versicherte Person stirbt oder
- eine Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad < 50% ist. (Ist die Rentenzahlung länger als 5 Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.)

1.4. Fristverlängerung bei Invaliditätsansprüchen

In Abänderung von Ziffer 2.1.1.1 AUB muss die Invalidität innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall eingetreten sein und spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren 6 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht werden.

1.5. Vorerkrankungen

Auswirkungen von Gebrechen und Krankheiten im Sinne von Ziffer 3 AUB werden bei der Bemessung der Minderung der Invalidität berücksichtigt. In Abänderung von Ziffer 3 AUB unterbleibt die Minderung, wenn der Mitwirkungsanteil der Krankheit oder des Gebrechens weniger als 50 % beträgt.

1.6. Berufliches Flugrisiko

In Abänderung von Ziffer 5.1.4 AUB sind alle beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeuges ausgeübt werden können, mitversichert. Ausgeschlossen bleiben berufliche Tätigkeiten als Luftsportgeräteführer sowie die ausgeschlossenen beruflichen Tätigkeiten (Testpilot und Flugversuchspilot) in C.2.

2. Rentenleistung bei Organschäden (Organrente)

2.1. Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

2.2. Voraussetzung für die Leistung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB gilt als Leistungsfall der Eintritt einer irreversiblen im folgenden unter 2.3 definierten Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der folgenden beschriebenen Organe bzw. einer definierten Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten als Folge einzelner bestimmter Krankheiten oder durch Unfall. Die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit ist uns durch ein ärztliches Gutachten zu belegen.

2.3. Bewertungsmaßstab

Die Beeinträchtigung der versicherten Organe und Krankheiten entspricht nach den Maßstäben der diesem Vertrag zu Grunde liegenden Bewertungen einer Invalidität von mehr als 50%. Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe anzusetzen.

2.3.1. Erkrankungen des Gehirns und des zentralen Nervensystems

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Schädigung des Gehirns oder des Rückenmarkes, die zu einer vollständigen Lähmung

- eines Beines und eines Armes oder
- mindestens einer Körperhälfte führt.

Vollständig heißt, dass die Funktion der Extremitäten zu 90 oder mehr Prozent aufgehoben ist.

Alle weiteren Beeinträchtigungen nach Schädigung des Gehirns oder des zentralen Nervensystems werden nach den Definitionen der Grundfähigkeiten beurteilt.

2.3.2. Psychische Störungen oder Geisteskrankheiten

Ein Rentenanspruch liegt vor, sofern nachweislich durch ein sich während der Vertragslaufzeit ereignendes Unfallereignis, durch eine Infektion oder durch einen Impfschaden ein Intelligenzdefekt neu entstanden ist und durch diesen Intelligenzdefekt der gemessene Intelligenzquotient die altersentsprechende Norm um mehr als 35 % unterschreitet.

2.3.3. Herzinfarkt und andere Herzerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gelten alle Herzerkrankungen wie z.B. Herzinfarkt, Herzklappenerkrankungen, Entzündungen des Herzmuskels oder Herzrhythmusstörungen, die zu einer erheblichen Minderung der Pumpleistung des Herzens geführt haben.

Eine erhebliche Minderung der Pumpleistung liegt vor bei einer:

- Ejektionsfraktion kleiner gleich 30% der altersentsprechenden Norm oder
- Fractional Shortening kleiner gleich 15% der altersentsprechenden Norm oder
- Herzvergrößerung Herz-Thorax-Ratio größer gleich 1,5 oder
- Herzinsuffizienz NYHA (New York Heart Association) III oder IV (bis zur Vollendung des 8. Lebensjahres in der modifizierten Form für Kinder)

Der Zustand muss irreversibel und auch durch Medikamente nicht dauerhaft über das oben beschriebene Maß verbesserbar sein. Werden die Funktionswerte durch eine Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

2.3.4. Nierenerkrankungen

Eingeschlossen sind alle Erkrankungen der Nieren, die z.B. aufgrund von Immunkrankheiten, chronischen Entzündungen, Verletzungen, Gefäßsklerose, Diabetes oder Bluthochdruck entstanden sind.

Geleistet wird ausschließlich bei Nierenerkrankungen, die die Leistungsfähigkeit der Nieren auf Dauer und irreversibel so reduzieren, dass die Werte

- Glomeruläre Filtrationsrate 40ml/min/1,73 qm Körperoberfläche bzw.
- Kreatinin-Clearance von 30ml/min/1,73 qm Körperoberfläche nicht überschritten werden oder der
- Kreatininwert 4mg/dl (350µmol/l) nicht unterschritten wird.

Werden die Werte durch eine Dialysebehandlung und/oder Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

2.3.5. Lungenerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Lungenerkrankung, die die Leistungsfähigkeit der Lungen auf Dauer und irreversibel erheblich reduziert. Eingeschlossen sind alle Erkrankungen der Lungen, wie z.B. Asthma, Emphysem, chronische Entzündungen und Verletzungen.

Die Leistungskraft der Lungen wird in Prozent von der Norm bestimmt.

Die Funktionsminderung wird ausschließlich anhand eingeführter Leitlinien zur Messung der Lungenfunktion bestimmt. Erheblich ist eine Reduktion der Lungenleistung, wenn:

- Forciertes expiratorisches Volumen (FEV1) kleiner gleich 40% der altersentsprechenden Norm oder
- Vitalkapazität (VK) kleiner gleich 40% der altersentsprechenden Norm oder
- Sauerstoffpartialdruck im arteriellen Blut (pO2) kleiner gleich 50% der altersentsprechenden Norm ist.

Eine Verbesserung der Werte durch die Benutzung eines Sauerstoffgerätes bzw. durch die künstliche Zufuhr von Sauerstoff gilt nicht als Verbesserung der Funktionsminderung.

Werden die Funktionswerte durch eine Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

2.3.6. Lebererkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Leberschädigung, die die Funktion der Leber erheblich reduziert. Die Funktionsminderung der Leber ist dann erheblich reduziert, wenn mindestens zwei der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Auftreten von Bauchwasser (Aszites)

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente für Kinder

- Auftreten von Krampfadern in der Speiseröhre
- Bilirubinwert (gesamt) größer gleich 3,0 mg/dl (51 f μ mol/l)
- Albuminwert kleiner gleich 3,5 g/dl (35 g/l)
- Quickwert kleiner gleich 40% der altersentsprechenden Norm

Die Funktionsminderung muss irreversibel und auf Dauer sein.

Werden die Funktionen der Leber auf Grund einer Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

2.3.7. Krebs (ohne Lymphknotenkrebs und Blutkrebs)

Ein bösartiger Tumor liegt vor, wenn es zu unkontrolliertem Wachstum, der Aussaat von Tumorzellen mit Einwanderung in umliegendes Gewebe und der Zerstörung von gesundem Gewebe kommt.

Krebserkrankungen werden nach der Größe des Tumors (T) als T1, T2, T3 oder T4 beschrieben, zusätzlich nach der Beteiligung von Lymphknoten (N) und der Aussaat des Tumors (M).

Geleistet wird bei:

- allen Tumoren, die Absiedlungen in andere Körperorgane (Fern-Metastasen, M1 positiv) zeigen
- allen Tumoren der Größe T1 oder Stadium 1 mit Lymphknotenbeteiligung (N positiv)
- allen Tumoren der Größe T2 bzw. Stadium 2 und höherem Stadium
- dies gilt auch bei Wiederauftreten dieses Krebses (Rezidiv).

Ausgeschlossen sind:

- alle Carcinoma-in-situ
- Gebärmutterhalsdysplasien CIN-1, CIN-2, CIN-3
- alle Tumore der Größe T1 ohne Lymphknotenbeteiligung bzw. N positiv
- sowie alle Hautkrebserkrankungen.

Versichert sind aber maligne Melanome mit einer Tumordicke von mehr als 1,5 mm nach Breslow oder Clark Level 3.

2.3.8. Lymphknotenkrebs und Blutkrebs

Unter diesen Begriff fallen alle Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin.

Die Krebserkrankungen des Blutes und der Lymphknoten werden je nach Ausprägung in Stadien eingeteilt.

Stadium 1: Befall einer einzigen Lymphknotenregion ober- oder unterhalb des Zwerchfells

Stadium 2: Befall von zwei oder mehr Lymphknotenregionen ober- oder unterhalb des Zwerchfells

Stadium 3: Befall auf beiden Seiten des Zwerchfells

Stadium 4: Befall von nicht primär lymphatischen Organen (z.B. Leber, Knochenmark)

Geleistet wird bei:

- allen Blutkrebs- oder Lymphknotenkrebskrankungen des Stadiums 1 oder größer
- dies gilt auch bei Wiederauftreten dieses Krebses (Rezidiv).

2.4. Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung eingetreten ist
- monatlich im Voraus.

Die Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- die Hauptfälligkeit liegt, die der Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person folgt (Tarifvariante Leistungsbezug bis 67) oder
- die versicherte Person stirbt oder
- eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen (Ist die Rentenzahlung länger als 5 Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.)

2.5. Vorerkrankungen

In Abänderung von Ziffer 3 AUB werden Vorerkrankungen nicht angerechnet.

3. Rentenleistung bei Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)

3.1. Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

3.2. Voraussetzung der Leistung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB tritt der Leistungsfall ein, wenn der Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten durch Unfall oder Krankheit nach der unter 3.3 aufgeführten Bewertungsskala zu einer Punktezahl von mindestens 100 Punkten führt. Der Verlust der Grundfähigkeiten muss irreversibel und nicht mehr therapierbar sein.

Der Verlust der Grundfähigkeiten ist uns durch ein ärztliches Gutachten zu belegen.

3.3. Bewertungsmaßstab

Die Bewertungsskala der Grundfähigkeiten unterscheidet zwei Grundfähigkeitsarten: A und B.

Die Punktezahl von mindestens 100 Punkten entspricht nach den Maßstäben der diesen Vertrag zu Grunde liegenden Bewertungen einer Invalidität von mehr als 50%. Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe anzusetzen.

3.3.1. Grundfähigkeiten der Kategorie A

- Sehen
- Sprechen
- Hören
- Sich Orientieren

Der vollständige, irreversible Verlust einer dieser Grundfähigkeiten der Kategorie A wird mit 100 Punkten bewertet.

3.3.1.1. Verlust des Sehvermögens (Blindheit)

Blindheit im Sinne der Grundfähigkeiten ist eine klinisch nachgewiesene, irreversible und nicht therapierbare Reduzierung der Sehfähigkeit entsprechend der nachfolgenden Definition:

Die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln

- a) nicht mehr als 1/50, oder
- b) nicht mehr als 1/35, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 30 Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder
- c) nicht mehr als 1/20, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 15 Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder
- d) nicht mehr als 1/10, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 10 Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder
- e) mehr als 1/10 bis zur vollen Sehschärfe, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 5 Grad oder weiter eingeschränkt ist.

Ein Rentenanspruch ergibt sich nur, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Sehschärfe oder das Sehfeld durch Hilfsmittel, Implantate oder andere therapeutische Maßnahmen nicht derart verbessert werden können, dass eine Blindheit im Sinne dieser Leistungsbeschreibung nicht mehr besteht.

3.3.1.2. Verlust des Sprachvermögens (Stummheit)

Ein Rentenanspruch entsteht, sofern die versicherte Person durch eine irreversible Schädigung entweder des zentralen Nervensystems (Gehirn) oder des Sprechapparates (Kehlkopf, Stimmbänder, Zunge) nicht fähig ist, irgendein verständliches Wort auszusprechen. Nicht geleistet wird bei Verlust der Sprachfähigkeit durch nicht organische Ursachen. Insbesondere psychogener Sprachverlust ist ebenfalls vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

3.3.1.3. Verlust des Hörvermögens (Taubheit)

Ein Rentenanspruch liegt vor, sobald die betreffende Person basierend auf folgender Definition auf beiden Seiten vollständig ertaubt ist:

Irreversibler und nicht therapierbarer Verlust der Hörfähigkeit für alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel.

Es besteht kein Rentenanspruch, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit durch ein Hörgerät, Implantat oder anderes Hilfsmittel oder durch therapeutische Maßnahmen derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel gehört werden können.

3.3.1.4. Verlust der Orientierung

Geleistet wird, wenn die betreffende Person:

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente für Kinder

- nicht mehr in der Lage ist, sich zeitlich, örtlich und zur eigenen Person zu orientieren.

Dieser Zustand muss dauerhaft irreversibel sein.

3.3.2. Grundfähigkeiten der Kategorie B

Die Kategorie B unterscheidet vier Bewertungsgruppen, denen einzelne Grundfähigkeiten mit entsprechender Punktebewertung zugeordnet sind. Der Verlust der Grundfähigkeiten muss irreversibel und dauerhaft sein.

3.3.2.1. Obere Extremitäten

Handfunktionen

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, weder mit der linken noch mit der rechten Hand einen Mal-/Schreibstift zu benutzen

25 Punkte

oder

ist nicht in der Lage einen Schlüssel in ein Buntbartschloss einzuführen und das Buntbartschloss zu öffnen

25 Punkte

oder

kann kleine Teile wie z.B. einen Bleistift nicht vom Boden aufheben

25 Punkte

oder

kann weder mit der rechten noch mit der linken Hand einen Faustschluss vollziehen und dabei ein Gewicht von 250g halten.

25 Punkte

Heben und Tragen

Die versicherte Person ist nicht in der Lage, weder mit dem rechten noch mit dem linken Arm einen 2 kg schweren Gegenstand (bei 4-6 jährigen mit einem Gegenstand von 1 kg) von einem Tisch zu heben und 5 m wegzutragen.

25 Punkte

Arme bewegen

Es ist der versicherten Person nicht möglich, beide Hände gleichzeitig hinter den Kopf zu bewegen und den Nacken zu berühren (Nackengriff) und beide Hände gleichzeitig am Rücken zusammenzuführen (Schürzengriff)

15 Punkte

oder

ist nicht in der Lage beide Arme gleichzeitig seitwärts zu bewegen und abgespreizt auf Schulterhöhe zu halten, beide Arme gleichzeitig nach vorne zu bewegen und abgespreizt auf Schulterhöhe zu halten und beide Arme ein- und auswärts drehen.

15 Punkte

3.3.2.2. Untere Extremitäten

Treppen steigen

Die versicherte Person kann eine Treppe mit 12 Stufen nicht hinauf- oder hinabgehen, ohne eine Pause von mindestens einer Minute zu machen.

Die Treppenstufenhöhe soll 18 cm nicht überschreiten:

- Treppe hinauf gehen 15 Punkte
- Treppe hinunter gehen 15 Punkte

Nicht gehen können

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, eine Entfernung von 200 m über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, ohne sich abzustützen und/oder ohne sich setzen zu müssen.

Die Zeitdauer für die Strecke soll nicht länger als 15 Minuten betragen.

Verordnete Hilfsmittel müssen benutzt werden. 30 Punkte

Stehen

Die versicherte Person kann keine 10 Minuten stehen, ohne sich abzustützen oder hinzuknien oder zu setzen. Verordnete Hilfsmittel müssen benutzt werden. 30 Punkte

Knien und Bücken

Die versicherte Person ist nicht mehr fähig, sich niederzuknien oder soweit zu bücken, um einen leichten Gegenstand vom Boden aufzuheben und sich dann wieder aufzurichten. 30 Punkte

3.3.2.3 Wirbelsäule und Becken

Sitzen und Erheben

Definition „Sitzen“:

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, 30 Minuten auf einem Stuhl ohne Armlehnen (altersangepasste Sitzhöhe) aufrecht zu sitzen (dabei berühren die Füße beim Sitzen den Boden), ohne die Rückenlehne mit dem Körper zu berühren. 20 Punkte

Definition „sich erheben“:

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, ohne Gebrauch der Hände oder Arme von einem Stuhl aufzustehen (dabei berühren die Füße beim Sitzen den Boden). 20 Punkte

„Ohne Gebrauch der Hände und Arme“ bedeutet: Ohne die Armlehnen des Stuhls zu gebrauchen und ohne die Hilfe anderer Personen, Hilfsmittel oder anderer Gegenstände.

Beugen

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, einen Gegenstand von 2 kg Gewicht (bei 4-6 jährigen einen Gegenstand von 1kg Gewicht) vom Boden aufzunehmen und auf einem 1 m hohen Tisch abzusetzen.

30 Punkte

3.4. Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung eingetreten ist
- monatlich im Voraus.

Die Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- die Hauptfähigkeit liegt, die der Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person folgt (Tarifvariante Leistungsbezug bis 67) oder
- die versicherte Person stirbt oder
- eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen (Ist die Rentenzahlung länger als 5 Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.)

3.5. Vorerkrankungen

In Abänderung von Ziffer 3 AUB werden Vorerkrankungen nicht angerechnet.

4. Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente)

4.1. Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

4.2. Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person erhält während der Vertragslaufzeit aufgrund eines Unfalles oder wegen einer Krankheit eine Einstufung in die Pflegestufe IV, V, VI oder VII nach österreichischem Pflegegeldgesetz. Dies entspricht nach den Maßstäben der diesem Vertrag zu Grunde liegenden Bewertungen einer Invalidität von mehr als 50 %.

Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe maßgebend.

Ziffer 4.1 und 4.2 AUB finden keine Anwendung, sofern die Beeinträchtigungen während der Vertragslaufzeit eintreten.

4.3. Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Pflegestufe IV, V, VI oder VII zuerkannt wurde
- monatlich im Voraus.

Die Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- die Hauptfähigkeit liegt, die der Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person folgt (Tarifvariante Leistungsbezug bis 67) oder
- die versicherte Person stirbt oder
- keine Pflegestufe IV, V, VI oder VII mehr besteht. (Ist die Rentenzahlung länger als 3 Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Pflegestufe nach dieser Frist entfallen ist.)

Die versicherte Person ist verpflichtet, den Wegfall der Pflegestufe IV, V, VI oder VII innerhalb eines Monats zu melden.

4.4. Vorerkrankungen

In Abänderung von Ziffer 3 AUB werden Vorerkrankungen nicht angerechnet.

5. Kapitalsofortleistungen

5.1. bei schweren Operationen

Eine versicherte schwere Operation liegt vor wenn es sich um einen der folgenden Eingriffe handelt:

- Eingriff am Herzen unter Eröffnung des Brustkorbes
- Eingriff an den Lungen mit Eröffnung Brustkorb

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente für Kinder

- Einsatz einer Herz-Lungen Maschine
- Lebereingriff mit Eröffnung Bauchhöhle
- Eingriff an den Nieren
- Eingriff am Gehirn mit Eröffnung des Schädels

sowie gleichzeitig

1. eine Vollnarkose notwendig war
 2. eine Behandlungsdauer von mehr als 7 Tagen im Krankenhaus erfolgte
- Nicht versichert sind Punktionen, Katheterbehandlungen oder endoskopische Behandlungen.

Folgen auf eine die Leistung auslösende schwere Operation innerhalb eines Jahres weitere unter den Versicherungsschutz fallende schwere Operationen, so wird für diese weiteren Operationen keine Leistung erbracht.

Diese Jahresausschlussfrist beginnt mit dem Tag der Durchführung der die Leistung auslösenden schweren Operation und endet 364 Tage nach der Durchführung der die Leistung auslösenden Operation.

5.2. beim Leistungsfall

Eine Leistung von einer Jahresrente wird erbracht, sofern der Leistungsfall im Sinne von B. Ziffer 1-4 eingetreten ist.

5.3. Einschränkungen der Leistungspflicht bei Kapitalsofortleistungen

Der Versicherungsschutz für Kapitalsofortleistungen tritt zu dem Zeitpunkt außer Kraft, zu dem der versicherten Person bereits ein rechtmäßiger Anspruch auf eine monatliche Rente aus den vier Leistungsarten der Multi-Renten Versicherung zusteht. Mit der Einstellung der monatlichen Rentenzahlung aus der Multi-Rente tritt der Versicherungsschutz und die Pflicht zur Prämienzahlung für die Kapitalsofortleistung wieder in Kraft.

C. Weitere Bestimmungen

1. Erweiterung des Versicherungsschutzes

1.1. Herzinfarkte/Schlaganfälle/Bewusstseinsstörungen

In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB bezieht sich der Versicherungsschutz auch auf Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Schlaganfälle, Herzinfarkt, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten betreffen, hervorgerufen werden.

1.2. Alkoholklausel

In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB sind Unfälle infolge Bewusstseinsstörungen mitversichert, soweit diese durch Trunkenheit verursacht sind; beim Lenken von motorisierten Fahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt zum Unfallzeitpunkt 1,3 ‰ nicht übersteigt.

1.3. Erfrierungen

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB gelten auch Gesundheitsschäden durch Erfrierungen als Unfallereignis.

1.4. Unerlaubtes Fahren eines PKWs

Abweichend von Ziffer 5.1.2 AUB ist bei Personen unter 18 Jahren sowie bei Personen, die eine Betreuung benötigen, auch dann Versicherungsschutz gegeben, wenn die versicherte Person ein Personenkraftfahrzeug lenkt oder fährt, ohne im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis zu sein. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.

1.5. Sonstige Leistungseinschlüsse

Ziffer 5.2 AUB findet keine Anwendung. Abweichend von Ziffer 5.2 AUB besteht insbesondere Versicherungsschutz für Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen, Infektionen, Vergiftungen, Bauch- und Unterleibsbrüche.

2. Nicht versicherbare Berufe

Nicht versichert sind Beeinträchtigungen bei Tätigkeiten, die im Rahmen der folgenden Berufsbilder auftreten:

Akrobat, Artist, Bergungstaucher, Bohrschichtführer, Boxer, Dompteur, Drachenfluglehrer, Fallschirmlehrer, Flugversuchspilot, Forschungstaucher, Mitarbeiter von Munitions-, Such- und Räumungstrupps, Schießmeister, Sprengmeister/-beauftragter/-berechtigter/-hauer/-macher, Stückschießer (Bergbau), Rennfahrer im Bereich Motorsport (z.B. Formel 1 oder Motorradrennfahrer), Stuntman, Testfahrer, Testpilot, Tierbändiger, Trapezkünstler, Versuchsfahrer und Werksfahrer.

3. Ende des Vertrages

3.1. Grundsätzliches

Ihr Vertrag endet – in Abweichung von Ziffer 10.2 AUB – ohne dass es einer Kündigung bedarf, spätestens mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet.

3.2. Kündigung durch Versicherungsnehmer

Sie können den Versicherungsvertrag gemäß Ziffer 10.2 oder Ziffer 10.3 AUB entsprechend kündigen.

3.3. Einschränkung des Kündigungsrechts des Versicherers

In Abänderung von Ziffer 10.2 und Ziffer 10.3 AUB wird das Kündigungsrecht des Versicherers ausgeschlossen. Der Rücktritt oder die Kündigung nach Ziffer 11 AUB (Nichtzahlung der Erst- bzw. Folgeprämie), Ziffer 13 AUB (Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht) oder Ziffer 8 AUB (Nichtbeachtung von Obliegenheiten im Leistungsfall) sind jedoch von dem oben genannten Ausschluss nicht betroffen und bleiben daher als Recht für uns bestehen.

4. Nachträgliche Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Risikoprüfung

4.1. Sie können unter den nachfolgenden Voraussetzungen einmalig, ohne erneute Risikoprüfung, die versicherte monatliche Rente erhöhen, sofern diese Erhöhung nicht mehr als 25 % (max. 500.- Euro) der bislang versicherten monatlichen Rente beträgt (Erhöhungsgarantie).

4.1.1. bei Heirat bzw. Registrierung nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) der versicherten Person, als Nachweis sind die entsprechenden Dokumente (z.B. Heiratsurkunde) einzureichen;

4.1.2. bei Geburt eines Kindes der versicherten Person, als Nachweis ist die Geburtsurkunde einzureichen;

4.1.3. bei Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, als Nachweis ist der amtliche Adoptionsbeschluss einzureichen;

4.1.4. bei rechtskräftiger Scheidung oder Aufhebung der Lebenspartnerschaft nach dem LPartG der versicherten Person, der entsprechende Nachweis (z.B. rechtskräftiges Urteil) ist einzureichen;

4.1.5. bei Erwerb von Eigentum an einer Immobilie zu Wohnzwecken durch die versicherte Person, als Nachweis ist ein amtlicher Grundbuchauszug einzureichen.

4.1.6. bei Erhöhung der Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit um mind. 15% innerhalb eines Jahres. Die Erhöhung muss dauerhaft sein und darf sich nicht aus erfolgsabhängigen Gehaltsbestandteilen oder Einmalzahlungen ergeben. Die Erhöhung ist durch einen Gehaltsnachweis oder eine Bestätigung des Arbeitgebers zu belegen.

4.2. Die Erhöhungsgarantie setzt zum Zeitpunkt der Anpassung voraus,

4.2.1. dass die versicherte Person nicht älter als 40 Jahre ist;

4.2.2. dass der zu diesem Zeitpunkt in den Annahmerichtlinien festgelegte Höchstrentenbetrag noch nicht erreicht ist;

4.2.3. dass der Leistungsfall im Sinne von Abschnitt B. Ziffer 1 - B. Ziffer 4 noch nicht eingetreten ist;

4.2.4. dass dieses Recht innerhalb von drei Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses ausgeübt wird.

4.3. Die zusätzlich zu zahlende Prämie richtet sich nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten Alter. Sonstige bereits vertraglich vereinbarte Konditionen (z.B. Klauseln oder Risikozuschläge) finden auf die zusätzliche Absicherung ebenfalls Anwendung.

4.4. Sofern durch die Erhöhung der zum Zeitpunkt der Anpassung in den Annahmerichtlinien festgelegte Höchstrentenbetrag überschritten werden würde, kann maximal nur auf diesen Höchstrentenbetrag erhöht werden.

5. Ausschlüsse

In Ergänzung der AUB-Ausschlüsse Ziffer 5 bestehen für die Multi-Rente für alle vier Leistungskomponenten nachfolgende Ausschlüsse.

Wir leisten nicht, wenn die Beeinträchtigung verursacht worden ist:

5.1. durch bewusste Herbeiführung von Krankheiten oder Kräfteverfall, bewusste Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung der versicherten Person. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung(-bildung) ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente für Kinder

5.2. durch Ausführung einer widerrechtlichen Handlung mit der ein gesetzlicher Vertreter oder Sorgeberechtigter der versicherten Person diese vorsätzlich geschädigt hat;

5.3. unmittelbar oder mittelbar durch vorsätzliche Ausführung einer Straftat oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person;

5.4. unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter aktiv teilgenommen hat;

5.5. durch Kriegsereignisse; bei Kriegsereignissen außerhalb der Republik Österreich werden wir jedoch leisten, wenn die Beeinträchtigung unmittelbar durch Geschehnisse verursacht wird, die sich innerhalb der ersten sieben Tage nach Ausbruch des Krieges ereignen;

5.6. durch Strahlen aufgrund von Kernenergie. Wenn die versicherte Person berufsmäßig diesem Risiko ausgesetzt ist oder eine Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt erfolgt, werden wir jedoch leisten. Ein möglicher Leistungsanspruch für Schäden durch Kernenergie nach B 2.3.7 oder B 2.3.8 (Krebserkrankungen) bleibt hiervon unberührt;

5.7. durch Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt;

5.8. durch Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten im Sinne von Ziffer 5.1.4 AUB.

Für die beruflichen Tätigkeiten gemäß B. Ziffer 1.6 besteht für alle 4 Leistungskomponenten weiterhin Versicherungsschutz.

5.9. anlässlich eines Aufenthaltes in Ländern, für die zum Zeitpunkt der Beeinträchtigung eine Reisewarnung des österreichischen Außenministeriums bestanden hat.

5.10. durch Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten, die der versicherten Person als Fahrer(in) eines motorisierten Fahrzeuges zustoßen, wenn der Blutalkoholgehalt der versicherten Person zum Zeitpunkt des Unfalles über 1,3 ‰ lag oder die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles unter Drogeneinfluss stand.

6. Wartezeit

6.1. Für die Erbringung einer Leistung aus dem Organ-/Grundfähigkeiten-/Pflegekonzept besteht, außer bei Unfall, für die Krankheiten Multiple Sklerose (MS) und Krebs eine Wartezeit.

6.2. Die Wartezeit startet mit dem im Versicherungsschein angegebenen Vertragsbeginn.

6.3. Die Wartezeit beträgt bei Krebs sechs Monate und bei MS 12 Monate.

6.4. Liegt der Zeitpunkt des ersten Auftretens klinisch relevanter Symptome oder der Diagnosestellung von MS und/oder Krebs und anderen Tumorerkrankungen, auch des blutbildenden und lymphatischen Systems, innerhalb der angegebenen Wartezeit, ist diese Krankheit nicht mitversichert. Die nachträgliche Umdeutung primär unauffällig interpretierter Befunde bleibt unberücksichtigt. Die daraus resultierenden Krankheitsfolgen sind dauerhaft ausgeschlossen.

7. Prämienanpassungsklausel

Mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders können wir die Prämien für bestehende Versicherungsverträge erhöhen. Der unabhängige Treuhänder wird einer Prämienhöhung nur zustimmen, wenn die Prämienhöhung bei einer nicht nur vorübergehenden und nicht vorsehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs erforderlich ist, damit wir auf Dauer unsere Leistungsverpflichtungen aus den abgeschlossenen Versicherungsverträgen gewährleisten können.

Eine solche Prämienhöhung wird nur wirksam, wenn wir Ihnen die Änderung unter Kenntlichmachung des Unterschiedes zwischen alter und neuer Prämie spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitteilen und Sie schriftlich über Ihr Kündigungsrecht belehren.

Sie können ihren Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung zu dem Zeitpunkt kündigen, an dem die Prämienhöhung wirksam werden würde.

Vermindert sich die neue Tarifprämie bei gleicher oder besserer Leistung, verpflichten wir uns, die Prämie vom Beginn der nächsten Versicherungsperiode an auf die Höhe der neuen Tarifprämie zu senken.

8. Bedingungsanpassungsklausel

Diese Versicherungsbedingungen können wir auch nachträglich

8.1. bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die betroffenen Bestimmungen beruhen, oder

8.2. bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, oder

8.3. bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der Verwaltungspraxis der deutschen Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, durch neue Regelungen ersetzen, wenn die Änderung der Versicherungsbedingungen zur Fortführung des Versicherungsvertrages notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für Sie oder uns auch unter Berücksichtigung der Interessen der jeweils anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie die Wahrung des Vertragsziels der Versichernehmer der Multi-Rente angemessen berücksichtigt.

Die neue Regelung wird zwei Wochen, nachdem Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründen mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

9. Innovationsupdate

Werden die dem Vertrag zugrunde liegenden Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente oder die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers und ohne Mehrprämie geändert (Bedingungsverbesserung), so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

D. Rentenleistung

1. Zeitpunkt der Rentenleistung

Die Rentenleistung erfolgt ab dem Datum der erstmaligen Feststellung der festgelegten Leistungsvoraussetzungen, jedoch nicht länger als 6 Monate rückwirkend nach der Meldung beim Versicherer. Abweichend hiervon erfolgt die Rentenleistung gemäß Leistungsart B 1 (Unfallrente) rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat.

2. Höhe der Leistung

Wir zahlen die Rente unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person in Höhe der vereinbarten Rentensumme.

3. Allgemeine Voraussetzungen für die Rentenleistung

3.1. Benachrichtigen Sie uns unverzüglich, sobald eine Beeinträchtigung der jeweiligen Leistungsart vorliegen könnte und suchen Sie umgehend einen Arzt auf. Wenn Sie uns eine Beeinträchtigung nicht zeitnah melden oder nicht umgehend einen Arzt aufsuchen, kann dies Nachteile für Sie bei unserer Leistungsentscheidung zur Folge haben, da uns gegenüber der Nachweis des Eintritts und des ununterbrochenen irreversiblen Vorliegens einer versicherten Beeinträchtigung durch einen Arzt erbracht werden muss.

3.2. Uns sind eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Beeinträchtigung sowie ausführliche schriftliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, insbesondere über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens einzureichen. Die ärztlichen Gebühren, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernimmt der Versicherer.

3.3. Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen und Prüfungen durch von uns beauftragte Personen verlangen. Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser, sonstige medizinische Einrichtungen, bei denen sie in Behandlung war oder sein wird, und Behörden sowie Träger der gesetzlichen oder privaten Kranken- bzw. Pflegeversicherung zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen. Des Weiteren können wir auch Auskünfte über Ihre wirtschaftlichen Verhältnisse verlangen.

3.4. Wir sind verpflichtet, nach Abschluss der Heilbehandlung – spätestens aber 3 Monate nach Beantragung einer Leistung – die Prüfung der Leistungsvoraussetzungen vorzunehmen. Bei Ablehnung eines Leistungsfalltes kann auf Grund der gleichen Krankheit frühestens nach einer Wartezeit von 12 Monaten erneut ein Leistungsantrag gestellt werden.

Sie können allerdings auf eigene Kosten in kürzeren Abständen medizinische Unterlagen einreichen. Wird dann auf Grund der eingereichten

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente für Kinder

Unterlagen der Leistungsfall festgestellt, so übernehmen wir einmalig die entstandenen Kosten für die medizinischen Unterlagen bis zur Höhe einer Monatsrente.

3.5. Die versicherte Person hat die Möglichkeit, diese Ermächtigungen in Form einer allgemeinen Schweigepflichtbindungserklärung oder für die jeweiligen Anfragen, einzelfallbezogene Entbindungserklärungen abzugeben. Für die mit jeder Einzelfallermächtigung verbundenen Mehrkosten können wir eine angemessene Kostenbeteiligung verlangen. Es steht Ihnen frei, diese Erklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen.

3.6. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Republik Österreich durchgeführt werden. Die Reisekosten sind von Ihnen zu zahlen.

3.7. Sämtliche Unterlagen für die Leistungsprüfung sind in deutscher Sprache einzureichen. Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

4. Pflichten der versicherten Person während der Rentenleistung

4.1. Eine Minderung oder einen Fortfall der jeweiligen Beeinträchtigung sowie der Tod der versicherten Person muss uns unverzüglich mitgeteilt werden.

4.2. Während der Dauer unserer Leistungspflicht sind wir auf unsere Kosten berechtigt, das Fortbestehen der jeweiligen Beeinträchtigung und ihren Umfang zu überprüfen. Dies gilt nur innerhalb unserer Reaktivierungsfrist von 5 Jahren ab Zahlung der ersten Monatsrente.

Dazu können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und (einmal) jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns beauftragte Ärzte verlangen.

D. Ziffer 3.3, Ziffer 3.4, Ziffer 3.5 und D. Ziffer 3.6 Satz 2 gelten entsprechend.

4.3. Wir sind zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn uns diese angeforderten Bescheinigungen nicht unverzüglich übersandt werden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

4.4. Wenn die vorgenannten Pflichten von Ihnen oder der versicherten Person vorsätzlich nicht erfüllt werden, können wir die Rentenleistung zur nächsten Fälligkeit einstellen.

4.5. Wir überweisen die monatliche Rente auf das vom Empfangsberechtigten benannte Bankkonto. Sofern wir auf ein Bankkonto außerhalb der Republik Österreich überweisen sollen, trägt der Empfänger die damit verbundenen Kosten sowie die damit verbundene Gefahr.

5. Folgen bei Verletzung von Pflichten

Solange eine Mitwirkungspflicht nach D Ziffer 3 - 4 von Ihnen oder der versicherten Person vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Das gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Ihre Ansprüche bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

6. Dynamisierung der Rentenleistung (sofern vereinbart)

6.1. Dynamisierung während der Vertragslaufzeit (Aktivdynamik)

Wenn Sie mit uns die planmäßige Erhöhung von Prämie und Leistung (Dynamik) vereinbart haben, steigt die versicherte monatliche Rente ohne erneute Gesundheitsprüfung für ihre Versicherung um den im Versicherungsschein angegebenen jährlichen Steigerungssatz.

6.1.1. Ihre Prämien erhöhen sich nach dem dann gültigen Tarif bzw. Produktvariante abhängig vom Alter und Geschlecht der versicherten Person.

6.1.2. Prämien und Versicherungsleistungen erhöhen sich jeweils zur nächsten Hauptfälligkeit.

6.1.3. Die planmäßige Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr innerhalb von zwei Wochen nach dem Fälligkeitsdatum schriftlich widersprechen.

Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen.

6.1.4. Die Dynamik tritt automatisch außer Kraft, sobald der Rentenanspruch den zum Zeitpunkt der Dynamisierung maßgeblichen in den Annahmerichtlinien angegebenen Höchstrentenbetrag erreicht hat. Sofern durch die Dynamisierung der zum Zeitpunkt der Anpassung in den Annahmerichtlinien festgelegte Höchstbetrag überschritten werden würde, wird maximal nur auf diesen Höchstbetrag angepasst

6.1.5. Dabei wird der Betrag der versicherten Multi-Rente auf volle Euro mathematisch gerundet.

6.2. Dynamisierung während des Leistungsfalls (Passivdynamik)

Wenn Sie mit uns die planmäßiger Erhöhung der Rente nach Eintritt des Versicherungsfalls vereinbart haben, steigt die versicherte monatliche Rente jährlich um 1,5 % jeweils zum 1.1. eines jeden Jahres; erstmals zum 1.1. des zweiten auf den Rentenbeginn folgenden Jahres. Dabei wird der Betrag der Multi-Rente auf volle Euro mathematisch gerundet.

7. Arbeitslosigkeit

Bei Arbeitslosigkeit gilt folgende Regelung:

Bei einer unverschuldeten Arbeitslosigkeit, die bei Ihnen als Versicherungsnehmer vor Vollendung des 58. Lebensjahres eintritt, wird der Versicherungsvertrag unter Erfüllung der nachfolgenden Kriterien beitragsfrei gestellt:

Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn Sie als Versicherungsnehmer keiner bezahlten Vollbeschäftigung nachgehen, beim Arbeitsamt als arbeitslos gemeldet sind, Arbeitslosengeld oder -hilfe beziehen und sich aktiv um Arbeit bemühen.

Waren Sie bei Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 24 Monate ununterbrochen vollbeschäftigt, bestand der Versicherungsvertrag bei Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 24 Monate und ist die Prämie bei Eintritt der Arbeitslosigkeit bezahlt, so wird der Versicherungsvertrag ab der, der Arbeitslosigkeit bzw. der Meldung bei uns folgenden Fälligkeit für bis zu 6 Monate beitragsfrei gestellt. Sollten Sie während dieser 6 Monate eine Beschäftigung annehmen und dann erneut arbeitslos werden, wird der Versicherungsvertrag ab der, der erneuten Arbeitslosigkeit bzw. der Meldung bei uns folgenden Fälligkeit nochmals beitragsfrei gestellt.

Die Beitragsfreistellung des Versicherungsvertrages gilt insgesamt für maximal 6 Monate.

Selbstständige gelten als arbeitslos, wenn sie ihre selbstständige Tätigkeit, außer durch Arbeitsunfähigkeit, unfreiwillig und nicht nur vorübergehend eingestellt haben (z.B. durch Konkurs) und sich aktiv um Arbeit bemühen, eine Beitragsfreistellung als Selbstständiger kann maximal 1-mal während der Vertragslaufzeit in Anspruch genommen werden.

Die Beendigung der Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen. Die entsprechenden Nachweise über die Arbeitslosigkeit sind von Ihnen zu erbringen.

Kein Anspruch auf Beitragsfreistellung besteht für Arbeitslosigkeit, die bei Antragstellung bereits bekannt oder schriftlich angekündigt war.

8. Wirksamkeit von Erklärungen und Mitteilungen

In Ergänzung zu Ziffer 16 AUB werden Ihre Erklärungen und Mitteilungen, die den Leistungsfall betreffen uns gegenüber erst dann wirksam, wenn sie schriftlich erfolgen und uns zugegangen sind.

E. Rechtsfolgen der Umstellung zum Zeitpunkt der Vollendung des 18. Lebensjahres (Volljährigkeitsklausel)

Die Multi-Rente für Kinder wird zum Ende des Monats, in dem die Hauptfälligkeit liegt, die der Vollendung des 18. Lebensjahres der versicherten Person folgt, automatisch ohne erneute Gesundheitsprüfung auf das Erwachsenen Produkt (Multi-Rente für Erwachsene) umgestellt. Die Umstellung erfolgt auf die entsprechende Produktvariante des Produktes für Erwachsene mit Eintrittsalter 18 Jahre.

Die bei Vertragsschluss ausgehändigten Bedingungen liegen dem Vertrag weiterhin zugrunde. Anstelle der Multi-Rente für Kinder tritt die Multi-

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente für Kinder

Rente für Erwachsene. Die im Kinderprodukt enthaltenen Regelungen zur Rentenbezugsdauer, Aktiv- oder Passivdynamik werden übernommen.

Eventuelle Sondervereinbarungen bei der Begrenzung des Versicherungsschutzes (siehe Versicherungsschein) oder Risikozuschläge bleiben in Höhe und Umfang weiterhin bestehen. Der Zusatzbaustein der Kapitalsofortleistung siehe Biffer 5 der Multi-Rente für Kinder ist im Erwachsenen-Produkt nicht mehr versicherbar und entfällt daher zum oben genannten Zeitpunkt der Umstellung automatisch.

Tritt nach Ablauf eines Monats ab Beginn des Versicherungsjahres, für das der erhöhte Beitrag zu entrichten ist, ein Versicherungsfall ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über den Mehrbeitrag erzielt worden ist, so bemessen sich die Leistungen des Versicherers nach den im Verhältnis des neuerdings erforderlichen zu dem bisherigen Beitrag herabgesetzten Versicherungssummen.

Der Versicherungsnehmer hat das Recht den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang des Versicherungsscheins der Multi-Rente für Erwachsene schriftlich.

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente für Erwachsene (Stand 01.04.2009)

A. Versicherungsumfang/Beschreibung der Leistungsarten

B. Leistungsarten

1. Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente)
 2. Rentenleistung bei Organschäden (Organrente)
 3. Rentenleistung bei Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)
 4. Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente)
 5. Kapitalsofortleistung
- ### C. Weitere Bestimmungen
1. Erweiterung des Versicherungsschutzes
 2. Nicht versicherbare Berufe
 3. Ende des Vertrages
 4. Nachträgliche Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Risikoprüfung
 5. Ausschlüsse

Die Allgemeinen Bedingungen informieren Sie über die gegenseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertragsverhältnis für die Multi-Rente für Erwachsene.

Sofern keine abweichenden Regelungen in den Zusatzbedingungen getroffen sind, werden die Allgemeinen Bedingungen für die Janitos Unfallversicherung (AUB) zugrunde gelegt.

A. Versicherungsumfang/Beschreibung der Leistungsarten

Die Janitos Multi-Rente unterscheidet vier Leistungsarten:

- dauerhafte Invalidität von mindestens 50 % nach einem Unfall (B. Ziffer 1)
- definierte Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit bestimmter Organe bzw. definierte Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten als Folge einzelner und bestimmter Krankheiten oder als Folge eines Unfalls (B. Ziffer 2),
- Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (B. Ziffer 3) und
- Feststellung einer Pflegestufe gemäß dem österreichischen Bundespflegegeldgesetz (BPGG) (B. Ziffer 4)

Der Eintritt des Leistungsfalles muss vor der Hauptfälligkeit liegen, die der Vollendung des 67. Lebensjahres folgt (Die Hauptfälligkeit ist der jährlich wiederkehrende Termin, zu dem das Versicherungsjahr abläuft).

Die Leistung wird als monatliche Rente während der vereinbarten Rentenzahldauer gezahlt. Zum Zeitpunkt des rechtmäßigen Anspruchs der monatlichen Rente endet gleichzeitig die Pflicht zur Prämienzahlung.

Die Leistungserbringung ist zunächst auf 3 Jahre befristet. Innerhalb dieser 3 Jahre nach Zahlung der ersten Monatsrente haben wir jährlich das Recht, eine Nachbemessung der gesundheitlichen Beeinträchtigung vornehmen zu lassen (Reaktivierungsfrist).

Sofern die Nachbemessung ergibt, dass die Voraussetzungen für den eingetretenen Leistungsfall nicht mehr bestehen, wird zu diesem Zeitpunkt die Rentenzahlung eingestellt und Sie haben das Recht, den Versicherungsschutz in Höhe der zuletzt bezogenen Rentenleistung ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder zu aktivieren.

Gleichzeitig tritt die Pflicht zur Prämienzahlung zu den dem Vertrag zugrunde liegenden Tarifprämien wieder in Kraft.

Sofern länger als 3 Jahre ununterbrochen die Voraussetzungen für den Leistungsfall vorgelegen haben, wandelt sich der befristete Rentenanspruch in einen dauerhaften Rentenanspruch um und wir zahlen Ihre Rente je nach vereinbarter Laufzeit lebenslang oder bis zum Ende des Monats in dem die Hauptfälligkeit liegt, die der Vollendung des 67. Lebensjahres folgt.

Der Anspruch auf Rentenleistung ist gegeben, sobald die Voraussetzungen für mindestens eine Leistungsart vorliegen. Für die Höhe der Renten-

6. Wartezeit

7. Prämienanpassungsklausel

8. Bedingungsanpassungsklausel

9. Innovationsupdate

D. Rentenleistung

1. Zeitpunkt der Rentenleistung

2. Höhe der Leistung

3. Allgemeine Voraussetzungen für die Rentenleistung

4. Pflichten der versicherten Person während der Rentenleistung

5. Folgen bei Verletzung von Pflichten

6. Dynamisierung der Rentenleistung (sofern vereinbart)

7. Arbeitslosigkeit

8. Wirksamkeit von Erklärungen und Mitteilungen

leistung ist es unerheblich, welche Leistungsart oder wie viele Leistungsarten zutreffen.

B. Leistungsarten

1. Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente)

1.1. Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 2 AUB leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

1.2. Voraussetzung für die Leistung

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 AUB ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50% geführt.

1.2.1. Verbesserte Gliedertaxe

In Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.1 AUB gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit folgende Invaliditätsgrade:

Arm	70 Prozent
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	70 Prozent
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	70 Prozent
Hand	60 Prozent
Daumen	25 Prozent
Zeigefinger	15 Prozent
anderer Finger	10 Prozent
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 Prozent
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70 Prozent
Bein bis unterhalb des Knies	60 Prozent
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	55 Prozent
Fuß	50 Prozent
große Zehe	8 Prozent
andere Zehe	5 Prozent
Auge	60 Prozent
Gehör auf einem Ohr	40 Prozent
Geruchssinn	15 Prozent
Geschmackssinn	15 Prozent
Stimme	40 Prozent

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente für Erwachsene

1.3. Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat
- monatlich im Voraus.

Die Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- die Hauptfälligkeit liegt, die der Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person folgt (Tarifvariante Leistungsbezug bis 67) oder
- die versicherte Person stirbt oder
- eine Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad < 50% ist. (Ist die Rentenzahlung länger als 3 Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.)

1.4. Fristverlängerung bei Invaliditätsansprüchen

In Abänderung von Ziffer 2.1.1.1 AUB muss die Invalidität innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall eingetreten sein und spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren 6 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht werden.

1.5. Vorerkrankungen

Auswirkungen von Gebrechen und Krankheiten im Sinne von Ziffer 3 AUB werden bei der Bemessung der Minderung der Invalidität berücksichtigt. In Abänderung von Ziffer 3 AUB unterbleibt die Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente für Erwachsene 30 Minderung, wenn der Mitwirkungsanteil der Krankheit oder des Gebrechens weniger als 50 % beträgt.

1.6. Berufliches Flugrisiko

In Abänderung von Ziffer 5.1.4 AUB sind alle beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeuges ausgeübt werden können, mitversichert. Ausgeschlossen bleiben berufliche Tätigkeiten als Luftsportgeräteführer sowie die ausgeschlossenen beruflichen Tätigkeiten (Testpilot und Flugversuchspilot) in C.2.

2. Rentenleistung bei Organschäden (Organrente)

2.1. Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

2.2. Voraussetzung für die Leistung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB gilt als Leistungsfall der Eintritt einer irreversiblen im folgenden unter 2.3 definierten Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der folgenden beschriebenen Organe bzw. einer definierten Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten als Folge einzelner bestimmter Krankheiten oder durch Unfall. Die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit ist uns durch ein ärztliches Gutachten zu belegen.

2.3. Bewertungsmaßstab

Die Beeinträchtigung der versicherten Organe und Krankheiten entspricht nach den Maßstäben der diesem Vertrag zu Grunde liegenden Bewertungen einer Invalidität von mehr als 50%. Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe anzusetzen.

2.3.1. Erkrankungen des Gehirns und des zentralen Nervensystems

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Schädigung des Gehirns oder des Rückenmarkes, die zu einer vollständigen Lähmung

- eines Beines und eines Armes oder
- mindestens einer Körperhälfte führt.

Vollständig heißt, dass die Funktion der Extremitäten zu 90 oder mehr Prozent aufgehoben ist.

Alle weiteren Beeinträchtigungen nach Schädigung des Gehirns oder des zentralen Nervensystems werden nach den Definitionen der Grundfähigkeiten beurteilt.

2.3.2. Psychische Störungen oder Geisteskrankheiten

Versichert sind alle psychischen oder geistigen Erkrankungen, die

- zu einer dauerhaften Betreuer/Vormundschaft oder dauerhaften Pflegschaft oder
- zu einer dauerhaften Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung oder
- zu einem dauerhaften Verlust der zeitlichen und räumlichen Orientierung geführt haben.

Versicherungsschutz besteht jedoch nicht bei einer dauerhaften geschlossenen Unterbringung auf Grund einer Straftat, einer Suchterkrankung und deren Folgen oder eines Suizidversuches und dessen Folgen.

2.3.3. Herzinfarkt und andere Herzerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gelten alle Herzerkrankungen wie z.B. Herzinfarkt, Herzklappenerkrankungen, Entzündungen des Herzmuskels oder Herzrhythmusstörungen, die zu einer erheblichen Minderung der Pumpleistung des Herzens geführt haben.

Eine erhebliche Minderung der Pumpleistung liegt vor bei einer:

- Ejektionsfraktion kleiner gleich 30% oder
- Fractional Shortening kleiner gleich 15% oder
- Herzvergrößerung Herz-Thorax-Ratio größer gleich 1,5 oder
- Herzinsuffizienz NYHA (New York Heart Association) III oder IV

Der Zustand muss irreversibel und auch durch Medikamente nicht dauerhaft über das oben beschriebene Maß verbesserbar sein. Werden die Funktionswerte durch eine Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

2.3.4. Nierenerkrankungen

Eingeschlossen sind alle Erkrankungen der Nieren, die z.B. aufgrund von Immunkrankheiten, chronischen Entzündungen, Verletzungen, Gefäßsklerose, Diabetes oder Bluthochdruck entstanden sind.

Geleistet wird ausschließlich bei Nierenerkrankungen, die die Leistungsfähigkeit der Nieren auf Dauer und irreversibel so reduzieren, dass die Werte

- Glomeruläre Filtrationsrate 40ml/min/1,73 qm Körperoberfläche bzw.
- Kreatinin-Clearance von 30ml/min /1,73 qm Körperoberfläche nicht überschritten werden oder der
- Kreatininwert 4mg/dl (350µmol/l) nicht unterschritten wird.

Werden die Werte durch eine Dialysebehandlung und/oder Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

2.3.5. Lungenerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Lungenerkrankung, die die Leistungsfähigkeit der Lungen auf Dauer und irreversibel erheblich reduziert. Eingeschlossen sind alle Erkrankungen der Lungen, wie z.B. Asthma, Emphysem, chronische Entzündungen und Verletzungen.

Die Leistungskraft der Lungen wird in Prozent von der Norm bestimmt.

Die Funktionsminderung wird ausschließlich anhand eingeführter Leitlinien zur Messung der Lungenfunktion bestimmt. Erheblich ist eine Reduktion der Lungenleistung, wenn:

- Forciertes expiratorisches Volumen (FEV1) kleiner gleich 40% oder
- Vitalkapazität (VK) kleiner gleich 40% oder
- Sauerstoffpartialdruck im arteriellen Blut (pO2) kleiner gleich 50% ist.

Eine Verbesserung der Werte durch die Benutzung eines Sauerstoffgerätes bzw. durch die künstliche Zufuhr von Sauerstoff gilt nicht als Verbesserung der Funktionsminderung.

Werden die Funktionswerte durch eine Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

2.3.6. Lebererkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Leberschädigung, die die Funktion der Leber erheblich reduziert. Die Funktionsminderung der Leber ist dann erheblich reduziert, wenn mindestens zwei der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Auftreten von Bauchwasser (Aszites)
- Auftreten von Krampfadern in der Speiseröhre
- Bilirubinwert (gesamt) größer gleich 3,0 mg/dl (51µmol/l)
- Albuminwert kleiner gleich 3,5 g/dl (35 g/l)
- Quickwert kleiner gleich 40%

Die Funktionsminderung muss irreversibel und auf Dauer sein.

Werden die Funktionen der Leber auf Grund einer Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

2.3.7. Krebs (ohne Lymphknotenkrebs und Blutkrebs)

Ein bösartiger Tumor liegt vor, wenn es zu unkontrolliertem Wachstum, der Aussaat von Tumorzellen mit Einwanderung in umliegendes Gewebe und der Zerstörung von gesundem Gewebe kommt.

Krebserkrankungen werden nach der Größe des Tumors (T) als T1, T2, T3 oder T4 beschrieben, zusätzlich nach der Beteiligung von Lymphknoten (N) und der Aussaat des Tumors (M).

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente für Erwachsene

Geleistet wird bei:

- allen Tumoren, die Absiedlungen in andere Körperorgane (Fern-Metastasen, M1 positiv) zeigen
- allen Tumoren der Größe T2 oder Stadium 2 mit Lymphknotenbeteiligung (N positiv)
- allen Tumoren der Größe T3 bzw. Stadium 3 und höherem Stadium
- dies gilt auch bei Wiederauftreten dieses Krebses (Rezidiv).

Ausgeschlossen sind:

- alle Carcinoma-in-situ
- Gebärmutterhalsdysplasien CIN-1, CIN-2, CIN-3
- alle Tumore der Größe T1 sowie T2 ohne Lymphknotenbeteiligung bzw. N positiv
- sowie alle Hautkrebserkrankungen.

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente für Erwachsene 32

Versichert sind aber maligne Melanome mit einer Tumordicke von mehr als 1,5 mm nach Breslow oder Clark Level 3.

2.3.8. Lymphknotenkrebs und Blutkrebs

Unter diesen Begriff fallen alle Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin.

Die Krebserkrankungen des Blutes und der Lymphknoten werden je nach Ausprägung in Stadien eingeteilt.

Stadium 1: Befall einer einzigen Lymphknotenregion ober- oder unterhalb des Zwerchfells

Stadium 2: Befall von zwei oder mehr Lymphknotenregionen ober- oder unterhalb des Zwerchfells

Stadium 3: Befall auf beiden Seiten des Zwerchfells

Stadium 4: Befall von nicht primär lymphatischen Organen (z.B. Leber, Knochenmark)

Geleistet wird bei:

- allen Blutkrebs- oder Lymphknotenkrebserkrankungen des Stadiums 2 oder größer
- dies gilt auch bei Wiederauftreten dieses Krebses (Rezidiv).

2.4. Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung eingetreten ist
- monatlich im Voraus.

Die Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- die Hauptfälligkeit liegt, die der Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person folgt (Tarifvariante Leistungsbezug bis 67) oder
- die versicherte Person stirbt oder
- eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen (Ist die Rentenzahlung länger als 3 Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten).

2.5. Vorerkrankungen

In Abänderung von Ziffer 3 AUB werden Vorerkrankungen nicht ange-rechnet.

3. Rentenleistung bei Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)

3.1. Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

3.2. Voraussetzung der Leistung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB tritt der Leistungsfall ein, wenn der Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten durch Unfall oder Krankheit nach der unter 3.3 aufgeführten Bewertungsskala zu einer Punktezahl von mindestens 100 Punkten führt. Der Verlust der Grundfähigkeiten muss irreversibel und nicht mehr therapierbar sein.

Der Verlust der Grundfähigkeiten ist uns durch ein ärztliches Gutachten zu belegen.

3.3. Bewertungsmaßstab

Die Bewertungsskala der Grundfähigkeiten unterscheidet zwei Grundfähigkeitenarten: A und B.

Die Punktezahl von mindestens 100 Punkten entspricht nach den Maßstäben der diesen Vertrag zu Grunde liegenden Bewertungen einer Invalidität von mehr als 50%. Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe anzusetzen.

3.3.1. Grundfähigkeiten der Kategorie A

- Sehen
- Sprechen
- Hören
- Sich Orientieren

Der vollständige, irreversible Verlust einer dieser Grundfähigkeiten der Kategorie A wird mit 100 Punkten bewertet.

3.3.1.1. Verlust des Sehvermögens (Blindheit)

Blindheit im Sinne der Grundfähigkeiten ist eine klinisch nachgewiesene, irreversible und nicht therapierbare Reduzierung der Sehfähigkeit entsprechend der nachfolgenden Definition:

Die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln

- a) nicht mehr als 1/50, oder
- b) nicht mehr als 1/35, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 30 Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder
- c) nicht mehr als 1/20, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 15 Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder
- d) nicht mehr als 1/10, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 10 Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder
- e) mehr als 1/10 bis zur vollen Sehschärfe, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 5 Grad oder weiter eingeschränkt ist.

Ein Rentenanspruch ergibt sich nur, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Sehschärfe oder das Sehfeld durch Hilfsmittel, Implantate oder andere therapeutische Maßnahmen nicht derart verbessert werden können, dass eine Blindheit im Sinne dieser Leistungsbeschreibung nicht mehr besteht.

3.3.1.2. Verlust des Sprachvermögens (Stummheit)

Ein Rentenanspruch entsteht, sofern die versicherte Person durch eine irreversible Schädigung entweder des zentralen Nervensystems (Gehirn) oder des Sprechapparates (Kehlkopf, Stimmbänder, Zunge) nicht fähig ist, irgendein verständliches Wort auszusprechen.

Nicht geleistet wird bei Verlust der Sprachfähigkeit durch nicht organische Ursachen.

Insbesondere psychogener Sprachverlust ist ebenfalls vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

3.3.1.3. Verlust des Hörvermögens (Taubheit)

Ein Rentenanspruch liegt vor, sobald die betreffende Person basierend auf folgender Definition auf beiden Seiten vollständig ertaubt ist:

Irreversibler und nicht therapierbarer Verlust der Hörfähigkeit für alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel.

Es besteht kein Rentenanspruch, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit durch ein Hörgerät, Implantat oder anderes Hilfsmittel oder durch therapeutische Maßnahmen derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel gehört werden können.

3.3.1.4. Verlust der Orientierung

Geleistet wird, wenn die betreffende Person:

- nicht mehr in der Lage ist, sich zeitlich, örtlich und zur eigenen Person zu orientieren.

Dieser Zustand muss dauerhaft irreversibel sein.

3.3.2. Grundfähigkeiten der Kategorie B

Die Kategorie B unterscheidet vier Bewertungsgruppen, denen einzelne Grundfähigkeiten mit entsprechender Punktebewertung zugeordnet sind. Der Verlust der Grundfähigkeiten muss irreversibel und dauerhaft sein.

3.3.2.1. Obere Extremitäten

Handfunktionen

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, weder mit der linken noch mit der rechten Hand einen Schreibstift zu benutzen oder eine Tastatur zu bedienen

25 Punkte

oder

kann Messer und Gabel nicht gleichzeitig benutzen

25 Punkte

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente für Erwachsene

oder
kann kleine Teile wie z.B. einen Bleistift nicht vom Boden aufheben
25 Punkte

oder
kann weder mit der rechten noch mit der linken Hand eine Dreh- und Hebebewegung mit einer Hantel von 2 kg ausführen.
25 Punkte

Heben und Tragen
Die versicherte Person ist nicht in der Lage, weder mit dem rechten noch mit dem linken Arm einen 2 kg schweren Gegenstand von einem Tisch zu heben und 5 m wegzutragen.
25 Punkte

Arme bewegen
Es ist der versicherten Person nicht möglich, eine Jacke oder einen Mantel ohne Hilfestellung anzuziehen.
Das heißt: Es ist nicht möglich, nach hinten zu greifen, um einen Mantel oder eine Jacke mit jedem Arm anzuziehen.
„Nach hinten greifen“ bedeutet hierbei die nach oben und hinten sowie die nach unten und hinten gerichtete Bewegung (Nackengriff und Schürzenbindegriff) beider Arme.
„Jacke oder Mantel“ bedeuten hierbei normale Kleidungsstücke mit Ärmeln.
„Beide Arme“ bedeutet, dass sowohl der linke als auch der rechte Arm in gleicher Weise eingeschränkt ist.
25 Punkte

3.3.2.2 Untere Extremitäten
Treppen steigen
Die versicherte Person kann eine Treppe mit 12 Stufen nicht hinauf- oder hinabgehen, ohne eine Pause von mindestens einer Minute zu machen.
Die Treppenstufenhöhe soll 18 cm nicht überschreiten:
– Treppe hinauf gehen 15 Punkte
– Treppe hinunter gehen 15 Punkte
Nicht gehen können
Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, eine Entfernung von 200 m über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, ohne sich abzustützen und/oder ohne sich setzen zu müssen.
Die Zeitdauer für die Strecke soll nicht länger als 10 Minuten betragen.
Verordnete Hilfsmittel müssen benutzt werden. 30 Punkte

Stehen
Die versicherte Person kann keine 10 Minuten stehen, ohne sich abzustützen.
Verordnete Hilfsmittel müssen benützt werden. 30 Punkte

Knien und Bücken
Die versicherte Person ist nicht mehr fähig, sich niederzuknien oder soweit zu bücken, um einen leichten Gegenstand vom Boden aufzuheben und sich dann wieder aufzurichten. 30 Punkte

3.3.2.3 Wirbelsäule und Becken
Sitzen und Erheben
Definition „Sitzen“:
Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, 30 Minuten auf einem Stuhl ohne Armlehnen aufrecht zu sitzen (dabei berühren die Füße beim Sitzen den Boden), ohne die Rückenlehne mit dem Körper zu berühren.
20 Punkte

Definition „sich erheben“:
Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, ohne Gebrauch der Hände oder Arme von einem Stuhl aufzustehen (dabei berühren die Füße beim Sitzen den Boden). 20 Punkte

„Ohne Gebrauch der Hände und Arme“ bedeutet: Ohne die Armlehnen des Stuhls zu gebrauchen und ohne die Hilfe anderer Personen, Hilfsmittel oder anderer Gegenstände.

Beugen
Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, einen Gegenstand von 2 kg Gewicht aus einer Höhe von 40 cm aufzunehmen und auf einem 1 m hohen Tisch abzusetzen. 30 Punkte

3.3.2.4 Mobilität
Auto fahren
Aus medizinischen Gründen ist der versicherten Person die Fahrberechtigung entzogen worden.
Der Verlust infolge Verstoßes gegen gesetzliche Vorschriften ist ausgeschlossen.

Bei der Fahrberechtigung handelt es sich um einen Führerschein der Klasse „B“ nach dem Führerscheingesetz (FSG).
Berufskraftfahrberechtigungen fallen nicht unter diese Regelung.
30 Punkte

3.4. Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung eingetreten ist
- monatlich im Voraus.

Die Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- die Hauptfälligkeit liegt, die der Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person folgt (Tarifvariante Leistungsbezug bis 67) oder
- die versicherte Person stirbt oder
- eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen (Ist die Rentenzahlung länger als 3 Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.)

3.5. Vorerkrankungen

In Abänderung von Ziffer 3 AUB werden Vorerkrankungen nicht angerechnet.

4. Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente)

4.1. Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

4.2. Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person erhält während der Vertragslaufzeit aufgrund eines Unfalles oder wegen einer Krankheit eine Einstufung in die Pflegestufe IV, V, VI oder VII nach österreichischem Pflegegeldgesetz.

Dies entspricht nach den Maßstäben der diesem Vertrag zu Grunde liegenden Bewertungen einer Invalidität von mehr als 50 %.

Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe maßgebend.

Ziffer 4.1 und 4.2 AUB finden keine Anwendung, sofern die Beeinträchtigungen während der Vertragslaufzeit eintreten.

4.3. Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Pflegestufe IV, V, VI oder VII zuerkannt wurde
- monatlich im Voraus.

Die Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- die Hauptfälligkeit liegt, die der Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person folgt (Tarifvariante Leistungsbezug bis 67) oder
- die versicherte Person stirbt oder
- keine Pflegestufe IV, V, VI oder VII mehr besteht. (Ist die Rentenzahlung länger als 3 Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Pflegestufe nach dieser Frist entfallen ist.)

Die versicherte Person ist verpflichtet, den Wegfall der Pflegestufe IV, V, VI oder VII innerhalb eines Monats zu melden.

4.4. Vorerkrankungen

In Abänderung von Ziffer 3 AUB werden Vorerkrankungen nicht angerechnet.

5. Kapitalsofortleistung

Sobald die Voraussetzungen für mindestens eine Leistungsart im Sinne von B. Ziffer 1-4 vorliegen, wird zusätzlich zur ersten, monatlichen Rentenzahlung eine einmalige Kapitalsofortleistung in Höhe von drei Monatsrenten fällig.

Die Kapitalsofortleistung entfällt, sofern der Leistungsfall durch Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten eingetreten ist, die der versicherten Person zustoßen, während sie Fahrer(in) eines Motorrades ist. Diese Einschränkung gilt nur, falls das Motorrad Fahren in dem jeweiligen Vertrag nicht gegen Zuschlag mitversichert und dies im Versicherungsschein entsprechend dargestellt ist. Als Motorräder werden alle Krafrä-

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente für Erwachsene

der, Kraftroller, Quads, oder Trikes mit einem Hubraum ab 50 ccm eingestuft.

C. Weitere Bestimmungen

1. Erweiterung des Versicherungsschutzes

1.1. Herzinfarkte/Schlaganfälle/Bewusstseinsstörungen

In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB bezieht sich der Versicherungsschutz auch auf Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Schlaganfälle, Herzinfarkt, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten betreffen, hervorgerufen werden.

1.2. Alkoholklausel

In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB sind Unfälle infolge Bewusstseinsstörungen mitversichert, soweit diese durch Trunkenheit verursacht sind; beim Lenken von motorisierten Fahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt zum Unfallzeitpunkt 1,3 ‰ nicht übersteigt.

1.3. Erfrierungen

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB gelten auch Gesundheitsschäden durch Erfrierungen als Unfallereignis.

1.4. Unerlaubtes Fahren eines PKWs

Abweichend von Ziffer 5.1.2 AUB ist bei Personen unter 18 Jahren sowie bei Personen, die eine Betreuung benötigen, auch dann Versicherungsschutz gegeben, wenn die versicherte Person ein Personenkraftfahrzeug lenkt oder fährt, ohne im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis zu sein. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.

1.5. Sonstige Leistungseinschlüsse

Ziffer 5.2 AUB findet keine Anwendung. Abweichend von Ziffer 5.2 AUB besteht insbesondere Versicherungsschutz für Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen, Infektionen, Vergiftungen, Bauch- und Unterleibsbrüche.

2. Nicht versicherbare Berufe

Nicht versichert sind Beeinträchtigungen bei Tätigkeiten, die im Rahmen der folgenden Berufsbilder auftreten:

Akrobat, Artist, Bergungstaucher, Bohrschichtführer, Boxer, Dompteur, Drachenfluglehrer, Fallschirmlehrer, Flugversuchspilot, Forschungstaucher, Mitarbeiter von Munitions-, Such- und Räumungstrupps, Schießmeister, Sprengmeister/-beauftragter/-berechtigter/-hauer/-macher, Stückschieser (Bergbau), Rennfahrer im Bereich Motorsport (z.B. Formel 1 oder Motorradrennfahrer), Stuntman, Testfahrer, Testpilot, Tierbändiger, Trapezkünstler, Versuchsfahrer und Werksfahrer.

3. Ende des Vertrages

3.1. Grundsätzliches

Ihr Vertrag endet – in Abweichung von Ziffer 10.2 AUB – ohne dass es einer Kündigung bedarf, spätestens mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet.

3.2. Kündigung durch Versicherungsnehmer

Sie können den Versicherungsvertrag gemäß Ziffer 10.2 oder Ziffer 10.3 AUB entsprechend kündigen.

3.3. Einschränkung des Kündigungsrechts des Versicherers

In Abänderung von Ziffer 10.2 und Ziffer 10.3 AUB wird das Kündigungsrecht des Versicherers ausgeschlossen. Der Rücktritt oder die Kündigung nach Ziffer 11 AUB (Nichtzahlung der Erst- bzw. Folgeprämie), Ziffer 13 AUB (Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht) oder Ziffer 8 AUB (Nichtbeachtung von Obliegenheiten im Leistungsfall) sind jedoch von dem oben genannten Ausschluss nicht betroffen und bleiben daher als Recht für uns bestehen.

4. Nachträgliche Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Risikoprüfung

4.1. Sie können unter den nachfolgenden Voraussetzungen einmalig, ohne erneute Risikoprüfung, die versicherte monatliche Rente erhöhen, sofern diese Erhöhung nicht mehr als 25 % (max. 500 Euro) der bislang versicherten monatlichen Rente beträgt (Erhöhungsgarantie).

4.1.1. bei Heirat bzw. Registrierung nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) der versicherten Person, als Nachweis sind die entsprechenden Dokumente (z.B. Heiratsurkunde) einzureichen;

4.1.2. bei Geburt eines Kindes der versicherten Person, als Nachweis ist die Geburtsurkunde einzureichen;

4.1.3. bei Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, als Nachweis ist der amtliche Adoptionsbeschluss einzureichen;

4.1.4. bei rechtskräftiger Scheidung oder Aufhebung der Lebenspartnerschaft nach dem LPartG der versicherten Person, der entsprechende Nachweis (z.B. rechtskräftiges Urteil) ist einzureichen;

4.1.5. bei Erwerb von Eigentum an einer Immobilie zu Wohnzwecken durch die versicherte Person, als Nachweis ist ein amtlicher Grundbuchauszug einzureichen.

4.1.6. bei Erhöhung der Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit um mind. 15% innerhalb eines Jahres. Die Erhöhung muss dauerhaft sein und darf sich nicht aus erfolgsabhängigen Gehaltsbestandteilen oder Einmalzahlungen ergeben. Die Erhöhung ist durch einen Gehaltsnachweis oder eine Bestätigung des Arbeitgebers zu belegen.

4.2. Die Erhöhungsgarantie setzt zum Zeitpunkt der Anpassung voraus,

4.2.1. dass die versicherte Person nicht älter als 40 Jahre ist;

4.2.2. dass der zu diesem Zeitpunkt in den Annahmerichtlinien festgelegte Höchstrentenbetrag noch nicht erreicht ist

4.2.3. dass der Leistungsfall im Sinne von Abschnitt B. Ziffer 1 - B. Ziffer 4 noch nicht eingetreten ist;

4.2.4. dass dieses Recht innerhalb von drei Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses ausgeübt wird.

4.3. Die zusätzlich zu zahlende Prämie richtet sich nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten Alter. Sonstige bereits vertraglich vereinbarte Konditionen (z.B. Klauseln oder Risikozuschläge) finden auf die zusätzliche Absicherung ebenfalls Anwendung.

4.4. Sofern durch die Erhöhung der zum Zeitpunkt der Anpassung in den Annahmerichtlinien festgelegte Höchstrentenbetrag überschritten werden würde, kann maximal nur auf diesen Höchstrentenbetrag erhöht werden.

5. Ausschlüsse

In Ergänzung der AUB-Ausschlüsse Ziffer 5 bestehen für die Multi-Rente für alle vier Leistungskomponenten nachfolgende Ausschlüsse.

Wir leisten nicht, wenn die Beeinträchtigung verursacht worden ist:

5.1. durch bewusste Herbeiführung von Krankheiten oder Kräfteverfall, bewusste Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung der versicherten Person. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung(-bildung) ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;

5.2. (entfällt)

5.3. unmittelbar oder mittelbar durch vorsätzliche Ausführung einer Straftat oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person;

5.4. unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter aktiv teilgenommen hat;

5.5. durch Kriegereignisse; bei Kriegereignissen außerhalb der Republik Österreich werden wir jedoch leisten, wenn die Beeinträchtigung unmittelbar durch Geschehnisse verursacht wird, die sich innerhalb der ersten sieben Tage nach Ausbruch des Krieges ereignen;

5.6. durch Strahlen aufgrund von Kernenergie. Wenn die versicherte Person berufsmäßig diesem Risiko ausgesetzt ist oder eine Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt erfolgt, werden wir jedoch leisten. Ein möglicher Leistungsanspruch für Schäden durch Kernenergie nach B 2.3.7 oder B 2.3.8 (Krebserkrankungen) bleibt hiervon unberührt;

5.7. durch Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt;

5.8. durch Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten im Sinne von Ziffer 5.1.4 AUB.

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente für Erwachsene

Für die beruflichen Tätigkeiten gemäß B. Ziffer 1.6 besteht für alle 4 Leistungskomponenten weiterhin Versicherungsschutz.

5.9. anlässlich eines Aufenthaltes in Ländern, für die zum Zeitpunkt der Beeinträchtigung eine Reisewarnung des österreichischen Außenministeriums bestanden hat.

5.10. durch Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten, die der versicherten Person als Fahrer(in) eines motorisierten Fahrzeuges zustoßen, wenn der Blutalkoholgehalt der versicherten Person zum Zeitpunkt des Unfalles über 1,3 ‰ lag oder die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles unter Drogeneinfluss stand.

6. Wartezeit

6.1. Für die Erbringung einer Leistung aus dem Organ-/Grundfähigkeiten-/Pflegekonzept besteht, außer bei Unfall, für die Krankheiten Multiple Sklerose (MS) und Krebs eine Wartezeit.

6.2. Die Wartezeit startet mit dem im Versicherungsschein angegebenen Vertragsbeginn.

6.3. Die Wartezeit beträgt bei Krebs sechs Monate und bei MS 12 Monate.

6.4. Liegt der Zeitpunkt des ersten Auftretens klinisch relevanter Symptome oder der Diagnosestellung von MS und/oder Krebs und anderen Tumorerkrankungen, auch des blutbildenden und lymphatischen Systems, innerhalb der angegebenen Wartezeit, ist diese Krankheit nicht mitversichert. Die nachträglich Umdeutung primär unauffällig interpretierter Befunde bleibt unberücksichtigt. Die daraus resultierenden Krankheitsfolgen sind dauerhaft ausgeschlossen.

7. Prämienanpassungsklausel

Mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders können wir die Prämien für bestehende Versicherungsverträge erhöhen. Der unabhängige Treuhänder wird einer Prämienhöhung nur zustimmen, wenn die Prämienhöhung bei einer nicht nur vorübergehenden und nicht vorsehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs erforderlich ist, damit wir auf Dauer unsere Leistungsverpflichtungen aus den abgeschlossenen Versicherungsverträgen gewährleisten können.

Eine solche Prämienhöhung wird nur wirksam, wenn wir Ihnen die Änderung unter Kenntlichmachung des Unterschiedes zwischen alter und neuer Prämie spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitteilen und Sie schriftlich über Ihr Kündigungsrecht belehren.

Sie können ihren Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung zu dem Zeitpunkt kündigen, an dem die Prämienhöhung wirksam werden würde.

Vermindert sich die neue Tarifprämie bei gleicher oder besserer Leistung, verpflichten wir uns, die Prämie vom Beginn der nächsten Versicherungsperiode an auf die Höhe der neuen Tarifprämie zu senken.

8. Bedingungsanpassungsklausel

Diese Versicherungsbedingungen können wir auch nachträglich

8.1. bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die betroffenen Bestimmungen beruhen, oder

8.2. bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtssprechung, oder

8.3. bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der Verwaltungspraxis der deutschen Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, durch neue Regelungen ersetzen, wenn die Änderung der Versicherungsbedingungen zur Fortführung des Versicherungsvertrages notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für Sie oder uns auch unter Berücksichtigung der Interessen der jeweils anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie die Wahrung des Vertragsziels der Versicherungsnehmer der Multi-Rente angemessen berücksichtigt.

Die neue Regelung wird zwei Wochen, nachdem Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

9. Innovationsupdate

Werden die dem Vertrag zugrunde liegenden Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente oder die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers und

ohne Mehrprämie geändert (Bedingungsverbesserung), so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

D. Rentenleistung

1. Zeitpunkt der Rentenleistung

Die Rentenleistung erfolgt ab dem Datum der erstmaligen Feststellung der festgelegten Leistungsvoraussetzungen, jedoch nicht länger als 6 Monate rückwirkend nach der Meldung beim Versicherer. Abweichend hiervon erfolgt die Rentenleistung gemäß Leistungsart B 1 (Unfallrente) rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat.

2. Höhe der Leistung

Wir zahlen die Rente unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person in Höhe der vereinbarten Rentensumme.

3. Allgemeine Voraussetzungen für die Rentenleistung

3.1. Benachrichtigen Sie uns unverzüglich, sobald eine Beeinträchtigung der jeweiligen Leistungsart vorliegen könnte und suchen Sie umgehend einen Arzt auf. Wenn Sie uns eine Beeinträchtigung nicht zeitnah melden oder nicht umgehend einen Arzt aufsuchen, kann dies Nachteile für Sie bei unserer Leistungsentscheidung zur Folge haben, da uns gegenüber der Nachweis des Eintritts und des ununterbrochenen irreversiblen Vorliegens einer versicherten Beeinträchtigung durch einen Arzt erbracht werden muss.

3.2. Uns sind eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Beeinträchtigung sowie ausführliche schriftliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, insbesondere über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens einzureichen. Die ärztlichen Gebühren, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernimmt der Versicherer.

3.3. Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen und Prüfungen durch von uns beauftragte Personen verlangen. Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser, sonstige medizinische Einrichtungen, bei denen sie in Behandlung war oder sein wird, und Behörden sowie Träger der gesetzlichen oder privaten Kranken- bzw. Pflegeversicherung zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen. Des Weiteren können wir auch Auskünfte über Ihre wirtschaftlichen Verhältnisse verlangen.

3.4. Wir sind verpflichtet, nach Abschluss der Heilbehandlung – spätestens aber 3 Monate nach Beantragung einer Leistung – die Prüfung der Leistungsvoraussetzungen vorzunehmen. Bei Ablehnung eines Leistungsfalles kann auf Grund der gleichen Krankheit frühestens nach einer Wartezeit von 12 Monaten erneut ein Leistungsantrag gestellt werden.

Sie können allerdings auf eigene Kosten in kürzeren Abständen medizinische Unterlagen einreichen. Wird dann auf Grund der eingereichten Unterlagen der Leistungsfall festgestellt, so übernehmen wir einmalig die entstandenen Kosten für die medizinischen Unterlagen bis zur Höhe einer Monatsrente.

3.5. Die versicherte Person hat die Möglichkeit, diese Ermächtigungen in Form einer allgemeinen Schweigepflichtentbindungserklärung oder für die jeweiligen Anfragen, einzelfallbezogene Entbindungserklärungen abzugeben. Für die mit jeder Einzelfallermächtigung verbundenen Mehrkosten können wir eine angemessene Kostenbeteiligung verlangen. Es steht Ihnen frei, diese Erklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen.

3.6. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Republik Österreich durchgeführt werden. Die Reisekosten sind von Ihnen zu zahlen.

3.7. Sämtliche Unterlagen für die Leistungsprüfung sind in deutscher Sprache einzureichen. Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

4. Pflichten der versicherten Person während der Rentenleistung

4.1. Eine Minderung oder einen Fortfall der jeweiligen Beeinträchtigung sowie der Tod der versicherten Person muss uns unverzüglich mitgeteilt werden.

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente für Erwachsene

4.2. Während der Dauer unserer Leistungspflicht sind wir auf unsere Kosten berechtigt, das Fortbestehen der jeweiligen Beeinträchtigung und ihren Umfang zu überprüfen. Dies gilt nur innerhalb unserer Reaktivierungsfrist von 3 Jahren ab Zahlung der ersten Monatsrente.

Dazu können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und (einmal) jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns beauftragte Ärzte verlangen.

D. Ziffer 3.3, Ziffer 3.4, Ziffer 3.5 und D. Ziffer 3.6 Satz 2 gelten entsprechend.

4.3. Wir sind zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn uns diese angeforderten Bescheinigungen nicht unverzüglich übersandt werden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

4.4. Wenn die vorgenannten Pflichten von Ihnen oder der versicherten Person vorsätzlich nicht erfüllt werden, können wir die Rentenleistung zur nächsten Fälligkeit einstellen.

4.5. Wir überweisen die monatliche Rente auf das vom Empfangsberechtigten benannte Bankkonto. Sofern wir auf ein Bankkonto außerhalb der Republik Österreich überweisen sollen, trägt der Empfänger die damit verbundenen Kosten sowie die damit verbundene Gefahr.

5. Folgen bei Verletzung von Pflichten

Solange eine Mitwirkungspflicht nach D Ziffer 3 – 4 von Ihnen oder der versicherten Person vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Das gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Ihre Ansprüche bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

6. Dynamisierung der Rentenleistung (sofern vereinbart)

6.1. Dynamisierung während der Vertragslaufzeit (Aktivdynamik)

Wenn Sie mit uns die planmäßige Erhöhung von Prämie und Leistung (Dynamik) vereinbart haben, steigt die versicherte monatliche Rente ohne erneute Gesundheitsprüfung für ihre Versicherung um den im Versicherungsschein angegebenen jährlichen Steigerungssatz.

6.1.1. Ihre Prämien erhöhen sich nach dem dann gültigen Tarif bzw. Produktvariante abhängig vom Alter und Geschlecht der versicherten Person.

6.1.2. Prämien und Versicherungsleistungen erhöhen sich jeweils zur nächsten Hauptfälligkeit.

6.1.3. Die planmäßige Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr innerhalb von zwei Wochen nach dem Fälligkeitsdatum schriftlich widersprechen.

Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen.

6.1.4. Die Dynamik tritt automatisch außer Kraft, sobald der Rentenanspruch den zum Zeitpunkt der Dynamisierung maßgeblichen in den Annahmerichtlinien angegebenen Höchstrentenbetrag erreicht hat. Sofern durch die Dynamisierung der zum Zeitpunkt der Anpassung in den Annahmerichtlinien festgelegte Höchstbetrag überschritten werden würde, wird maximal nur auf diesen Höchstbetrag angepasst.

6.1.5. Dabei wird der Betrag der versicherten Multi-Rente auf volle Euro mathematisch gerundet.

6.2. Dynamisierung während des Leistungsfalls (Passivdynamik)

Wenn Sie mit uns die planmäßiger Erhöhung der Rente nach Eintritt des Versicherungsfalls vereinbart haben, steigt die versicherte monatliche Rente jährlich um 1,5 % jeweils zum 1.1. eines jeden Jahres; erstmals zum 1.1. des zweiten auf den Rentenbeginn folgenden Jahres. Dabei wird der Betrag der Multi-Rente auf volle Euro mathematisch gerundet.

7. Arbeitslosigkeit

Bei Arbeitslosigkeit gilt folgende Regelung:

Bei einer unverschuldeten Arbeitslosigkeit, die bei Ihnen als Versicherungsnehmer vor Vollendung des 58. Lebensjahres eintritt, wird der

Versicherungsvertrag unter Erfüllung der nachfolgenden Kriterien beitragsfrei gestellt:

Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn Sie als Versicherungsnehmer keiner bezahlten Vollbeschäftigung nachgehen, beim Arbeitsamt als arbeitslos gemeldet sind, Arbeitslosengeld oder -hilfe beziehen und sich aktiv um Arbeit bemühen.

Waren Sie bei Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 24 Monate ununterbrochen vollbeschäftigt, bestand der Versicherungsvertrag bei Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 24 Monate und ist die Prämie bei Eintritt der Arbeitslosigkeit bezahlt, so wird der Versicherungsvertrag ab der, der Arbeitslosigkeit bzw. der Meldung bei uns folgenden Fälligkeit für bis zu 6 Monate beitragsfrei gestellt. Sollten Sie während dieser 6 Monate eine Beschäftigung annehmen und dann erneut arbeitslos werden, wird der Versicherungsvertrag ab der, der erneuten Arbeitslosigkeit bzw. der Meldung bei uns folgenden Fälligkeit nochmals beitragsfrei gestellt.

Die Beitragsfreistellung des Versicherungsvertrages gilt insgesamt für maximal 6 Monate.

Selbstständige gelten als arbeitslos, wenn sie ihre selbstständige Tätigkeit, außer durch Arbeitsunfähigkeit, unfreiwillig und nicht nur vorübergehend eingestellt haben (z.B. durch Konkurs) und sich aktiv um Arbeit bemühen, eine Beitragsfreistellung als Selbstständiger kann maximal 1-mal während der Vertragslaufzeit in Anspruch genommen werden.

Die Beendigung der Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen. Die entsprechenden Nachweise über die Arbeitslosigkeit sind von Ihnen zu erbringen.

Kein Anspruch auf Beitragsfreistellung besteht für Arbeitslosigkeit, die bei Antragstellung bereits bekannt oder schriftlich angekündigt war.

8. Wirksamkeit von Erklärungen und Mitteilungen

In Ergänzung zu Ziffer 16 AUB werden Ihre Erklärungen und Mitteilungen, die den Leistungsfall betreffen uns gegenüber erst dann wirksam, wenn sie schriftlich erfolgen und uns zugegangen sind.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

(Stand 01.01.2008)

A Verarbeitung Ihrer Daten durch die Janitos Versicherung AG

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen.

Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versicherten-gemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren.

Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnissen geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

B Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrages oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf, der allerdings den Grundsätzen von Treu und Glauben unterliegt. Dabei sind neben den Interessen des Betroffenen auch die Interessen der speichernden Stelle zu berücksichtigen. Die Einwilligung kann nicht willkürlich, sondern nur dann widerrufen werden, wenn sich die für ihre Erteilung maßgebenden Gründe und Voraussetzungen geändert haben oder entfallen sind. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es u. U. nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerrufs oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

C Speicherung, Nutzung und Übermittlung Ihrer Daten

1. Datenspeicherung bei der Janitos Versicherung AG und Mitversicherern

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungsscheinnummer, Versicherungsdauer, Prämie, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Versicherungsvermittlers oder Versicherungsmaklers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden.

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsscheinnummer, Prämie, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechenden Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) hat der Versicherte bei Antragstellung, bei jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrages oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhaltes oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten.

Dazu bestehen bei Fachverbänden zentrale Hinweissysteme.

Solche Hinweissysteme gibt es auch beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV). Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiele:

Haftpflichtversicherung:

- Registrierung von auffälligen Schadenfällen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmissbrauchs besteht.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

Kraftfahrtversicherung:

- Registrierung von auffälligen Schadenfällen, Kfz-Diebstählen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmissbrauchs besteht.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

Rechtsschutzversicherung:

- Vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens zwei Versicherungsfällen innerhalb von 12 Monaten;
- Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens drei Versicherungsfällen innerhalb von 36 Monaten;
- vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf bei konkret begründetem Verdacht einer betrügerischen Inanspruchnahme der Versicherung.

Zweck: Überprüfung der Angaben zu Vorversicherungen bei der Antragstellung.

Sachversicherung:

- Aufnahme von Schäden und Personen, wenn Brandstiftung vorliegt oder wenn aufgrund des Verdachts des Versicherungsmissbrauchs der Vertrag gekündigt wird und bestimmte Schadenssummen erreicht sind.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und Verhinderung weiteren Missbrauchs.

Unfallversicherung:

- Meldung bei erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht;
- Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadenfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen;

Merkblatt zur Datenverarbeitung

- außerordentliche Kündigung durch den Versicherer nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung.

Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmissbrauch.

5. Betreuung durch Ihren Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten werden Sie durch Ihren Versicherungsvermittler betreut.

Versicherungsvermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften.

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält Ihr Versicherungsvermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z.B. Versicherungsnummer, Prämien, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen.

Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Versicherungsvermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Ihr Versicherungsvermittler verarbeitet und nutzt diese personenbezogenen Daten im Rahmen Ihrer Beratung und Betreuung.

Wir informieren Ihren Versicherungsvermittler über Änderungen der kundenrelevanten Daten.

Jeder Versicherungsvermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

6. Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten der Janitos Versicherung AG, Im Breitspiel 2-4, 69126 Heidelberg. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an die Janitos Versicherung AG.

Janitos Versicherung AG
Postfach 10 41 69
69031 Heidelberg
www.janitos.de