

Versicherungsantrag auf Haftpflichtversicherung für Berufsausübungsgemeinschaften Tarifstand 07/2023



Neuantrag Änderung des bisherigen Versicherungsvertrages Nr.: _____

ANTRAGSTELLER:

Frau Herr Firmierung Name/Vorname/Firmierung:

Telefon: _____

Mobil: _____

Telefax: _____

Straße/Nr.: _____

E-Mail: _____

PLZ/Ort: _____

Internet: _____

Erstgründung Gründungsdatum: _____
Angaben bitte in TT.MM.JJJJ

Zuständige(r) Zulassungsausschuss/-ausschüsse der kassenärztlichen
Vereinigung(en): _____

Vertragsärztliche Tätigkeit (Zulassung zur Teil-
nahme an der ambulanten ärztlichen Versorgung
der gesetzlich Krankenversicherten):

ja nein

VERMITTLER:

Maklerorganisation/Unternehmen: _____

Name des Vermittlers: _____

Janitos-Vermittlernummer: _____

WEITERE VERTRAGSBESTANDTEILE:

die Risikoanalyse vom _____

BERUFS-, BETRIEBS UND UMWELTSCHÄDEN:

Vertragsgrundlagen

Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Berufs-Haftpflichtversicherung für Ärzte, Zahnärzte und Ärzte in der Ausbildung

Versicherungssumme Berufs-Haftpflichtversicherung

Bis 5 Ärzte: 7,5 Mio. € pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden. Die Gesamtleistung des Versicherers für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres ist auf das Vierfache dieser Versicherungssumme begrenzt.

Betriebs-Haftpflichtversicherung + Umwelt-Haftpflichtversicherung

Die Betriebshaftpflicht für niedergelassene Ärzte sowie die Umwelt-Haftpflichtversicherung sind im Rahmen der Berufshaftpflicht mitversichert.

Umweltschadens-Basisversicherung

Schäden aus der Umweltschadens-Basisversicherung sind bis zu 3.000.000 € je Versicherungsjahr mitversichert (1-fach maximiert im Versicherungsjahr). Die Höchstersatzleistung je Versicherungsfall und zugleich je Versicherungsjahr ist im Rahmen der vorgenannten Versicherungssumme begrenzt

- bei Kosten der Ausgleichssanierung auf 20 %
- neuen Risiken auf 50 %
- Aufwendungen vor Eintritt des Versicherungsfalles werden im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme und der Jahreshöchstleistung bis 20 % je Störung des Betriebes oder behördlicher Anordnung und pro Versicherungsjahr ersetzt.

Sublimits

- Mietsachschäden gelten im Rahmen der Versicherungssumme mitversichert. Mietsachschäden an beweglichen Sachen (sonstige Mietsachschäden) sind bis zu einer Höhe von 10.000 € (maximiert auf 30.000 € im Versicherungsjahr) mitversichert.
- Schlüsselschäden aus beruflicher Tätigkeit (keine privaten Schlüssel) gelten im Rahmen der Versicherungssumme mitversichert.

- Tätigkeitsschäden gelten bis 50.000 € mitversichert.
- Eingebrachte Sachen sind bis zu 10.000 € je Fall und bis zu 30.000 € je Versicherungsjahr versichert.
- Schäden an den beim Versicherungsnehmer unsachgemäß gelagerten Arzneimitteln (auch eigenen) sind bis zu einer Höhe von 10.000 € pro Jahr mit versichert.
- Schäden aus der Nutzung von Internet-Technologien sind im Rahmen der Versicherungssumme mitversichert.

Selbstbehalte

- Für Zahnmediziner gilt für Sachschäden ein genereller Selbstbehalt von 250 €.
- Für Mietsachschäden an geleasteten Sachen gilt ein Selbstbehalt von 1.500 € an jedem derartigen Schaden.
- Für Mietsach-, Praxisabwässer-, Schlüssel- und Tätigkeitsschäden gilt ein Selbstbehalt von 150 € an jedem Schaden.
- Für Schäden aus dem Verderb von unsachgemäß gelagerten Arzneimitteln gilt ein Selbstbehalt von 150 € an jedem derartigen Schaden.
- Für Schäden im Rahmen der Umwelt-Haftpflichtversicherung gilt ein Selbstbehalt von 150 € an jedem Schaden sowie an Aufwendungen vor Eintritt des Versicherungsfalles.
- Für Schäden im Rahmen der Umweltschadens-Basisversicherung gilt ein Selbstbehalt von 150 €, auch bei Aufwendungen vor Eintritt des Versicherungsfalles.
- Für Ansprüche nach dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) gilt ein Selbstbehalt von 150 € an jedem Schaden.
- Für Vermögensschäden aus der versehentlichen Löschung, Veränderung oder Blockierung von Daten gilt ein Selbstbehalt von 150 € an jedem Schaden.
- Für Schäden aus dem Abhandenkommen von Dokumenten Dritter, die dem Versicherungsnehmer zur Ausübung seiner versicherten Tätigkeit überlassen wurden, gilt ein Selbstbehalt von 150 € an jedem Schaden.

PERSONELLE BESETZUNG:

I. Inhaber/Teilhaber – ärztlich tätig (min. 2 Partner erforderlich)

Name: _____	Tätigkeitsumfang:	<input type="checkbox"/> ambulant konservativ	<input type="checkbox"/> ambulant operativ	<input type="checkbox"/> ambulant und stationär	<input type="checkbox"/> Teilzeittätigkeit bis 20 Std. pro Woche
Fachrichtungen: _____		<input type="checkbox"/> sonstige nach Tarif: _____		<input type="checkbox"/> Aufklärungs-rabatt: _____	EUR
Name: _____	Tätigkeitsumfang:	<input type="checkbox"/> ambulant konservativ	<input type="checkbox"/> ambulant operativ	<input type="checkbox"/> ambulant und stationär	<input type="checkbox"/> Teilzeittätigkeit bis 20 Std. pro Woche
Fachrichtungen: _____		<input type="checkbox"/> sonstige nach Tarif: _____		<input type="checkbox"/> Aufklärungs-rabatt: _____	EUR
Name: _____	Tätigkeitsumfang:	<input type="checkbox"/> ambulant konservativ	<input type="checkbox"/> ambulant operativ	<input type="checkbox"/> ambulant und stationär	<input type="checkbox"/> Teilzeittätigkeit bis 20 Std. pro Woche
Fachrichtungen: _____		<input type="checkbox"/> sonstige nach Tarif: _____		<input type="checkbox"/> Aufklärungs-rabatt: _____	EUR
Name: _____	Tätigkeitsumfang:	<input type="checkbox"/> ambulant konservativ	<input type="checkbox"/> ambulant operativ	<input type="checkbox"/> ambulant und stationär	<input type="checkbox"/> Teilzeittätigkeit bis 20 Std. pro Woche
Fachrichtungen: _____		<input type="checkbox"/> sonstige nach Tarif: _____		<input type="checkbox"/> Aufklärungs-rabatt: _____	EUR
Name: _____	Tätigkeitsumfang:	<input type="checkbox"/> ambulant konservativ	<input type="checkbox"/> ambulant operativ	<input type="checkbox"/> ambulant und stationär	<input type="checkbox"/> Teilzeittätigkeit bis 20 Std. pro Woche
Fachrichtungen: _____		<input type="checkbox"/> sonstige nach Tarif: _____		<input type="checkbox"/> Aufklärungs-rabatt: _____	EUR

II. Angestellte Fachärzte/Zahnärzte

Beschäftigen Sie angestellte Fachärzte/Zahnärzte? (Ärzte in der Weiterbildung müssen nicht angegeben werden.) nein ja: Anzahl _____

Name: _____	Tätigkeitsumfang:	<input type="checkbox"/> ambulant konservativ	<input type="checkbox"/> ambulant operativ	<input type="checkbox"/> ambulant und stationär	<input type="checkbox"/> Teilzeittätigkeit bis 20 Std. pro Woche
Fachrichtungen: _____		<input type="checkbox"/> sonstige nach Tarif: _____		<input type="checkbox"/> Aufklärungs-rabatt: _____	EUR
Name: _____	Tätigkeitsumfang:	<input type="checkbox"/> ambulant konservativ	<input type="checkbox"/> ambulant operativ	<input type="checkbox"/> ambulant und stationär	<input type="checkbox"/> Teilzeittätigkeit bis 20 Std. pro Woche
Fachrichtungen: _____		<input type="checkbox"/> sonstige nach Tarif: _____		<input type="checkbox"/> Aufklärungs-rabatt: _____	EUR
Name: _____	Tätigkeitsumfang:	<input type="checkbox"/> ambulant konservativ	<input type="checkbox"/> ambulant operativ	<input type="checkbox"/> ambulant und stationär	<input type="checkbox"/> Teilzeittätigkeit bis 20 Std. pro Woche
Fachrichtungen: _____		<input type="checkbox"/> sonstige nach Tarif: _____		<input type="checkbox"/> Aufklärungs-rabatt: _____	EUR
Name: _____	Tätigkeitsumfang:	<input type="checkbox"/> ambulant konservativ	<input type="checkbox"/> ambulant operativ	<input type="checkbox"/> ambulant und stationär	<input type="checkbox"/> Teilzeittätigkeit bis 20 Std. pro Woche
Fachrichtungen: _____		<input type="checkbox"/> sonstige nach Tarif: _____		<input type="checkbox"/> Aufklärungs-rabatt: _____	EUR

Name: _____ Tätigkeitsumfang:

Fachrichtungen: _____ ambulant konservativ ambulant operativ ambulant und stationär Teilzeittätigkeit bis 20 Std. pro Woche

sonstige nach Tarif: _____ Aufklärungs-rabatt: _____ EUR

Name: _____ Tätigkeitsumfang:

Fachrichtungen: _____ ambulant konservativ ambulant operativ ambulant und stationär Teilzeittätigkeit bis 20 Std. pro Woche

sonstige nach Tarif: _____ Aufklärungs-rabatt: _____ EUR

BEHANDLUNGSSPEKTRUM (ZWINGEND ZU BEANTWORTEN)

Werden ärztliche Tätigkeiten im Ausland ausgeführt, die vom Versicherungsschutz umfasst sein sollen? (Falls ja, bitte den Ergänzungsbogen zur Auslandstätigkeit ausfüllen.) ja nein

Werden im Rahmen der zu versichernden Tätigkeit Profi-, Leistungssportler, Bundesligavereine, Nationalmannschaften betreut und/oder wird ein exklusives Betreuungsverhältnis bei Sport-, Musik- und/oder Kulturveranstaltungen unterhalten? (Falls ja, bitte den Ergänzungsbogen für die Betreuung von Profi- und Leistungssportlern ausfüllen.) ja nein

Werden Tätigkeiten im Rahmen von klinischen Studien erbracht, die über die reine ärztliche Behandlung (Behandlungsrisiko) am Patienten/Probanden hinausgehen? (Im Rahmen der Berufshaftpflicht gilt nur das Behandlungsrisiko versichert.) ja nein

Werden telemedizinische Beratungen/Behandlungen durchgeführt, bei denen sich Beratender, Behandelnder und/oder Patient nicht in der Europäischen Union, Norwegen, Liechtenstein, Island oder der Schweiz befinden und/oder die Behandlung nicht in der Europäischen Union, Norwegen, Liechtenstein, Island oder der Schweiz durchgeführt wird? ja nein

Werden folgende medizinisch nicht indizierte plastisch-ästhetisch Operationen/Behandlungen vorgenommen? (Bei Janitos nicht versicherbar.) Brustkorrekturen, Bauchdeckenplastik, Liposuktionsbehandlungen (Fettabsaugungen) mit Ausnahme von Lipödembehandlungen, Gesäß- und Reithosenplastik (auch mit Hilfe von Fillern), Intimoperationen, nicht medizinisch indizierte bariatrische Eingriffe, permanent Filler (nicht resorbierbar). ja nein

Für sonstige medizinisch nicht indizierte Behandlungen gilt: Für rein plastisch-ästhetisch indizierte Behandlungen und Eingriffe, die aus ästhetischen Gründen zur Beseitigung von Schönheitsfehlern vorgenommen werden und nicht der Verbesserung von körperlichen Funktionen dienen, besteht für Ärzte Versicherungsschutz unter der Voraussetzung, dass eine ordnungsgemäße Aufklärung gewährleistet wird und die Dokumentierung mit Hilfe eines professionellen Aufklärungssystems (bspw. Thieme Compliance, Ikonion, Synmedico, Perimed, Fachgesellschaften etc.), bei dem die regelmäßige Aktualisierung der Aufklärungsinhalte (medizinisch und juristisch) gewährleistet wird, erfolgt.

Zusätzlich gilt für Zahnmediziner:

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

Werden neben der zu versichernden Tätigkeit noch weitere ärztliche Tätigkeiten ausgeübt (z. B. paralleles Anstellungsverhältnis, stationäre Tätigkeit in einer Klinik etc.), die über andere Institutionen versichert sind (z. B. Betriebs-Haftpflichtversicherer des Krankenhauses)?

Falls ja, bitte die genaue Tätigkeit und den Namen der Klinik/Einrichtung, sowie den Namen des Versicherers angeben. ja nein

Wird eine Konsiliararztstätigkeit* erbracht? ja nein Wird eine Honorararztstätigkeit* erbracht? ja nein

* Bei stationären konsiliarärztlichen/honorarärztlichen Tätigkeiten bitte stets den Ergänzungsbogen für stationäre konsiliarärztliche/honorarärztliche Tätigkeiten einreichen. Bei Outsourcing eines gesamten Krankenhausbereichs bitte immer den Kooperationsvertrag mit dem Krankenhaus einreichen.

FACHGEBIETSSPEZIFIKA

Anästhesiologie

- Werden Narkosen durchgeführt? ja nein
- Wird eine ganze Anästhesiologie-Abteilung eines Krankenhauses (Outsourcing) übernommen? (Falls ja, bitte den Kooperationsvertrag mit dem Krankenhaus zur detaillierten Prüfung und Einzelfallquotierung einreichen.) ja nein
- Liegt eine ausschließlich schmerztherapeutische Tätigkeit vor? ja nein

Augenheilkunde

- Wird in der Praxis ein Handelsumsatz von über 50.000 € erzielt (z. B. mit Kontaktlinsen oder Kontaktlinsenflüssigkeiten)? ja nein
- Wird ein rechtlich eigenständiges Unternehmen unterhalten (z. B. Kontaktlinsenstudio oder Lasikzentrum)? (Eigener Betriebs-Haftpflichtvertrag erforderlich) ja nein

Chirurgie/Orthopädie und Unfallchirurgie/Orthopädie

- Werden endoprothetische Eingriffe vorgenommen? ja nein

Dermatologie

- Wird in der Praxis ein Handelsumsatz von über 50.000 € erzielt (z. B. mit Kosmetika oder Pflegeprodukten)? ja nein
- Wird ein rechtlich eigenständiges Unternehmen unterhalten (z. B. Kosmetikinstitut)? (Eigener Betriebs-Haftpflichtvertrag erforderlich) ja nein

Gynäkologie

- Wird aktive Geburtshilfe geleistet? ja nein
- Werden Verfahren der assistierten Reproduktion angewandt, die über die alleinige Insemination und/oder alleinige hormonelle Stimulation hinausgehen? ja nein
- Werden Abrasien, alleinige Inseminationen, Stanzbiopsien und/oder Mammapunktionen vorgenommen? ja nein
- Werden Amniozentesen (Fruchtwasserpunktionen), Chorionzotten- bzw. Plazentabiopsien und/oder Nabelschnurpunktionen vorgenommen? ja nein
- Werden nicht invasive pränatale Screening Tests (NIPT) durchgeführt, bei denen die Laborleistungen nicht innerhalb Deutschlands vorgenommen wird? ja nein

Innere Medizin und Allgemeinmedizin/Allgemeinmedizin

- Werden proktologische Eingriffe durchgeführt? ja nein

Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie

- Werden Herzkatheter-Untersuchungen vorgenommen? ja nein

Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie

- Anzahl der Dialyseplätze: _____ EUR
- Werden ambulant Zentrale Venenkatheter (ZVK), Shaldon-Katheter, Denver Shunts oder Bauchfell-Katheter gelegt? ja nein _____ EUR

Neurologie

- Werden ausschließlich psychiatrische Behandlungen vorgenommen? ja nein

Radiologie

- Werden radiologische Befundungen für ein Krankenhaus im Rahmen eines Outsourcing übernommen? (Falls ja, bitte den Kooperationsvertrag mit dem Krankenhaus zur detaillierten Prüfung und Einzelfallquotierung einreichen.) ja nein

Zahnärzte/Fachzahnärzte für Oralchirurgie/Kieferorthopäden

- Werden ambulant dentale Implantate gesetzt? ja nein _____ EUR
- Wird ein zahntechnisches Labor für fremde Zwecke unterhalten? (Eigener Betriebs-Haftpflichtvertrag erforderlich) ja nein _____ EUR

RABATTE

Aufklärungsrabatt:

(bei ambulanter operativer & ambulanter und stationärer Tätigkeit möglich) Diese Nachlassmöglichkeit gilt auch für Anästhesisten, Pathologen, Radiologen, Zahnmediziner und Jobsharing-Partner. Aufklärungsnachlass wird vereinbart (15 % Rabatt): ja nein _____ EUR
(Zwingend erforderlich: Erklärung zur Beantragung des Aufklärungsrabattes, siehe Seite 14)

DECKUNGSERWEITERUNGEN SONSTIGE RISIKEN

Ergänzende Risikobeschreibungen, Besondere Vereinbarungen z. B. ärztliche Gutachter, notärztliche Tätigkeit:

_____ EUR

NICHT VERSICHERBARE RISIKEN

- Ärzte und Hebammen, die Geburtshilfe betreiben
- Fachärzte für Labormedizin, die pränatal- diagnostische Untersuchungen vornehmen sowie medizinische und zytologische Laboratorien, die pränataldiagnostische Auswertungen vornehmen
- Kliniken (Akutkliniken), die an der Notfallversorgung teilnehmen und Geburtshäuser
- Studiensponsoring Gesellschaften
- nicht medizinisch indizierte bariatrische Eingriffe
- Allgemeinanästhesien durch Zahnmediziner
- die gegen den Facharztstandard verstoßende geplante parallele Durchführung von Allgemeinanästhesien

VORVERSICHERUNG/ VORSCHÄDEN (ZWINGEND ZU BEANTWORTEN)Name des Arztes: _____ bei Janitor, Versicherungs-Nr. _____ anderweitig, Name des Versicherers und VS-Nr.: _____ keine VorversicherungSind Sie in den letzten 5 Jahren haftpflichtig gemacht worden? (Bitte das Schadenmeldedatum angeben.) ja nein

Falls ja: Anzahl Personenschäden _____ Anzahl Sachschäden: _____ Anzahl Vermögensschäden: _____

Zahlungen: _____ EUR Reserven: _____ EUR

Bitte geben Sie alle Inanspruchnahmen an, auch laufende Verfahren die vor Gericht oder bei der Gutachterstelle im Schlichtungsverfahren offen sind. Geben Sie auch alle Fälle an, die ohne eine Zahlung (zu Ihren Gunsten) geschlossen wurden.**Bitte beachten Sie: Bei einer Falschangabe ist der Versicherer zum Rücktritt wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung berechtigt.**Ablauf der Vorversicherung: _____ Wurde eine Neuordnung des Vertrages vom Vorversicherer gefordert? ja neinWurde der Vertrag vom Vorversicherer gekündigt? ja nein Mit einer Anfrage bei dem/den Vorversicherer(n) bin ich einverstanden ja neinName des Arztes: _____ bei Janitor, Versicherungs-Nr. _____ anderweitig, Name des Versicherers und VS-Nr.: _____ keine VorversicherungSind Sie in den letzten 5 Jahren haftpflichtig gemacht worden? (Bitte das Schadenmeldedatum angeben.) ja nein

Falls ja: Anzahl Personenschäden _____ Anzahl Sachschäden: _____ Anzahl Vermögensschäden: _____

Zahlungen: _____ EUR Reserven: _____ EUR

Bitte geben Sie alle Inanspruchnahmen an, auch laufende Verfahren die vor Gericht oder bei der Gutachterstelle im Schlichtungsverfahren offen sind. Geben Sie auch alle Fälle an, die ohne eine Zahlung (zu Ihren Gunsten) geschlossen wurden.**Bitte beachten Sie: Bei einer Falschangabe ist der Versicherer zum Rücktritt wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung berechtigt.**Ablauf der Vorversicherung: _____ Wurde eine Neuordnung des Vertrages vom Vorversicherer gefordert? ja neinWurde der Vertrag vom Vorversicherer gekündigt? ja nein Mit einer Anfrage bei dem/den Vorversicherer(n) bin ich einverstanden ja neinName des Arztes: _____ bei Janitor, Versicherungs-Nr. _____ anderweitig, Name des Versicherers und VS-Nr.: _____ keine VorversicherungSind Sie in den letzten 5 Jahren haftpflichtig gemacht worden? (Bitte das Schadenmeldedatum angeben.) ja nein

Falls ja: Anzahl Personenschäden _____ Anzahl Sachschäden: _____ Anzahl Vermögensschäden: _____

Zahlungen: _____ EUR Reserven: _____ EUR

Bitte geben Sie alle Inanspruchnahmen an, auch laufende Verfahren die vor Gericht oder bei der Gutachterstelle im Schlichtungsverfahren offen sind. Geben Sie auch alle Fälle an, die ohne eine Zahlung (zu Ihren Gunsten) geschlossen wurden.**Bitte beachten Sie: Bei einer Falschangabe ist der Versicherer zum Rücktritt wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung berechtigt.**Ablauf der Vorversicherung: _____ Wurde eine Neuordnung des Vertrages vom Vorversicherer gefordert? ja neinWurde der Vertrag vom Vorversicherer gekündigt? ja nein Mit einer Anfrage bei dem/den Vorversicherer(n) bin ich einverstanden ja neinName des Arztes: _____ bei Janitor, Versicherungs-Nr. _____ anderweitig, Name des Versicherers und VS-Nr.: _____ keine Vorversicherung

Sind Sie in den letzten 5 Jahren haftpflichtig gemacht worden? (Bitte das Schadenmeldedatum angeben.) ja nein

Falls ja: Anzahl Personenschäden _____ Anzahl Sachschäden: _____ Anzahl Vermögensschäden: _____

Zahlungen: _____ EUR Reserven: _____ EUR

Bitte geben Sie alle Inanspruchnahmen an, auch laufende Verfahren die vor Gericht oder bei der Gutachterstelle im Schlichtungsverfahren offen sind. Geben Sie auch alle Fälle an, die ohne eine Zahlung (zu Ihren Gunsten) geschlossen wurden.

Bitte beachten Sie: Bei einer Falschangabe ist der Versicherte zum Rücktritt wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung berechtigt.

Ablauf der Vorversicherung: _____ Wurde eine Neuordnung des Vertrages vom Vorversicherer gefordert? ja nein

Wurde der Vertrag vom Vorversicherer gekündigt? ja nein Mit einer Anfrage bei dem/den Vorversicherer(n) bin ich einverstanden ja nein

Name des Arztes: _____ bei Janitor, Versicherungs-Nr. _____

anderweitig, Name des Versicherers und VS-Nr.: _____

keine Vorversicherung

Sind Sie in den letzten 5 Jahren haftpflichtig gemacht worden? (Bitte das Schadenmeldedatum angeben.) ja nein

Falls ja: Anzahl Personenschäden _____ Anzahl Sachschäden: _____ Anzahl Vermögensschäden: _____

Zahlungen: _____ EUR Reserven: _____ EUR

Bitte geben Sie alle Inanspruchnahmen an, auch laufende Verfahren die vor Gericht oder bei der Gutachterstelle im Schlichtungsverfahren offen sind. Geben Sie auch alle Fälle an, die ohne eine Zahlung (zu Ihren Gunsten) geschlossen wurden.

Bitte beachten Sie: Bei einer Falschangabe ist der Versicherte zum Rücktritt wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung berechtigt.

Ablauf der Vorversicherung: _____ Wurde eine Neuordnung des Vertrages vom Vorversicherer gefordert? ja nein

Wurde der Vertrag vom Vorversicherer gekündigt? ja nein Mit einer Anfrage bei dem/den Vorversicherer(n) bin ich einverstanden ja nein

Name des Arztes: _____ bei Janitor, Versicherungs-Nr. _____

anderweitig, Name des Versicherers und VS-Nr.: _____

keine Vorversicherung

Sind Sie in den letzten 5 Jahren haftpflichtig gemacht worden? (Bitte das Schadenmeldedatum angeben.) ja nein

Falls ja: Anzahl Personenschäden _____ Anzahl Sachschäden: _____ Anzahl Vermögensschäden: _____

Zahlungen: _____ EUR Reserven: _____ EUR

Bitte geben Sie alle Inanspruchnahmen an, auch laufende Verfahren die vor Gericht oder bei der Gutachterstelle im Schlichtungsverfahren offen sind. Geben Sie auch alle Fälle an, die ohne eine Zahlung (zu Ihren Gunsten) geschlossen wurden.

Bitte beachten Sie: Bei einer Falschangabe ist der Versicherte zum Rücktritt wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung berechtigt.

Ablauf der Vorversicherung: _____ Wurde eine Neuordnung des Vertrages vom Vorversicherer gefordert? ja nein

Wurde der Vertrag vom Vorversicherer gekündigt? ja nein Mit einer Anfrage bei dem/den Vorversicherer(n) bin ich einverstanden ja nein

VORVERTRAGLICHE ANZEIGEPFLICHT

1. Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers

Der Versicherungsnehmer ist bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung verpflichtet, die ihm bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen der Versicherer in Textform fragt, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Das Gleiche gilt bei Fragen in Textform, die der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme, stellt.

2. Folgen der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht, kann der Versi-

cherer vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt wurde. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen. Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Erhöht sich durch eine Vertragsänderung der Beitrag um mehr als zehn Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

3. Vertreter des Versicherungsnehmers

Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen, sind sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers zu berücksichtigen. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch dem Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

4. Rechtsfolgen bei Rücktritt

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz für künftige Versicherungsfälle. Bei bereits eingetretenen Versicherungsfällen bleibt

der Versicherer zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war. Die Leistungspflicht des Versicherers entfällt, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt wurde.

Bei einem Rücktritt steht dem Versicherer der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

5. Ausübung der Rechte des Versicherers

Der Versicherer kann seine Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung der Rechte müssen die Umstände angegeben werden, auf die der Versicherer seine Erklärung stützt. Zur Begründung können nachträglich weitere Umstände angegeben werden, wenn für diese die Frist nicht verstrichen ist.

BEITRAGSBERECHNUNG

Netto-Jahresbeitrag: _____ EUR
 zuzüglich gesetzl. Versicherungssteuer: _____ EUR
Gesamt-Jahresbeitrag: _____ EUR

Hinweis: Der Mindestbeitrag für die Berufs-/Betriebshaftpflichtversicherung von Berufsausübungsgemeinschaften liegt bei 850 EUR für Versicherungssummen 7.500.000 EUR. Eine Rabattierung des Mindestbeitrags ist nicht möglich.

BEITRAGSZAHLUNG/ VERTRAGSLAUFZEIT

Versicherungsbeginn: _____ o Uhr Versicherungsablauf: _____ o Uhr
 Gewünschte Zahlweise: Lastschrift Beitrag zahlbar: jährlich 1/4-jährlich (5 % Zuschlag)
 Rechnung 1/2-jährlich (3 % Zuschlag) monatlich (5 % Zuschlag)

Hinweis: Die Vertragslaufzeit beträgt grundsätzlich 1 Jahr mit automatischer Verlängerung. Eine dreijährige Laufzeit ist bei Tarifgeschäft unter Gewährung eines Rabatts in Höhe von 10% möglich. Die Mindestrate für unterjährige Zahlweise beträgt 100 Euro.

WICHTIGE HINWEISE/ UNTERSCHRIFTEN

Bevor Sie diesem Antrag verbindlich zustimmen, lesen Sie bitte die Kundeninformationen und die beigefügten Hinweise und Erklärungen. Sie enthalten wichtige Informationen zum zweiwöchigen Widerrufsrecht und u. a. weitere Bestimmungen zu der vom Versicherungsunternehmen zu erteilenden Verbraucherinformation sowie zu den Datenschutzinformationen und zur Einwilligungsklausel nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und sind wichtige Bestandteile des Vertrages. Sie machen sie mit Ihrer Zustimmung zum Inhalt des Vertrages.

Ich bestätige, dass ich alle Vertragsbedingungen und Vertragsinformationen rechtzeitig in Textform erhalten habe.

Wir/ich bevollmächtige(n) die Janitos Versicherung AG und sonstige Konzerngesellschaften bei Vorversicherern Daten zu bisherigen Verträgen (Berufs- und ggf. Privathaftpflicht) einzuholen.

Ort/Datum: _____

Unterschrift
 Vertriebspartner/
 Vermittler: _____

Unterschrift
 Antragssteller: _____

SEPA-LASTSCHRIFT-MANDAT

Hinweise:	<ul style="list-style-type: none"> • Bitte alle Felder zur Zahlungsart und Kontoverbindung ausfüllen. • Ihre Rechte zum SEPA-Lastschrift-Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das Sie von Ihrem Geldinstitut erhalten. • Sie können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. • Es gelten dabei die mit Ihrem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen. • Bitte ausgefüllt und unterschrieben per Post, E-Mail oder Fax zurücksenden. 		
Angaben zum Zahlungsempfänger:	Janitos Versicherung AG Im Breitspiel 2-4 69126 Heidelberg	Gläubiger ID: DE02ZZZ00000038248	Verwendungszweck: Versicherungsschein- / Antragsnummer des zugrunde liegenden Vertrages
<p>Ich ermächtige/wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von oben genanntem Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</p> <p>Zugleich erkläre ich/erklären wir uns damit einverstanden, dass die Mindestfrist zur Vorankündigung einer SEPA-Basislastschrift (Pre-Notification) von 14 auf 5 Arbeitstage verkürzt wird.</p>			
Zahlungsart:	<input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung		
Angaben zur Kontoverbindung des Zahlungspflichtigen	Name, Vorname		
	Straße und Hausnummer		
	Land	PLZ	Ort
	IBAN (Internationale Kontonummer)		
	BIC (Internationale Bankleitzahl des Geldinstitutes)		
	Name des Geldinstitutes		
Ort, Datum und Unterschriften	Ort	Datum	Unterschrift des Zahlungspflichtigen Unterschrift des 2. Zahlungspflichtigen
Zur Information	Angaben zum Vertragsverhältnis zwischen Zahlungsempfänger und Zahlungspflichtigen		
Bei abweichendem Beitragszahler	Name des Versicherungsnehmers (Dieses Feld nicht ausfüllen, wenn Sie für sich selbst zahlen.)		

Wichtige Vertragsunterlagen. Unbedingt aufheben!

Inhalt

- A) Kundeninformationen nach der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)
- B) Erklärung zum Datenschutz

A) KUNDENINFORMATIONEN NACH DER VERORDNUNG ÜBER INFORMATIONSPFLICHTEN BEI VERSICHERUNGSVERTRÄGEN (VVG-INFOV)

Aufgrund der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV) sind wir als Versicherer verpflichtet, Ihnen die nachstehenden Informationen in der vorgegebenen Reihenfolge zu übermitteln.

Informationen zum Versicherungsunternehmen

1. Identität des Versicherers

Versicherungsträger und ladungsfähige Anschrift für HDI:

HDI Versicherung AG
HDI-Platz 1
30659 Hannover
Telefon: +49 511 6450
www.hdi.de

Rechtsform: Aktiengesellschaft
Handelsregister: Sitz Hannover, HR Hannover B 58934

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Martin Weldi
Vorstand: Herbert Rogenhofer (Vorsitzender), Norbert Eickermann,
Dr. Dominik Hennen, Christian Kussmann, Thomas Lüer, Jens Warkentin

2. Identität eines Vertreters des Versicherers in dem Mitgliedstaat der EU, in dem Sie Ihren Wohn oder Geschäftssitz haben

– entfällt –

3. Ladungsfähige Anschrift des Versicherers

– siehe Ziffer 1 –

4. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit ist das Betreiben von Versicherungsgeschäft.

5. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds u.ä.

Bei Versicherungen, deren Hauptgeschäftstätigkeit im Betrieb von Haftpflicht-, Unfall-, Kraftfahrt-, Sach- und Rechtsschutzversicherungen besteht, entfällt das Erfordernis für einen Garantiefonds u.ä.

Informationen zur angebotenen Leistung

6. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Der Leistungsumfang der einzelnen Versicherungsverträge sowie die gegenseitigen Rechte und Pflichten ergeben sich aus dem Antrag und den allgemeinen Versicherungsbedingungen. Es gelten jeweils die im Antrag ausgewiesenen Vertragsbestimmungen.

7. Gesamtpreis der Versicherungen (Beitrag)

Den Jahresbeitrag für Ihre Versicherungsverträge können Sie dem Antrag entnehmen. Der so genannte Erstbeitrag ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Bei jährlicher Zahlungsweise werden die Folgebeiträge jeweils zu dem Tag im Monat fällig, auf den auch der Ablauf des Vertrages vereinbart wurde. Wurde als Ablauf beispielsweise der 01.01.2011 vereinbart, so sind die Folgebeiträge jeweils zum 01.01. des Jahres im Voraus für das kommende Versicherungsjahr zu zahlen. Soweit Sie mit uns das Lastschriftverfahren vereinbart haben, werden wir die fälligen Beiträge von Ihrem Konto abbuchen.

8. Zusätzlich anfallende Kosten sowie weitere Steuern, Gebühren oder Kosten

Im Rahmen eines ordnungsgemäßen Vertragsverlaufs werden keine weiteren Kosten oder Nebengebühren erhoben. Insbesondere sind die

Versicherungsvertreter und -makler nicht berechtigt, ihrerseits von den Versicherungsnehmern noch irgendwelche besonderen Gebühren oder Kosten für die Aufnahme des Antrages oder aus anderen Gründen zu erheben.

Wir weisen darauf hin, dass bei Beitragsverzug zusätzliche Kosten, wie z. B. Mahngebühren, entstehen können.

9. Zahlung und Erfüllung

Die Beiträge sind im Voraus zu zahlen. Bei halbjährlicher Zahlung werden 3%, bei vierteljährlicher und monatlicher Zahlung 5% Zuschlag berechnet. Vierteljährliche und monatliche Zahlung ist nur bei gleichzeitiger Vereinbarung des Lastschriftverfahrens möglich.

Wird der einmalige oder der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Ist der einmalige oder erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

10. Gültigkeit des Angebotes

An ein abgegebenes Angebot halten wir uns einen Monat gebunden. Etwaige Änderungen von den gemachten Angaben, die die Grundlage eines Angebotes bilden, sind dem Versicherer bis zur Annahme des Angebotes schriftlich mitzuteilen. Bei bereits bestehenden Verträgen bezieht sich der vorgenannte Absatz nur auf die in dem Angebot dokumentierten Änderungen zum bisherigen Vertragsstand.

11. Hinweise auf mögliche Schwankungen der verwendeten Finanzinstrumente

Entfällt prinzipiell bei Versicherungen, deren Hauptgeschäftstätigkeit im Betrieb von Haftpflicht-, Sach-, Unfall- und Rechtsschutzversicherungen besteht.

INFORMATIONEN ZUM VERSICHERUNGSVERTRAG

12. Angaben über das Zustandekommen des Vertrages

Einen Antrag kann der Versicherer innerhalb eines Monats annehmen. Von dem im Versicherungsantrag beschriebenen Vertragsinhalt abweichende Nebenabreden bzw. Zusagen werden für den Versicherungsträger nur dann verbindlich, wenn sie von ihm ausdrücklich und in Textform bestätigt worden sind.

13. WIDERRUFSBELEHRUNG

ABSCHNITT 1 WIDERRUFSRECHT, WIDERRUFSFOLGEN UND BESONDERE HINWEISE

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
 - die Vertragsbestimmungen,
- einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
 - und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind.

>>

>>

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

**HDI Versicherung AG
HDI-Platz 1
30659 Hannover
Fax: 0511 64 54 545
E-Mail: info@hdi.de**

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherte hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrages zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrages, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherte in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um 1/360 der gemäß Antrag oder Versicherungsschein ausgewiesenen Tarifjahresbeitrages pro Tag, an dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Der Versicherte hat zurückzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherte hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherten und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
5. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
6. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise des Beitrages;
7. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes

sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;

8. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
9. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
10. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
11. das auf den Vertrag anwendbare Recht,
12. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherte verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
13. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
14. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

14. Vertragslaufzeit

Versicherungsverträge von mindestens einjähriger Dauer verlängern sich jeweils um ein Jahr, wenn sie nicht spätestens drei Monate vor Ablauf durch eine Vertragspartei in Textform gekündigt werden. Beträgt die vereinbarte Dauer weniger als ein Jahr, so endet der Vertrag ohne Kündigung zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

15. Beendigung eines Vertrages

Die im Angebotsdokument dokumentierten Verträge können unter bestimmten Voraussetzungen, ggf. auch vor Ablauf der vereinbarten Vertragslaufzeit, von Ihnen gekündigt werden. Die entsprechenden Voraussetzungen hierfür führen wir nachstehend auf:

Kündigung nach Schaden

Nach einem ersatzpflichtigen Schadenfall haben Sie die Möglichkeit, den vom Schaden betroffenen Vertrag innerhalb eines Monats nach dem Abschluss der Verhandlungen über die Entschädigung zu kündigen. Die Kündigung kann nicht zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen, als zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode.

Kündigung nach Risikowegfall

Fällt das versicherte Interesse nach dem Beginn der Versicherung weg, erlöschen die Versicherungsverträge, jedoch frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem wir Kenntnis vom Wegfall des Risikos erlangt haben.

Kündigung bei Beitragserhöhungen oder Minderung des Versicherungsschutzes ohne Ausgleich

Erhöht sich aufgrund einer Anpassungsklausel der Beitrag, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes entsprechend ändert, können Sie den betreffenden Vertrag mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Beitragserhöhungen, kündigen. Gleiches gilt, wenn sich der Umfang des Versicherungsschutzes

zes vermindert, ohne dass der Beitrag entsprechend angepasst wird. Bitte beachten Sie für die vorgenannten Punkte, dass eine etwaige Kündigung grundsätzlich schriftlich gegenüber der HDI Versicherung AG zu erfolgen hat. Entscheidend für die Rechtzeitigkeit ist das Datum des Poststempels.

16. Rechtsgrundlagen bei Vertragsanbahnung

Die Vertragsanbahnung unterliegt dem Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Informationen zum Rechtsweg

17. Anwendbares Recht

Auf beantragte Versicherungsverträge findet deutsches Recht Anwendung, sofern nichts Abweichendes vereinbart ist.

18. Sprache

Die Kommunikation mit Ihnen führen wir in deutscher Sprache.

19. Beschwerde und Rechtsbehelfsverfahren

Die HDI Versicherung AG ist Mitglied des Versicherungsombudsmann e.V. Anschrift:

Versicherungsombudsmann e. V.,

Postfach 08 06 32

10006 Berlin

Telefon: +49 30 20 60 58 0

Fax: +49 30 20 60 58 58

E-Mail: info@versicherungsombudsmann.de

Web: www.versicherungsombudsmann.de

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Er überprüft neutral, schnell und unbürokratisch die Entscheidungen der Versicherer. Das Verfahren ist für Sie als Verbraucher kostenlos. Sie tragen nur eigene Kosten wie beispielsweise für Porto und Telefongespräche. Der Versicherungsombudsmann kann bei Beschwerden zu Hausrat- und Gebäudeversicherungen ebenso helfen wie bei Haftpflicht- und Rechtsschutzversicherungen. Auch die Unfall-, Lebens-, Renten- und Berufsunfähigkeitsversicherungen gehören zu seinem Aufgabenbereich, die Krankenversicherungen allerdings nicht. Sind Sie mit unserer Entscheidung nicht einverstanden, dann geben Sie bitte zuerst uns die Möglichkeit, die Entscheidung zu überprüfen. Sollte Sie das Ergebnis nicht zufrieden stellen, können Sie den Ombudsmann einschalten. Dies ist sowohl ein Gebot der Fairness gegenüber dem eigenen Vertragspartner als auch eine Voraussetzung nach der Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO). Die Mehrzahl der Beschwerdeverfahren wird in etwa drei Monaten abgeschlossen. Einzelne komplizierte Fälle können etwas länger dauern. Für die Dauer des Verfahrens verzichten Ihre etwaigen Ansprüche nicht. Dies stellt die Verfahrensordnung sicher.

Sie brauchen die Entscheidung des Ombudsmanns, egal wie sie ausfällt, nicht zu akzeptieren. Ihnen steht immer noch der Weg zu den Gerichten offen. Sofern der Ombudsmann die Beschwerde zu Ihren Gunsten entscheidet, muss sich der Versicherer bis zu einem Betrag von 5.000 Euro daran halten. Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt davon unberührt.

20. Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde

Sollten Sie Grund zur Beschwerde haben, wenden Sie sich bitte an die HDI Versicherung AG, HDI-Platz 1, 30659 Hannover. Darüber hinaus können Sie Ihre Beschwerde auch an die zuständige Aufsichtsbehörde richten.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Graurheindorfer Str. 108

53117 Bonn.

B) ERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

Mit diesen Hinweisen möchten wir Sie über die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch den unten benannten Verant-

wortlichen und die Ihnen nach den datenschutzrechtlichen Bestimmungen zustehenden Rechte informieren.

1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

HDI Versicherung AG

HDIPlatz 1

30659 Hannover

Telefon: +49 51 16 45 0

Fax: +49 51 16 45 45 45

E-Mail: info@hdi.de

Unsere Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse des Verantwortlichen mit dem Zusatz - Datenschutzbeauftragter / Data Protection - oder per E-Mail unter privacy@talanx.com

2. Rechtsgrundlagen und Zwecke der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.hdi.de/datenschutz abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten personenbezogenen Angaben zum einen zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos im Rahmen der Risikoprüfung (inklusive Risikoausschluss und -erhöhung) und zum anderen im Rahmen der Tarifierung und Annahmeprüfung, die für den Abschluss eines Versicherungsvertrages erforderlich sind. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese personenbezogenen Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, insbesondere zur Vertragspolizierung, Sanierungsprüfung, Rechnungsstellung, In- und Exkasso, Rückversicherungsabrechnung, Abrechnung gegenüber Dritten wie z.B. Vermittlern, Tarifierung bzw. Tarifoptimierung, Betrugsabwehr und zur Durchführung gesetzlich vorgeschriebener Kontrollen.

Sofern die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht zwingend für den Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages notwendig ist, erfolgen Ihre Angaben auf freiwilliger Basis und sind entsprechend als freiwillige Angabe gekennzeichnet.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife bzw. zur Optimierung bestehender Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. In bestimmten Fällen verwenden wir Ihre personenbezogenen Daten zur versicherungstechnischen Beurteilung von Großrisiken, für die periodisch wie-derkehrend Versicherungsschutz angefragt wird. Die Daten aller mit dem oben genannten Verantwortlichen bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung und/oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Sanierungsüberprüfung,
- zur postalischen Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen des Talanx Konzerns und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,

- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können.
- zur Weiterentwicklung von Tarifen, Dienstleistungen und Produkten, sowie internen Prozessen und Anwendungen, auch unter Einsetzung pseudo- und anonymisierter Daten.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht sowie zur Durchführung von gesetzlich notwendigen Kontrollen und gesetzlichen Vorgaben. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

3. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schendendaten. Auch übermitteln unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste unter www.hdi.de/dl-liste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir beauftragen zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil zusätzliche Dienstleister. Dabei handelt es sich um konzernzugehörige und konzernexterne Dienstleister, die uns beispielsweise beim Vertrieb und Marketing, bei der Risikoanalyse, der Policierung, der Antrags- und Bestandsverwaltung, bei der telefonischen Kundenbetreuung, der Schadenregulierung sowie beim Druck- und Versand von Postsendungen unterstützen oder auch Assistance-Leistungen und IT-Services erbringen. Im Schadenfall übermitteln wir personenbezogene Daten einzelfallabhängig auch an konzernexterne Dienstleister wie z. B. Rechtsanwälte, Gutachter und Dienstleister, die uns bei der Schaden- und Leistungsregulierung unterstützen. Zudem setzen wir auch konzernexterne Dienstleister zur Aktenarchivierung, Datenträgerentsorgung, für den Forderungseinzug und Zahlungsverkehr ein.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der jeweils aktuellen Version der Dienstleisterliste auf unserer Internetseite unter www.hdi.de/dl-liste entnehmen.

Gerne senden wir Ihnen diese Liste auch auf dem Postweg zu. Hierfür nehmen Sie bitte Kontakt mit uns über die oben angegebenen Kontaktdaten auf.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, IHK, Berufskammern, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

4. Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei ist es zur Abwehr von Ansprüchen notwendig, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können. Hierbei ist die Aufbewahrungszeit abhängig von vertraglichen und/oder gesetzlichen Verjährungsfristen und den jeweils entsprechenden Verjährungsvoraussetzungen. Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten für den Zeitraum, in dem wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz.

5. Betroffenenrechte

Sie können unter der o.g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden.

Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen
Prinzenstraße 5
30159 Hannover

6. Hinweis und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

Bei Abschluss eines Versicherungsvertrags in der Sparte Kraftfahrt oder im Rahmen der Schadenbearbeitung werden Daten zum Versicherungsobjekt (beispielsweise Fahrzeugidentifikationsdaten oder Adresse des Gebäudes) sowie Angaben zu Ihrer Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) an die informa HIS GmbH übermittelt (HIS-Anfrage).

Die informa HIS GmbH überprüft anhand der von uns mitgeteilten Daten, ob zu Ihrer Person und/oder zu Ihrem Versicherungsobjekt im „Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft“ (HIS) Informationen gespeichert sind, die auf ein erhöhtes Risiko oder Unregelmäßigkeiten in einem Versicherungsfall hindeuten können. Solche Informationen können nur aufgrund einer früheren Meldung eines Versicherungsunternehmens an das HIS vorliegen (HIS-Einmeldung), über die Sie ggf. von dem einmeldenden Versicherungsunternehmen gesondert informiert worden sind. Daten, die aufgrund einer HIS-Einmeldung im HIS gespeichert sind, werden von der informa HIS GmbH an uns, das anfragende Versicherungsunternehmen, übermittelt.

Nähere Informationen zum HIS finden Sie auf folgenden Internetseiten: www.in-forma-his.de. Kontaktdaten:

informa HIS GmbH
Kreuzberger Ring 68
65205 Wiesbaden

Nähere Datenschutzhinweise zur informa HIS GmbH können Sie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.hdi.de/daten-schutz entnehmen, die wir Ihnen auf Anfrage auch per Post übersenden.

7. Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z. B. zur Verschaden-situation) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

8. Datenübermittlung in ein Drittland

Ihre personenbezogenen Daten können auch außerhalb der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums (Drittland-Übermittlung) von dem oben genannten Verantwortlichen verarbeitet werden.

Die Verarbeitung geschieht stets unter Berücksichtigung der vertraglichen Beschränkungen in Bezug auf Vertraulichkeit und Sicherheit sowie entsprechend den geltenden Gesetzen und Bestimmungen zum Datenschutz. Eine solche Datenübermittlung an Stellen bzw. Staaten außerhalb der Europäischen Union/EWR, insbesondere im Wege von Administrationszugriffen, ist auf der Grundlage der genannten Zwecke und Rechtsgrundlagen möglich.

ine Datenübermittlung erfolgt in diesen Fällen nur bei Vorliegen geeigneter Garantien im Sinne der Datenschutzgrundverordnung. Geeignete Garantien sind insbesondere ein vorliegender Angemessenheitsbeschluss der EU-Kommission, mit den Dienstleistern vereinbarte EU-Standardvertragsklauseln oder durch das Unternehmen aufgestellte verbindliche Datenschutzvorschriften, welche von den Datenschutzaufsichtsbehörden anerkannt worden sind. Im Falle einer Datenübermittlung auf Grundlage von Art. 49 DSGVO wird hierüber gesondert informiert.

9. Profiling und automatisierte Einzelfallentscheidungen

Soweit wir automatisierte Abläufe und digitale Assistenzsysteme einsetzen, erfolgt dies grundsätzlich zur Unterstützung unserer internen Abläufe und üblicherweise ist stets ein Mitarbeiter in die Vorgänge und Entscheidungen involviert. In einigen Konstellationen erfolgen aber Abläufe zur schnellen und effizienten Abwicklung auch automatisiert.

Wir verarbeiten dabei Ihre Angaben und Informationen zu Ihren Versicherungsverträgen, um bestimmte Aspekte unserer Kunden- und Vertragsbeziehungen zu analysieren und Wahrscheinlichkeiten im Hinblick auf bestimmte Konstellationen abzuschätzen (sog. Profiling). So können wir schnelle Entscheidungen auf der Grundlage Ihrer Angaben beispielsweise in folgenden Fällen treffen (sog. automatisierte Einzelfallentscheidung):

- Aufgrund gesetzlicher Vorgaben sind wir zur Geldwäsche- und Betrugsbekämpfung verpflichtet. Dabei werden auch Datenauswertungen (u. a. im Zahlungsverkehr) vorgenommen. Diese Maßnahmen dienen zugleich auch Ihrem Schutz.
- Um Sie zielgerichtet über Produkte informieren und beraten zu können, setzen wir Auswertungsinstrumente ein. Diese ermöglichen eine bedarfsgerechte Kommunikation und Werbung einschließlich Markt- und Meinungsforschung.
- Zur Beurteilung Ihrer Bonität können sog. Score-Werte genutzt werden. Bei einem Scoring wird die Wahrscheinlichkeit unter Nutzung mathematischer Verfahren berechnet, mit der ein Kunde seinen Zahlungsverpflichtungen vertragsgemäß nachkommen wird. Solche Score-Werte unterstützen uns somit z. B. bei der Beurteilung der Bonität, der Entscheidungsfindung im Rahmen von Produktabschlüssen und fließen in unser Risikomanagement ein. Die Berechnung beruht auf mathematisch-statistisch anerkannten und bewährten Verfahren. Nicht verarbeitet werden hierbei Angaben zur Staatsangehörigkeit sowie besondere Kategorien personenbezogener Daten nach Art. 9 DSGVO.
- Zur effektiven Beitragsfindung ziehen wir berechnete Wahrscheinlichkeiten für bestimmte Verhaltensweisen, wie z. B. das Abschluss- und Stornierungsverhalten, und auch Modelle zur feineren Risikoabschätzung heran.

Die Berechnung der hierfür zugrunde gelegten Wahrscheinlichkeitswerte erfolgt nach mathematisch-statistisch anerkannten und bewährten Verfahren. Technische und organisatorische Maßnahmen sowie interne Prüfmechanismen stellen die Richtigkeit der Berechnungen sicher. Die automatisierten Entscheidungen basieren insbesondere auf den vertraglichen Bedingungswerken zu unseren Versicherungsprodukten und den daraus abgeleiteten Regeln und Grenzwerten.

Soweit wir automatisierte Einzelfallentscheidungen durchführen, haben Sie das Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person seitens des Verantwortlichen, auf Darlegung des eigenen Standpunkts und Anfechtung der Entscheidung. So können Sie das Ergebnis der automatisierten Entscheidung durch unsere Mitarbeiter nachprüfen lassen. Diese Rechte bestehen indes nicht, wenn Ihrem Begehren, also z. B. Ihrem Antrag, vollumfänglich stattgegeben wurde.

Sie haben das Recht, jederzeit gegen die Verarbeitung Ihrer Daten, die aufgrund von Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO (Datenverarbeitung auf der Grundlage einer Interessenabwägung) oder Art. 6 Abs. 1 e) DSGVO (Datenverarbeitung im öffentlichen Interesse) erfolgt, Widerspruch einzulegen, wenn dafür Gründe vorliegen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben. Dies gilt auch für ein auf diese Bestimmung gestütztes Profiling (gegebenenfalls Scoring) im Sinne von Art. 4 Nr. 4 DSGVO.

Erklärung zur Beantragung des Aufklärungsrabattes ausschließlich für niedergelassene operativ tätige Ärzte und medizinische Versorgungszentren (MVZ)

(Zwingend erforderlich bei Beantragung des Aufklärungsrabattes)

VERSICHERUNGSNEHMER

Name/Vorname/Firmierung: _____ Antrag vom: _____

_____ Versicherungsscheinnummer: _____
falls bereits vorhanden

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

RABATT/ VERPFLICHTUNG/ UNTERSCHRIFT

Rabatt möglich für alle operativ tätigen niedergelassenen Fachärzte/Jobsharer und MVZ

Hiermit verpflichte/-n ich/wir mich/uns, jeden Patienten vor der Durchführung von ambulanten und /oder stationären Operationen, endoskopischen Eingriffen, intraartikulären Injektionen, Gelenkpunktionen sowie bei der Vornahme interventioneller radiologischer Verfahren in einem persönlichen Gespräch aufzuklären und in einer schriftlichen Dokumentation der Aufklärung zu gewährleisten, dass der Patient in die Behandlung eingewilligt hat.

Die Aufklärung erfolgt ausschließlich mit Hilfe eines professionellen Aufklärungssystems (bspw. Thieme Compliance, Ikonion, Fachgesellschaften etc.) bei dem die regelmäßige Aktualisierung der Aufklärungsinhalte (medizinisch und juristisch) gewährleistet wird. Aufklärungsmaterialien von Produktgebern (Medizingerätehersteller und/oder Pharmahersteller) genügen den vorgenannten Vorgaben nicht.

Ich/Wir beantrage/-n die Gewährung des 15-%Aufklärungsrabattes auf die Berufs-Haftpflichtvertrag.

Ort/Datum: _____ Unterschrift
Antragssteller: **X** _____
bei MVZ des Bevollmächtigten