

Die Janitos Unfallversicherung für Wirtschaftswissenschaftler/-innen. Unsere Bestseller im Überblick.

Produktlinie: Best Selection	Modell A	Modell B	Modell C
Gliedertaxe	Trend	Top	Sinne
Invaliditätssumme	50.000 Euro	50.000 Euro	70.000 Euro
Progression	350 %	500 %	500 %
Maximalentschädigung Invalidität	175.000 Euro	250.000 Euro	350.000 Euro
Jahresprämie inkl. VSt.	74,38 Euro	94,01 Euro	135,78 Euro
...entsprüche einer monatlichen Belastung von etwa...	6,20 Euro	7,83 Euro	11,32 Euro

Leistungshighlights:

- Schadenmeldung bis 12 Monate nach dem Unfallereignis möglich
- Keine Anrechnung bei der Mitwirkung von Krankheiten
- Frist zur Geltendmachung: 36 Monate
- Eigenbewegungen
- Bergungskosten bis 1 Mio. Euro
- Kur- und Rehabilitationskosten bis 60.000 Euro
- Haushaltshilfe, Kinderbetreuung und Rooming-in bis 60 Euro pro Tag
- Unfälle infolge Bewusstseinsstörungen durch Herz-/Kreislaufstörungen
- Beitragsfreie Neutarifgarantie

Entschädigungssummen bei vollständiger Beeinträchtigung bzw. Verlust des entsprechenden Körperteils (Auszug):



Deckungsauftrag Unfallversicherung Konzept-Variante „Wirtschaftswissenschaftler/-innen“



ANTRAGSTELLER/VERSICHERUNGSNEHMER

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

VERMITTLER

Maklerorganisation/Unternehmen:
Name des Vermittlers:
Janitos-Vermittlernummer:

ZAHLWEISE

Gewünschte Zahlweise: <input type="checkbox"/> Lastschrift* <input type="checkbox"/> Rechnung** <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich (Ratenzuschlag 3 %) <input type="checkbox"/> vierteljährlich (Ratenzuschlag 5 %) <input type="checkbox"/> monatlich (nur bei Lastschrift, Ratenzuschlag 5 %)	Info zur Zahlweise: Die monatliche Zahlweise ist erst ab einer Jahresnettoprämie von 180 Euro möglich, die vierteljährliche ab 60 Euro und die halbjährliche ab 30 Euro.
* Bitte füllen Sie das SEPA-Lastschrift-Mandat auf Seite 4 aus.	
** Nur bei halbjährlicher und jährlicher Zahlweise möglich	

VERSICHERTE PERSON

Name der versicherte Person	Geburtsdatum	Geschlecht	ausgeübter Beruf
		w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>	

MODELLE

Datum Versicherungsbeginn (00:00 Uhr):	<input type="checkbox"/> Neuvertrag <input type="checkbox"/> Vertragsänderung zu Vertragsnummer:		
Die maximale Laufzeit des Vertrages beträgt 1 Jahr. Der Vertrag verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn nicht vor Ablauf vom Versicherungsnehmer fristgerecht (1 Monat vor Hauptfälligkeit) eine Kündigung des Vertrages erfolgt.			
Leistungen (Angaben in Euro)	Modell A	Modell B	Modell C
Invaliditätssumme	50.000 Euro	50.000 Euro	70.000 Euro
Progression	350 %	500 %	500 %
Leistung bei Vollinvalidität	175.000 Euro	250.000 Euro	350.000 Euro
Gliedertaxe	Trend	Top	Sinne
Produktlinie	Best Selection	Best Selection	Best Selection

PRÄMIE

Bruttobeiträge in Euro bei Lastschrift	Modell A				Modell B				Modell C			
	1/1	1/2	1/4	1/12	1/1	1/2	1/4	1/12	1/1	1/2	1/4	1/12
Beitrag	74,38 Euro	38,31 Euro	19,53 Euro	–	94,01 Euro	48,41 Euro	24,68 Euro	–	135,78 Euro	69,92 Euro	35,65 Euro	–

Beitrag	Modell A, B und C	Zahlweise	Beitrag lt. Zahlweise
Versicherte Person	<input type="checkbox"/> Modell A <input type="checkbox"/> Modell B <input type="checkbox"/> Modell C		Euro

WICHTIGE HINWEISE ZU DEN GESUNDHEITSFRAGEN

Falls Sie Ihrem Vermittler gegenüber keine Angaben zu Ihrer Gesundheit machen möchten, können Sie diese innerhalb von drei Tagen per Einschreiben an die Janitos Versicherung AG nachmelden. Bitte beantworten Sie alle Fragen richtig und vollständig. Die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung finden Sie im Abschnitt „Vorvertragliche Anzeigepflicht nach §§ 19ff. VVG“ auf Seite 4 dieses Deckungsauftrags.	Bitte nennen Sie uns die Ihnen bekannten ärztlichen Diagnosen oder beschreiben Sie Ihr vorhandenes Beschwerdebild mit Ihren eigenen Worten. Dabei ist wichtig, dass Sie alle Ihnen bekannten Gefahrumstände angeben, auch die, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die aus Ihrer Sicht noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Falls Ihnen Einzelheiten einer ärztlichen Behandlung nicht bekannt oder nicht mehr in Erinnerung sind, sollten Sie Ihren Arzt befragen. Dieser bewahrt Patientenakten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung auf.
---	--

GESUNDHEITSFRAGEN ZUR VERSICHERTEN PERSON

Besteht bei der zu versichernden Person Pflegestufe 2/3 oder mind. Pflegegrad 3, Knochenkrebs oder wurde bei ihr eine Glasknochenkrankheit (Osteogenesis imperfecta) diagnostiziert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja: Leider kein Versicherungsschutz möglich.
Wurde bei der zu versichernden Person Diabetes mellitus oder eine Osteoporose diagnostiziert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja: Aufgrund der Erkrankung wird ein Risikozuschlag von 50 % erhoben.
Hatte die zu versichernde Person innerhalb der letzten 5 Jahre mehr als ein Unfallereignis, bei dem sie sich in ärztliche Behandlung begeben musste? Falls ja, geben Sie uns bitte das jeweilige Unfalljahr sowie die Diagnose(n) bekannt:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Unfalljahr/Diagnose:

Deckungsauftrag Unfallversicherung Konzept-Variante „Wirtschaftswissenschaftler/-innen“



VORVERSICHERUNG

Bestanden oder bestehen für Sie bereits weitere private Unfallversicherungen oder sind solche beantragt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Versicherer:	Vers.Nr.:
Wer hat den Vertrag gekündigt?	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> Versicherer	zu wann?	
Besondere Vereinbarungen:			

DATENSCHUTZ UND WEITERE HINWEISE

Hinweise zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen und der mit den zuständigen Aufsichtsbehörden abgestimmten Verhaltensregeln. Diese können Sie in der jeweils gültigen Fassung nachlesen unter:

http://www.janitor.de/de/zg/unternehmen/datenschutz/datenschutz_verf.jsp

Stammdaten von Antragstellern und Versicherten sowie Angaben über Art der bestehenden Verträge werden zur zentralisierten Bearbeitung von bestimmten Verfahrensabschnitten im Geschäftsablauf (z.B. Telefonate, Post, Inkasso) in einem von Mitgliedern der Gothaer Konzerngruppe gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren erhoben, verarbeitet oder genutzt.

Eine Liste der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen können Sie in der jeweils gültigen Fassung nachlesen unter:

http://www.janitor.de/de/zg/unternehmen/datenschutz/datenschutz_verf.jsp

Dort finden Sie auch weitergehende Informationen zu Ihren Rechten. Sie können beispielsweise Auskunft über die zu ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer

Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist.

Sonstige Hinweise

Für die Aufnahme des Deckungsauftrags fallen keine gesonderten Gebühren oder Kosten an. Lastschrift-Rückläufergebühren und Kosten eines Mahnverfahrens werden geltend gemacht.

Vertragsgrundlagen

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

Selbstständigkeit der Verträge

Die aufgrund dieses Deckungsauftrags abgeschlossenen Versicherungen sind rechtlich selbstständige Verträge.

WIDERRUFSBELEHRUNG

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die Janitor Versicherung AG, Postfach 10 41 69, 69031 Heidelberg.

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

Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Ver-

sicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einhalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, aus Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/360 der oben genannten Jahresprämie. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Ist der erforderliche Hinweis unterblieben, haben wir zusätzlich die für das erste Jahr des Versicherungsschutzes gezahlten Prämien zu erstatten. Dies gilt nicht, wenn Sie Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

VORVERTRAGLICHE ANZEIGEPFLICHT NACH §§ 19ff. VVG

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die Antragsfragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Janitor Versicherung, Heidelberg, schriftlich nachzuholen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand – weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles – noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der

nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsabschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

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

EINWILLIGUNG IN DIE ERHEBUNG UND VERWENDUNG VON GESUNDHEITSDATEN UND SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Janitos Versicherung AG (kurz Janitos) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigt Janitos Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. Assistancegesellschaften oder IT-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der Janitos unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch Janitos selbst (unter 1)
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Janitos (unter 2.)
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 3.)

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch Janitos.

Ich willige ein, dass Janitos die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützte Daten an Stellen außerhalb der Janitos

Janitos verpflichtet die nachfolgenden unter 2.1 bis 2.4 genannten Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datenschereit.

2.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Janitos benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass Janitos meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an Janitos zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für Janitos tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

2.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Janitos führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft unserer Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt Janitos Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Janitos führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für Janitos erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung beigefügt. Eine aktuelle Liste kann im Internet unter

http://www.janitos.de/de/zg/unternehmen/datenschutz/datenschutz_verf.jsp

eingesehen werden oder bei datenschutzbeauftragter@janitos.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt Janitos Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass Janitos meine Gesundheitsdaten an die in der Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie Janitos dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Versicherungsgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von Ihrer Schweigepflicht.

2.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann Janitos Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass Janitos Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt. Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung Janitos aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob Janitos das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch Janitos unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für Janitos tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.4 Datenweitergabe an selbständige Vermittler

Janitos gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden. Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z.B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeiten hingewiesen.

Ich willige ein, dass Janitos meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützte Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich - an den für mich zuständigen selbständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert Janitos Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung.

Ich willige ein, dass Janitos meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

SCHLUSSEKLRÄRUNG UND UNTERSCHRIFTEN

Die auf den vorherigen Seiten beschriebenen Erklärungen und wichtigen Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen. Diese Erklärungen enthalten unter anderem die Belehrung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und über das Widerrufsrecht, die Schweigepflichtentbindungserklärung sowie die Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz; sie sind wichtiger Bestandteil dieses Vertrages. Die dem Vertrag zugrunde liegenden Verbraucherinformationen wurden mir ausgehändigt. Ich halte mich an meinen Antrag einen Monat gebunden. Mein Widerrufsrecht bleibt hiervon unberührt. Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerspruchsfrist beginnt.

Erklärung für mitzuversichernde Personen: Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine zu versichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können. Ich bestätige hiermit, den wichtigen Hinweis über die Folgen einer Verletzung meiner gesetzlichen Verpflichtung gemäß § 19 Abs. 5 VVG, die Schweigepflichtentbindungserklärung und die Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung (Bundesdatenschutzgesetz) gelesen zu haben. Alle mir gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet.

Ort, Datum:

Unterschrift Antragsteller (Versicherungsnehmer):

Unterschrift zu versichernden Person ab 16 Jahren

Versicherte Person:

Unterschrift zusätzlich gesetzliche Vertreter (bei Minderjährigen):

Gesetzlicher Vertreter Versicherte Person:

Die dem Vertrag zugrunde liegenden Verbraucherinformationen wurden mir ausgehändigt:

Ort, Datum:

Unterschrift Antragsteller oder Vermittler (Maklervollmacht liegt vor):

Janitos soll mir bitte folgende Dokumente zusenden:

- Versicherungsbedingungen Produktinformationen Kundeninformationen

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

WIR UNTERSTÜTZEN SIE GERNE:

Janitos Versicherung AG | Experten-Team Multi-Rente und Unfall

Tel.: +49 (0) 6221. 709 1526 | E-Mail: versicherung@janitos.de

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

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. 		
Angaben zum Zahlungsempfänger:	Janitos Versicherung AG Im Breitspiel 2-4 69126 Heidelberg	Gläubiger ID: DE02ZZZ00000038248	Verwendungszweck: _____ Versicherungsschein- / Antragsnummer des zugrunde liegenden Vertrages
Ich ermächtige/wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserelem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von oben genanntem Zahlungsempfänger auf mein/unsere Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.			
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 2. Zahlungspflichtigen			
Angaben zum Vertragsverhältnis zwischen Zahlungsempfänger und Zahlungspflichtigen			
Bei abweichendem Beitragszahler _____ Name des Versicherungsnehmers (Dieses Feld nicht ausfüllen, wenn Sie für sich selbst zahlen.)			