

ANTRAGSTELLER/VERSICHERUNGSNEHMER

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

VERSICHERTE PERSON (falls abweichend vom Versicherungsnehmer – bitte für jede versicherte Person einen eigenen Deckungsauftrag verwenden)

Titel, Nachname, Vorname: w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>	
Straße, Hausnummer/Postfach:	
Postleitzahl, Ort:	
Tätigkeit:	Geburtsdatum:

VERMITTLER

Maklerorganisation/Unternehmen: Expert Vers.makler
Name des Vermittlers: Dirk Lahn
Vermittlernummer: 62950314

ANNAHMERICHTLINIEN KRANKENZUSATZVERSICHERUNG

Voraussetzung für die Krankenzusatzversicherung ist ein **bestehender Versicherungsschutz bei einer gesetzlichen Krankenversicherung**. Endet die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, so endet die Krankenzusatzversicherung zum Ende des Monats, in dem die gesetzliche Krankenversicherung fortfällt.

In der stationären Zusatzversicherung ist eine Aufnahme von **Neugeborenen** erst nach Abschluss der U3 Vorsorgeuntersuchung möglich. Bei **Kindern**, die das 9. Lebensjahres noch nicht vollendet haben, ist immer eine Kopie des Vorsorgeheftes einzureichen.

In den Zahnzusatzversicherungen nicht versicherbar sind Personen mit vorhandener **voll- oder teilprothetischer Versorgung** (herausnehmbarer Zahnersatz), Personen mit **Zahnbetterkrankungen** sowie Personen mit mehr als **drei fehlenden Zähnen**. Dies gilt nicht bei Umstufungen (Tarifwechsel).

BANKVERBINDUNG

Einzugsermächtigung. Die jeweils fälligen Beiträge sollen bis auf Widerruf von folgendem Konto abgebucht werden:

Geldinstitut:	
Kontonummer:	Bankleitzahl:
Name des Kontoinhabers und Unterschrift (wenn von Antragsteller abweichend):	

Versicherungsleistungen der Janitos Versicherung AG werden auf dieses Konto überwiesen, falls nicht anders vereinbart.
Wichtiger Hinweis: Bitte beachten Sie, dass wir einen Inkassozuschlag in Höhe von 5 Euro je Rechnungsstellung erheben, wenn Sie Ihre Einzugsermächtigung widerrufen und die Beiträge nicht mehr im Lastschriftverfahren eingezogen werden können.

ZAHLWEISE

Es wird Lastschriftverfahren vereinbart.
Die Mindestzahlungsrate beträgt 5 Euro.

gewünschte Zahlweise: jährlich halbjährlich
 vierteljährlich monatlich

ZAHNZUSATZVERSICHERUNG TARIFAUSWAHL

Datum Versicherungsbeginn (00:00 Uhr):	
Der Versicherungsbeginn darf ab Antragsstellung maximal 6 Monate in der Zukunft liegen.	
<input type="checkbox"/> Tarif JA dental plus (bitte Gesundheitsfragen Nr. Z1–Z3 beantworten)	<input type="checkbox"/> Neuvertrag
<input type="checkbox"/> Tarif JA dental (bitte Gesundheitsfragen Nr. Z1–Z4 beantworten)	<input type="checkbox"/> Vertragsänderung zu Vertragsnummer:

STATIONÄRE ZUSATZVERSICHERUNG TARIFAUSWAHL

Datum Versicherungsbeginn (00:00 Uhr):	
Der Versicherungsbeginn darf ab Antragsstellung maximal 6 Monate in der Zukunft liegen.	
<input type="checkbox"/> Tarif JA stationär plus (bitte Gesundheitsfragen Nr. S1a–S3e beantworten)	<input type="checkbox"/> Neuvertrag
<input type="checkbox"/> Tarif JA stationär (bitte Gesundheitsfragen Nr. S1a–3e beantworten)	<input type="checkbox"/> Vertragsänderung zu Vertragsnummer:

VERSICHERUNGSPRÄMIE/BESONDERE VEREINBARUNGEN

Die Prämienübersicht zur Janitos Krankenzusatzversicherung stationär finden Sie auf Seite 5 dieses Deckungsauftrages.

Tarif	Monatsprämie	Prämie gem. Zahlweise
	Euro	Euro
	Euro	Euro

Besondere Vereinbarungen:

GESUNDHEITSFRAGEN

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 Janitor 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 Deckungsauftrages.**

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 STATIONÄREN ZUSATZVERSICHERUNG

Größe (in cm): Gewicht (in kg):

Diese Erkrankungen müssen Sie nicht angeben, wenn Sie vollständig ausgeheilt sind und keine Folgebehandlungen geplant oder angeraten sind:

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Akute Atemwegsinfektion (Erkältungsbeschwerden) • Allergie: Haut, an max. 3 kleinflächigen Körperstellen • Allergie: Heuschnupfen, Gräser und Pollen • Allergie: Tierhaare und Hausstaub • Bänderdehnung, einmalig • Blinddarmentfernung, älter 3 Monate • Notwendigkeit einer Sehhilfe • Impfung • Magen-Darm-Infektion, nicht dauerhaft | <ul style="list-style-type: none"> • Mandelentfernung, älter 3 Monate • Materialentfernung nach Knochenbruch, älter 3 Monate • gutartige Hautveränderungen/gutartige Muttermale/gutartige Warzen, max. drei Entfernungsbearbeitungen in den letzten 5 Jahren • Akute Mittelohrentzündung nicht häufiger als 3 Mal in den letzten 5 Jahren • Nasenscheidewand-Begradigung • Oberflächliche Verletzung (Abschürfung, Bluterguss, Prellung) | <ul style="list-style-type: none"> • Rückenverspannungen, nicht dauerhaft, bisher nicht mehr als insgesamt zweimalig aufgetreten • frühere Schwangerschaft/Entbindung ohne Komplikationen • Verspannungen, Verhärtungen der Muskulatur, nicht dauerhaft, bisher nicht mehr als insgesamt zweimalig aufgetreten • Vorsorgeuntersuchung/Check up, ohne krankhaften Befund • Zahnärztliche Behandlung |
|---|--|---|

- S1a) Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Behandlungen, Beratungen, Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen aufgrund von Vorerkrankungen) oder ambulante Operationen durch Ärzte, Heilpraktiker oder Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Krankengymnast, Logopäde, Ergotherapeut) statt oder sind solche angeraten? nein ja
- S1b) Fanden in den letzten 5 Jahren Behandlungen, Therapien/Gesprächstherapien, Untersuchungen oder Beratungen aufgrund psychischer oder psychosomatischer Erkrankungen/Störungen statt oder sind solche angeraten? nein ja
- S2) Fanden in den letzten 10 Jahren stationäre Behandlungen, Untersuchungen oder Operationen in einem Krankenhaus, Sanatorium oder einer anderen Krankenanstalt statt oder sind solche angeraten? nein ja
- S3) Besteht bzw. bestehen
- a) Fehlstellungen, -bildungen (hins. Größe, Lage, Form, Anzahl, auch durch Amputationen oder andere Operationen) oder Funktionsbeeinträchtigungen von Organen, der Extremitäten oder anderer Körperteile oder angeborene Erkrankungen? nein ja
- b) eine Erwerbsminderung (MdE), Schwerbehinderung (GdB), Pflegestufe, Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder Invalidität oder wurde bzw. wird ein solcher Antrag gestellt (ggf. Antragskopie oder Bescheid mit Diagnoseteil beifügen)? nein ja
- c) eine HIV-Infektion (bzw. HIV-Test angeraten oder steht ein Testergebnis aus)? nein ja
- d) eine Schwangerschaft? nein ja
- e) Fruchtbarkeitsstörungen oder wurde eine Sterilisierung vorgenommen? nein ja (Ich bin damit einverstanden, dass für Fruchtbarkeitsstörungen bzw. bestehende Sterilisierung, ihre Ursachen und Folgen einschließlich Diagnostik und Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung bzw. Refertilisation kein Versicherungsschutz besteht.)

Falls Sie eine oder mehrere der Fragen S1a-S3e mit „ja“ beantwortet haben, machen Sie bitte detaillierte Angaben und fügen Sie entsprechende Unterlagen bei (z.B. Arztberichte, Fragebögen). Wenn Sie nicht ausreichend Platz für Ihre Ausführungen haben, benutzen Sie bitte ein weiteres Blatt, das von Ihnen unterschrieben und datiert ist.

Frage	Diagnose, Erläuterung, Verlauf, Ursache, Ergebnis der Untersuchung, Behandlungsart, Medikamente (Dosis)	Wann? Wie lange (von/bis)? Wie häufig?	Folgenlos ausgeheilt? Wenn nein, welche Folgen/Beschwerden bestehen?

Bitte immer ankreuzen:

Ich habe keine weiteren Unterlagen zu den Gesundheitsfragen beigelegt.

Ich habe folgende Unterlagen beigelegt:

Ich reiche folgende Unterlagen nach:

GESUNDHEITSFRAGEN ZUR ZAHNZUSATZVERSICHERUNG

Z1) Wurden Zähne durch Voll- oder Teilprothesen (herausnehmbarer Zahnersatz) ersetzt oder wurde eine Zahnbettterkrankung (Parodontose/Parodontitis) behandelt oder zahnärztlich festgestellt?

nein ja

Z2) Fehlt mehr als 1 Zahn (außer Weisheitszähne/Milchzähne), die nicht durch Zahnersatzmaßnahmen ersetzt wurden und bei denen kein physiologischer Lückenschluss besteht?

nein ja, Anzahl:

Wird die Frage 2) mit „ja“ und der Anzahl 2 oder 3 beantwortet, bitte nachfolgendes Einverständnis abgeben:

Ich bin mit der geänderten Leistungsstaffelung FZ2 (Fehlen von 2 Zähnen) / FZ3 (Fehlen von 3 Zähnen) einverstanden.

Die Erstattung von Aufwendungen ist in den ersten 48 Monaten ab Versicherungsbeginn gemäß rechtsstehender Tabelle begrenzt:

Leistungsstaffelung	Fehlen von 0-1 Zähnen (Leistungsstaffelung FZ1)	Fehlen von 2 Zähnen (Leistungsstaffelung FZ2)	Fehlen von 3 Zähnen (Leistungsstaffelung FZ3)
12 Monate	1.000 Euro	300 Euro	150 Euro
24 Monate	2.000 Euro	600 Euro	300 Euro
36 Monate	3.000 Euro	900 Euro	450 Euro
48 Monate	4.000 Euro	1.200 Euro	600 Euro

Z3) Wurde eine Zahnbehandlung/Zahnersatzmaßnahme angeraten oder begonnen bzw. besteht eine provisorische Versorgung?

nein ja (Ich bin damit einverstanden, dass für alle angeratenen oder begonnenen Zahnbehandlungen/Zahnersatzmaßnahmen kein Versicherungsschutz besteht.)

Z4) Nur zu beantworten, wenn > 6 Jahre und < 18 Jahre: Besteht eine zahnärztlich festgestellte Zahnfehlstellung, eine Kieferanomalie oder sind Sie in Kieferorthopädischer Behandlung oder wurde eine solche angeraten?

nein ja (Ich bin damit einverstanden, dass für Kieferorthopädie kein Versicherungsschutz besteht.)

WIR NEHMEN IHNEN ARBEIT AB

Wenn Sie es wünschen, nehmen wir bei Rückfragen zum Gesundheitszustand gern direkt Kontakt mit dem Versicherungsnehmer auf. Bitte Kontaktdaten angeben:

E-Mail:	Telefon:	Am besten zu erreichen in der Zeit von:	bis	Uhr
---------	----------	---	-----	-----

DATENSCHUTZ UND WEITERE HINWEISE

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz

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

a) zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht durch die Janitos Versicherung AG.

b) zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe.

c) zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln.

d) durch andere Unternehmen/Personen innerhalb und außerhalb der Janitos Versicherung AG, denen der Versicherer oder ein Rückversicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt. Die Unternehmen/Personen werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die eingeschalteten Unternehmen/Personen sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten.

e) zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung eines Hinweis- und Informationssystems der Versicherungswirtschaft mit Daten, die der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) im Auftrag für die Versicherer verschlüsselt. Auf Basis dieses Systems kann es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen.

f) zur Beratung und Information über Versicherungsleistungen durch die Janitos Versicherung AG oder den für mich zuständigen Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient (allgemeine Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen geführt und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergegeben).

g) zum Zwecke der Vertragsverwaltung und -abwicklung im Rahmen einer Bonitätsprüfung. Die Antrags-, Vertrags-, und Leistungsabwicklungsdaten (Name/Vorname/Geburtsdatum bzw. Firma, Straße/Hausnummer, PLZ/Ort) können vor Vertragsschluss zur Prüfung des Deckungsauftrags und bei Bedarf im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung genutzt werden. Informationen zum bisherigen Zahlungsverkehr beziehen wir von Auskunfteien (z.B. Bürgel, Infoscore, Schufa).

h) zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die Janitos Versicherung AG oder eine Auskunftei eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit einholt.

Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen. Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Sonstige Hinweise

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

Vertragsgrundlagen

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

Selbstständigkeit der Verträge

Die aufgrund dieses Deckungsauftrags abgeschlossenen Versicherungen sind rechtlich selbständige 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 Janitos Versicherung AG, Postfach 10 41 69, 69031 Heidelberg

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der 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 zurückzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Mir ist bekannt, dass der Versicherer – soweit hier Anlass besteht – Angaben über meinen Gesundheitszustand, auch über frühere Erkrankungen oder Unfälle, und über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge bei anderen Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherern zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertrages überprüft. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Pflegeheime, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, Angehörige anderer Heilberufe, sonstige Krankenanstalten, Personenversicherer, gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften, Behörden und Gesundheitsämter, die mich in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben bzw. bei denen ich versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe, von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über meinen Tod hinaus – und ermächtige sie, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragsstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindungserklärung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus. Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von Ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an ihn beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden. Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) sowie von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Auch zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Pflegeheime, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, Angehörige anderer Heilberufe, sonstige Krankenanstalten, Personenversicherer, gesetzlichen

Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften, Behörden und Gesundheitsämter, die in vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht; dabei hat die Geltendmachung eines Leistungsanspruches die Bedeutung einer Schweigepflichtentbindung für den Einzelfall. Von der Schweigepflicht entbinde ich auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von Ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an ihn beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann den Abschluss des von mir beantragten Versicherungsvertrages zumindest verzögern, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt. Im Leistungsfall kann diese Alternative zur Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt. Für jede entsprechende Schweigepflichtentbindung im Einzelfall kann die Janitos Versicherung AG eine angemessene Kostenbeteiligung in angemessener Höhe verlangen.

VORVERTRAGLICHE ANZEIGEPFLICHT NACH §§ 19ff. VVG

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

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

2. Kündigung

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

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

3. Vertragsänderung

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

4. Ausübung unserer Rechte

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

5. Stellvertretung durch eine andere Person

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

SCHLUSSERKLÄRUNG UND UNTERSCHRIFTEN

Die auf den vorherigen Seiten beschriebenen Erklärungen und wichtigen Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen. Diese Erklärungen enthalten unter anderem die Belehrung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und über das Widerrufsrecht, die 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 der zu versichernden Person (über 18 Jahre):	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (bei Minderjährigen):
Die dem Vertrag zugrunde liegenden Verbraucherinformationen wurden mir ausgehändigt:	Unterschrift Antragsteller (Versicherungsnehmer) oder Vermittler (Maklervollmacht liegt vor):
Ort, Datum:	
Janitos soll mir bitte folgende Dokumente zusenden: <input type="checkbox"/> Versicherungsbedingungen <input type="checkbox"/> Produktinformationen <input type="checkbox"/> Kundeninformationen	

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

WIR UNTERSTÜTZEN SIE GERNE:

Janitos Versicherung AG | Team KV

Tel.: +49 (0) 6221. 709 1380 | E-Mail: versicherung@janitos.de

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

Monatsprämien (in Euro) Zahnzusatzversicherung:

Alter	JA dental		JA dental plus		Alter	JA dental		JA dental plus	
	Frau	Mann	Frau	Mann		Frau	Mann	Frau	Mann
0	0,48	0,48	10,99	10,99	51	16,80	13,11	33,18	24,63
1	0,48	0,48	10,99	10,99	52	17,36	13,66	34,13	25,50
2	0,48	0,48	10,99	10,99	53	17,92	14,22	35,07	26,37
3	0,48	0,48	10,99	10,99	54	18,45	14,78	35,87	27,14
4	0,48	0,48	10,99	10,99	55	18,99	15,34	36,67	27,91
5	0,48	0,48	10,99	10,99	56	19,52	15,91	37,47	28,69
6	0,48	0,48	10,99	10,99	57	20,05	16,47	38,26	29,46
7	0,48	0,48	10,99	10,99	58	20,58	17,03	39,06	30,23
8	0,48	0,48	10,99	10,99	59	20,99	17,50	39,76	31,00
9	0,48	0,48	10,99	10,99	60	21,39	17,96	40,46	31,76
10	0,48	0,48	10,99	10,99	61	21,79	18,42	41,16	32,53
11	0,48	0,48	10,99	10,99	62	22,19	18,88	41,85	33,29
12	0,48	0,48	10,99	10,99	63	22,59	19,34	42,55	34,06
13	0,48	0,48	10,99	10,99	64	22,54	19,70	42,46	34,65
14	0,48	0,48	10,99	10,99	65	22,48	20,06	42,36	35,23
15	0,48	0,48	10,99	10,99	66	22,43	20,42	42,27	35,82
16	2,01	1,69	7,76	7,76	67	22,37	20,78	42,18	36,41
17	2,01	1,69	7,76	7,76	68	22,32	21,14	42,08	37,00
18	2,01	1,69	7,76	7,76	69	22,09	21,08	41,50	36,78
19	2,01	1,69	7,76	7,76	70	21,86	21,03	40,92	36,53
20	2,01	1,69	7,76	7,76	71	21,63	20,98	40,34	36,32
21	4,50	3,39	11,31	8,65	72	21,41	20,93	39,77	36,09
22	4,76	3,75	11,86	9,29	73	21,18	20,87	39,19	35,87
23	5,03	4,09	12,42	9,92	74	20,63	20,68	38,12	35,48
24	5,29	4,43	12,97	10,56	75	20,08	20,49	37,06	35,09
25	5,55	4,78	13,53	11,19	76	19,53	20,30	35,99	34,71
26	5,82	5,12	14,08	11,83	77	18,98	20,10	34,92	34,32
27	6,08	5,46	14,64	12,46	78	18,43	19,91	33,85	33,93
28	6,35	5,81	15,19	13,09	79	17,77	19,54	32,60	33,27
29	6,79	6,09	16,02	13,60	80	17,10	19,17	31,35	32,61
30	7,23	6,38	16,85	14,10	81	16,43	18,80	30,10	31,95
31	7,68	6,67	17,68	14,60	82	15,77	18,44	28,85	31,29
32	8,12	6,96	18,50	15,10	83	15,11	18,06	27,60	30,63
33	8,56	7,25	19,33	15,60	84	14,50	17,61	26,48	29,83
34	8,92	7,46	19,94	15,92	85	13,90	17,15	25,35	29,02
35	9,28	7,67	20,54	16,23	86	13,30	16,69	24,23	28,22
36	9,63	7,88	21,15	16,54	87	12,70	16,24	23,11	27,41
37	9,99	8,09	21,75	16,85	88	12,09	15,78	21,98	26,61
38	10,35	8,30	22,36	17,17	89	11,57	15,29	21,02	25,75
39	10,76	8,52	23,03	17,50	90	11,05	14,80	20,06	24,90
40	11,16	8,74	23,71	17,83	91	10,52	14,31	19,10	24,05
41	11,57	8,97	24,38	18,17	92	10,00	13,83	18,13	23,20
42	11,98	9,19	25,06	18,50	93	9,47	13,33	17,17	22,34
43	12,38	9,41	25,73	18,83	94	8,66	12,88	15,69	21,56
44	12,93	9,82	26,65	19,47	95	7,84	12,43	14,20	20,78
45	13,48	10,23	27,58	20,10	96	7,03	11,98	12,72	19,99
46	14,03	10,63	28,50	20,74	97	6,21	11,53	11,24	19,21
47	14,57	11,04	29,43	21,37	98	5,39	11,08	9,76	18,42
48	15,12	11,45	30,35	22,01	99	4,58	10,63	8,28	17,64
49	15,68	12,00	31,30	22,88	100	3,76	10,18	6,79	16,85
50	16,24	12,55	32,24	23,75					

Monatsprämien (in Euro) stationäre Zusatzversicherung:

Alter	JA stationär		JA stationär plus		Alter	JA stationär		JA stationär plus	
	Frau	Mann	Frau	Mann		Frau	Mann	Frau	Mann
0	1,83	1,83	7,87	7,87	51	14,12	14,36	32,09	31,78
1	1,83	1,83	7,87	7,87	52	14,86	15,40	33,55	33,70
2	1,83	1,83	7,87	7,87	53	15,61	16,46	35,00	35,63
3	1,83	1,83	7,87	7,87	54	16,68	18,36	37,14	39,40
4	1,83	1,83	7,87	7,87	55	17,71	20,33	39,27	43,17
5	1,83	1,83	7,87	7,87	56	18,76	22,25	41,41	46,94
6	1,83	1,83	7,87	7,87	57	19,82	24,23	43,55	50,70
7	1,83	1,83	7,87	7,87	58	20,88	26,20	45,68	54,47
8	1,83	1,83	7,87	7,87	59	22,32	28,42	48,63	58,84
9	1,83	1,83	7,87	7,87	60	23,73	30,66	51,58	63,21
10	1,83	1,83	7,87	7,87	61	25,19	32,91	54,53	67,58
11	1,83	1,83	7,87	7,87	62	26,61	35,11	57,47	71,94
12	1,83	1,83	7,87	7,87	63	27,97	37,39	60,42	76,31
13	1,83	1,83	7,87	7,87	64	29,64	40,30	63,89	82,25
14	1,83	1,83	7,87	7,87	65	31,26	43,30	67,36	88,18
15	1,83	1,83	7,87	7,87	66	32,87	46,21	70,83	94,12
16	1,85	3,51	10,05	12,14	67	34,40	49,12	74,30	100,05
17	1,85	3,51	10,05	12,14	68	36,01	52,04	77,77	105,98
18	1,85	3,51	10,05	12,14	69	38,22	55,59	82,72	113,21
19	1,85	3,51	10,05	12,14	70	40,50	59,02	87,66	120,44
20	1,85	3,51	10,05	12,14	71	42,79	62,55	92,61	127,66
21	2,99	3,56	11,09	8,99	72	45,17	65,96	97,56	134,89
22	3,23	3,77	12,08	9,51	73	47,56	69,50	102,51	142,12
23	3,45	3,95	13,06	10,03	74	50,60	73,47	108,59	150,55
24	3,66	4,13	14,04	10,55	75	53,67	77,58	114,67	158,98
25	3,88	4,28	15,03	11,07	76	56,87	81,70	120,74	167,41
26	4,10	4,44	16,01	11,59	77	60,11	85,81	126,82	175,84
27	4,33	4,58	16,99	12,11	78	63,53	90,11	132,90	184,28
28	4,57	4,70	17,98	12,63	79	66,86	93,48	138,72	190,78
29	4,69	4,76	18,48	12,98	80	70,40	96,67	144,55	197,29
30	4,84	4,84	18,98	13,33	81	73,98	100,27	150,37	203,80
31	4,99	4,91	19,48	13,68	82	77,63	103,68	156,20	210,30
32	5,19	4,99	19,98	14,03	83	81,33	107,10	162,02	216,81
33	5,43	5,10	20,48	14,38	84	84,85	108,68	167,35	219,11
34	5,71	5,25	21,07	14,82	85	88,58	110,27	172,67	221,42
35	6,04	5,41	21,66	15,25	86	91,31	111,41	177,99	223,72
36	6,43	5,60	22,25	15,69	87	94,04	112,56	183,32	226,02
37	6,86	5,81	22,85	16,13	88	96,77	113,71	188,64	228,33
38	7,31	6,03	23,43	16,56	89	98,55	114,30	192,11	229,52
39	7,81	6,30	23,96	17,06	90	100,33	114,89	195,57	230,71
40	8,30	6,57	24,48	17,56	91	102,11	115,49	199,04	231,91
41	8,83	6,88	25,00	18,06	92	103,88	116,08	202,50	233,10
42	9,37	7,18	25,53	18,56	93	105,66	116,68	205,97	234,29
43	9,90	7,53	26,05	19,06	94	106,84	117,32	208,27	235,59
44	10,32	8,22	26,39	20,45	95	108,02	117,97	210,57	236,88
45	10,74	8,95	26,72	21,83	96	109,21	118,61	212,88	238,18
46	11,12	9,71	27,05	23,22	97	110,39	119,26	215,18	239,48
47	11,47	10,46	27,38	24,61	98	111,57	119,91	217,48	240,78
48	11,80	11,23	27,71	25,99	99	112,75	120,55	219,78	242,07
49	12,57	12,26	29,17	27,92	100	113,93	121,20	222,09	243,37
50	13,35	13,31	30,63	29,85					