

Deckungsauftrag Krankenzusatzversicherung dental



ANTRAGSTELLER/VERSICHERUNGSNEHMER

XUÖÄÖ•^ \ | a : È a | Á M Õ Á @ e c } * • à • & @ ê } \ d
W c | Á ^ } A a \ ^ } A | E H I € Á & @ | \ à ^ ! *
V \ | E H G I È J E J € € € Z a k e H G G È H I H J H
O È a a k e | O c • & e • ^ \ | a : È a
U A * a d a ! } * • } { { ^ | Á O F H O U È H I B Ü H Í

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/Unternehmer: XUÖÄÖ•^ \ a : È a Á M Õ Á @ e c } * • à • & @ ê } \ d
Name des Vermittlers: T a e c e A o ä • a e
Vermittlernummer: J I € € € €

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 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).

TARIFAUSWAHL ZAHNZUSATZVERSICHERUNG

Datum Versicherungsbeginn (oo:oo Uhr):
Der Versicherungsbeginn darf ab Antragsstellung maximal 6 Monate in der Zukunft liegen.
<input type="checkbox"/> Tarif JA dental plus (bitte Gesundheitsfragen Nr. 1–4 beantworten) <input type="checkbox"/> Neuvertrag
<input type="checkbox"/> Tarif JA dental (bitte Gesundheitsfragen Nr. 1–3 beantworten) <input type="checkbox"/> Vertragsänderung zu Vertragsnummer:

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:	<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> monatlich

VERSICHERUNGSPRÄMIE/BESONDERE VEREINBARUNGEN

Die Prämienübersicht zur Janitos Zahnzusatzversicherung finden Sie auf Seite 4 dieses Deckungsauftrages.		
Tarif	Monatsprämie	Prämie gem. Zahlweise
	Euro	Euro
	Euro	Euro
Besondere Vereinbarungen:		

WIR UNTERSTÜTZEN SIE GERNE:

Janitos Versicherung AG | Experten-Team Krankenzusatz

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

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

Zahnzusatzversicherung

1) Wurden Zähne durch Voll- oder Teilprothesen (herausnehmbarer Zahnersatz) ersetzt oder fanden in den letzten 3 Jahren Parodontose- bzw. Parodontitisbehandlungen (Zahnbett-erkrankungen) statt bzw. sind diese angedenkt oder beabsichtigt? nein ja (Muss diese Frage mit „ja“ beantwortet werden, kann keine Annahme des Antrages erfolgen.)

2) Anzahl fehlender Zähne, die nicht durch Zahnersatzmaßnahmen ersetzt wurden und bei denen kein physiologischer Lückenschluss besteht (Weisheitszähne und Milchzähne müssen nicht genannt werden)? Anzahl:

Wird die Frage 2) mit 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.

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

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

3) Wurde eine Zahnbehandlung/Zahnersatzmaßnahme angedenkt oder begonnen bzw. besteht eine provisorische Versorgung? nein ja (Ich bin damit einverstanden, dass für alle angedenkt oder begonnenen Zahnbehandlungen/Zahnersatzmaßnahmen kein Versicherungsschutz besteht.)

4) 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 angedenkt? 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

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.janitos.de/de/zg/unternehmen/datenschutz/datenschutz_verf.jsp.

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-Informationsverordnung 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 Versiche-

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

Besondere Hinweise

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

EINWILLIGUNG IN DIE ERHEBUNG UND VERWENDUNG VON GESUNDHEITSDATEN UND SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

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). Darüber hinaus benötigt die Janitos Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Die Janitos benötigt Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei 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 die Janitos selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Janitos (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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 die Janitos
Ich willige ein, dass die 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. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht
Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die Janitos die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die Janitos benötigt hierfür

Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die Janitos – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet. Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Janitos übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Janitos an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Janitos tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht. Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

Ich wünsche, dass mich die Janitos in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich - in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Janitos einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Janitos einwillige - oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Janitos konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außer-

EINWILLIGUNG IN DIE ERHEBUNG UND VERWENDUNG VON GESUNDHEITSDATEN UND SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

halb der Janitos

Die Janitos verpflichtet die unter 3.1 bis 3.4 genannten Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die 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 die 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 die Janitos zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Janitos tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die 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 die Janitos Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen. Die Janitos führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Janitos erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.janitos.de/de/zg/unternehmen/datenschutz/datenschutz_verf.jsp eingesehen oder bei datenschutzbeauftragter@janitos.de angefordert werden.

Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Janitos Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Janitos meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die 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.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die 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 die 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 die 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 die

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 die 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 die Janitos tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Janitos gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige 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 auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

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

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die Janitos Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die Janitos speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können bzw. selbst notwendige Anfragen an Mitglieder des PKV-Verbandes zu richten. Ihre Daten werden bei der Janitos bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die 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.

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 Umstände, 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 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.

SCHLUSSERKLÄRUNG UND UNTERSCHRIFTEN

Die auf den vorherigen Seiten beschriebenen Erklärungen und wichtigen Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen. Diese Erklärungen enthalten unter anderem die Belehrung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und über das Widerrufsrecht, die Schweigepflichtbindungserklärung sowie die Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz; sie sind wichtiger Bestandteil dieses Vertrages. Die dem Vertrag zugrunde liegenden Verbraucherinformationen wurden mir ausgehändigt. Ich halte mich an meinen Antrag einen Monat gebunden. Mein Widerrufsrecht bleibt hiervon unberührt. Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerspruchsfrist beginnt. Erklärung für mitzuversichernde Personen: Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine zu versichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

Ich bestätige hiermit, den wichtigen Hinweis über die Folgen einer Verletzung meiner gesetzlichen Verpflichtung gemäß § 19 Abs. 5 VVG, die Schweigepflichtbindungserklärung und die Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung (Bundesdatenschutzgesetz) gelesen zu haben. Alle mir gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet.

Ort, Datum:	Unterschrift Antragsteller (Versicherungsnehmer):
-------------	---

Unterschrift der zu versichernden Person (über 18 Jahre):	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (bei Minderjährigen):
---	--

Die dem Vertrag zugrunde liegenden Verbraucherinformationen wurden mir ausgehändigt:

Ort, Datum:	Unterschrift Antragsteller (Versicherungsnehmer) 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 Krankenzusatz

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 zum 01. Dezember 2012:

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