

## Antrag Turboaktion 2014

(gültig bis 31.08.2014)

## Die Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung

Stand: 03.2014

# Antrag (1/2): Persönliche Daten

Vermittler-  
daten

Antragschlüssel

Daten des Abschlussvermittlers

Daten des Betreuers

Kennnummer

Abrechnungsgruppe

Versicherungsnummer

Antragsnummer/ext. Maklernummer/FremdaktENZEICHEN

**4 0 3 6**  
Marketingschlüssel

Antragsteller/  
Versicherungs-  
nehmer (VN)  
und zu  
versichernde  
Person  
wenn VN=VP

Arbeitgeber/Firma

männlich

Titel, Vorname, Name

weiblich

Straße und Hausnummer

alleinstehend

verheiratet

Staat

Postleitzahl

Ort

Geburtsdatum

Nationalität

Steueridentifikationsnummer

Geburtsname

Geburtsland

Geburtsort

angestellt

öffentlicher Dienst

selbstständig

ohne Beschäftigung

derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche

Steuerpflichtig in USA

nein

ja

ITIN/EIN

Zu  
versichernde  
Person (VP)  
falls  
abweichend  
von VN

männlich

weiblich

allein stehend

verheiratet

Staat

Postleitzahl

Ort

Geburtsdatum

Nationalität

Geburtsname

Geburtsland

Geburtsort

Betriebliche  
Alters-  
versorgung  
(Direkt-  
versicherung)

Versicherung aus Entgeltumwandlung

Versicherung aus Arbeitgeberfinanzierung

Personalnummer

Eintritt in die Firma

Unverfallbarkeit:

gesetzlich

vertraglich ab Beginn

Bezugsrecht

Entgeltumwandlung: Unwiderrufliches Bezugsrecht für die versicherte Person.

Firmenfinanzierung: Unwiderrufliches Bezugsrecht für die versicherte Person, sofern die Voraussetzungen für die Unverfallbarkeit eingetreten sind, ansonsten widerruflich.

Angaben  
nach dem  
Geldwäsche-  
gesetz

Der Antragsteller hat sich ausgewiesen durch gültigen

Personalausweis

Reisepass

Gültig bis

Ausstellungsdatum

Ausweisnummer

Ausstellende Behörde

**Diese Angaben können entfallen bei Lastschrifteinzugsverfahren vom eigenen Konto des Antragstellers bei einem Geldinstitut mit Sitz in der EU. Dies gilt nicht bei einem Monatsbeitrag > 1.000 EUR bzw. einem Einzelbeitrag > 100.000 EUR.**

Wirtschaftlich  
Berechtigter

Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung sowie die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf meine **eigene Veranlassung**. Ich wurde hierzu von keinem Dritten beauftragt.

Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung sowie die damit verbundenen Transaktionen erfolgen **nicht** auf eigene Veranlassung. Ich wurde hierzu von einem Dritten beauftragt:

männlich  weiblich

Titel, Vorname, Name, Straße, Hausnummer

Staat

Postleitzahl

Ort

Geburtsdatum

Juristische  
Person

Ist der Antragsteller und/oder der wirtschaftlich Berechtigte eine juristische Person (z. B. AG, GmbH, KG, Stiftung etc.).

ja

nein

Falls ja, ist das Zusatzblatt „Identifizierung einer juristischen Person“ auszufüllen und zusammen mit den **hierin genannten**

**Unterlagen** dem Antrag beizufügen. Das Zusatzblatt finden Sie unter der Druckartikelnnummer 114193 im Materialverzeichnis.

Politisch  
exponierte  
Person

Sind Sie eine politisch exponierte Person? (s. Erläuterungen und wichtige Hinweise sowie Definition auf dem Zusatzblatt)  nein  ja, bitte Zusatzblatt (215284) ausfüllen

Ist der genannte wirtschaftliche Berechtigte eine politisch exponierte Person?

(s. Erläuterungen und wichtige Hinweise sowie Definition auf dem Zusatzblatt)

nein  ja, bitte Zusatzblatt (215284) ausfüllen

**Bitte beachten:**

Dieser Kurzantrag unterliegt folgenden Beschränkungen:

- **Maximal ein Vertrag pro Person und Produkt (Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung/BUZ) abschließbar**
- Maximale monatlich garantierte BU-Rente bzw. BU-Rente inkl. Sofortbonus von **1.000 Euro**
- Ausschluss der ereignisunabhängigen Erhöhungsoption, der anlassabhängigen Erhöhungsoption sowie der Berufseinstiegsoption
- Maximale Beitragsdynamik von **3 %** jährlich bzw. **5 %** alle **2 Jahre**
- Maximale Leistungsdynamik **3 %** jährlich

**Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht**

**Achten Sie bitte auf eine richtige Beantwortung der folgenden Frage sowie auf eine vollständige und richtige Bestätigung der nachfolgenden „Erklärung zum Gesundheitszustand und besonderen Gefahren“, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann. Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Schlusserklärung.**

**Allgemeine Frage Größe und Gewicht**

|             |  |               |  |
|-------------|--|---------------|--|
|             |  |               |  |
| Größe in cm |  | Gewicht in kg |  |

**Erklärung zum Gesundheitszustand und besonderen Gefahren der zu versichernden Person****Können Sie bestätigen, dass**

1. Sie in den letzten 3 Jahren nicht in ärztlicher, physiotherapeutischer oder psychotherapeutischer Behandlung wegen Beschwerden oder Krankheiten des Bewegungsapparates (Wirbelsäule, Gelenke, Muskeln, Sehnen und Bänder), der Psyche, des Herzens oder des Kreislaufs (z. B. Bluthochdruck, Herzinfarkt) oder wegen Zuckerkrankheit, Drogen- oder Alkoholmissbrauch, Asthma, Schlaganfall, Nierenerkrankungen, Hepatitis, Multiple Sklerose (MS), HIV-Infektion oder Krebserkrankungen waren und
2. bei Ihnen weder eine angeborene Erkrankung noch Unfall- bzw. Krankheitsfolgen bestehen, die mit bleibenden Beeinträchtigungen verbunden sind (z. B. Bewegungseinschränkung, mit Medikamenten behandelte Schmerzzustände, Verlust von Gliedmaßen, Blindheit, Gehörlosigkeit, Verlust der Sprache) und
3. bei Ihnen derzeit weder eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung vorliegt noch derartige Leistungen beantragt wurden und
4. Sie beruflich und privat keinen besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Umgang mit Sprengstoffen, Motorsport, Flugsport, Kampfsport, Rennsport, Extremsport) und
5. in den letzten 3 Jahren weder eine Versicherung auf Ihr Leben noch eine Versicherung für den Fall einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung von einem Versicherer abgelehnt oder zurückgestellt, mit Beitragszuschlag oder mit einer Leistungseinschränkung versehen bzw. angeboten wurde?

 ja  nein**Wenn Sie die Angaben nicht bestätigen können, ist die Beantwortung der Gesundheitsfragen im Universalantrag (215804) erforderlich.****Erklärung zur finanziellen Angemessenheit der beantragten Berufsunfähigkeitsrente**

**Der Unterzeichner bestätigt,** dass die für die versicherte Person beantragte Berufsunfähigkeitsrente sowie die gesamten für die versicherte Person bestehenden Berufsunfähigkeitsrenten 65 % des aktuellen Bruttoeinkommens der versicherten Person nicht übersteigen.

Ist die versicherte Person ein(e) Schüler/-in oder Student/-in, verzichten wir auf die Abgabe dieser Erklärung.

 Versicherte Person ist Schüler/-in oder Student/-in**Immer zu beantworten.**

Seit wann?

**Fragen zur beruflichen Tätigkeit der versicherten Person**

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus? .....

Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten selbstständig gemacht oder

beabsichtigen Sie, sich in den nächsten 12 Monaten selbstständig zu machen?  nein  ja, als .....

Branche

 Vollzeit Teilzeit Unbefristet Befristet bis: ..... angestellt selbstständig öffentlicher Dienst ohne Beschäftigung derzeit in Ausbildung/Studium zu: .....

Welche berufliche Ausbildung haben Sie abgeschlossen?

 Kaufmännische Ausbildung: Handwerkliche/technische Ausbildung: Studium: Sonstiges (z. B. ungelernt; nicht abgeschlossene Ausbildung/Studium): .....**Zusatzfragen**

1. Zu wie viel Prozent üben Sie eine Innendiensttätigkeit mit kaufmännischen Aufgaben oder Büro-, Planungs-, Entwicklungs-, Beratungs- oder Verwaltungsarbeiten aus?  Mindestens 75%  Weniger als 75%

2. Wie hoch ist bei Ihrer Tätigkeit der Anteil belastender Einflüsse z. B. durch körperliche und handwerkliche Arbeit, Schicht- oder Wechseldienst, Nacharbeit oder Fahrtätigkeit?  Mindestens 25%  Weniger als 25%

3. Wie viele fest angestellte Voll- bzw. Teilzeitmitarbeiter (nicht: geringfügig Beschäftigte) führen Sie als Vorgesetzter?  Mindestens 7  Weniger als 7

4. Bitte geben Sie Ihren höchsten Ausbildungsabschluss an:

 abgeschlossenes Studium an einer staatlich anerkannten Hoch- oder Fachhochschule schulischer Abschluss beruflicher Abschluss als Techniker/Meister oder an einer Fachschule keinen Abschluss eines staatlich anerkannten Ausbildungsberufs

Nur ausfüllen,  
wenn der  
**Familienbonus**  
beantragt ist  
(nur bei selbst-  
ständiger  
Berufsunfähig-  
keitsversiche-  
rung)

**Partner** (Vorname, Name)

Angaben zum leiblichen bzw. adoptierten, nicht volljährigen Kind, das mit der versicherten Person im gleichen Haushalt lebt:

**Kind** (Vorname, Name)

Geburtsdatum

Versicherte Person und Partner leben in einer gemeinsamen gesetzlichen Ehe bzw. eingetragenen Lebenspartnerschaft?

ja  nein

Sofern keine gesetzliche Ehe bzw. keine eingetragene Lebenspartnerschaft vorliegt, muss ein gemeinsamer Wohnsitz der versicherten Person und des Partners nachgewiesen werden (Kopie der Personalausweise/Meldebescheinigungen).

Nachweis beigelegt?

ja  nein

#### Besondere Vereinbarungen

#### Kommunika- tionsdaten

(freiwillige  
Angaben)

Ich bin (**jederzeit widerruflich**) damit einverstanden, dass mir durch die Vermittler und deren Mitarbeiter sowie die Unternehmen der Gothaer Versicherungsgruppe schriftlich (auch per Telefax oder E-Mail) und telefonisch Informationen über die Leistungsangebote des Gothaer Konzerns gegeben werden.

Telefonnummer

Telefaxnummer

E-Mailadresse

Der Widerruf ist jederzeit formlos möglich: Telefon 0221 308 00 / E-Mail: info@gothaer.de

#### Empfangs- bekenntnis

Ich bestätige, dass ich das „**Produktinformationsblatt**“, den **Antrag (2/2): Tarifdaten** und die **nachstehend aufgeführten Versicherungsbedingungen** vor Antragstellung erhalten habe:

Versionsdatum

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/Versicherungsnehmers zum Empfangsbekenntnis

**Einwilligungs-  
erklärung**

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 der Versicherer 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.

**Abfrage von  
Gesundheits-  
daten bei Dritten  
zur Risikobeur-  
teilung und zur  
Prüfung der  
Leistungspflicht**

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Der Versicherer 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 der Versicherer – 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 den Versicherer übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch den Versicherer an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für den Versicherer 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 der Versicherer 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 den Versicherer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

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 den Versicherer 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.

**Schluss-  
erklärungen**

Die auf den folgenden Seiten beschriebenen „**Erklärungen und wichtigen Hinweise**“ insbesondere zur „**Vorvertraglichen Anzeigepflicht**“ sowie zum „**Widerrufsrecht**“ habe ich zur Kenntnis genommen. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Ich mache sie zum Inhalt dieses Antrags.

**Einwilligung  
zur  
Daten-  
verarbeitung**

Weiterhin habe ich die **auf den Folgeseiten des Antrags abgedruckten Erläuterungen** zur „**Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten**“, zur „**Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten**“ – wie die „**Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung**“, die „**Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen und Personen)**“, die „**Datenweitergabe an Rückversicherungen**“, der „**Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)**“ und die „**Datenweitergabe an selbstständige Vermittler**“ – sowie zur „**Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt**“ zur Kenntnis genommen und **willige durch meine nachstehende Unterschrift in dem dort beschriebenen Umfang** in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten durch die **Gothaer Lebensversicherung AG** ein.

**Unterschriften**

**Zu versichernde Person** (bei Minderjährigen: Gesetzlicher Vertreter/bei Minderjährigen ab Alter 16 zusätzlich: die zu versichernde Person)

Ort, Datum

Antragsteller/Versicherungsnehmer

Vermittler (ggf. mit Stempel)

Kommunikationsdaten Vermittler (Telefon-/Telefaxnummer, E-Mail-/Internetadresse)

## SEPA-Lastschrift-Mandat



**Hinweise** 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** Gothaer Lebensversicherung AG Gläubiger ID DE16ZZZ0000070200  
 Arnoldiplatz 1  
 50969 Köln

**Mandatsreferenz** \_\_\_\_\_ Vom Zahlungsempfänger auszufüllen.

**Verwendungszweck**

\_\_\_\_\_ Versicherungsschein- / Antragsnummer des zugrunde liegenden Vertrages (falls bekannt)

**Ich ermächtige / Wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Geldinstitut an, die vom oben genannten Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.**

Zugleich erkläre ich / erklären wir uns damit einverstanden, dass die Mindestfrist zur Vorab-Information einer SEPA-Basislastschrift (Pre-Notification) von 14 auf 5 Arbeitstage verkürzt wird.

**Zahlungsart**  Wiederkehrende Zahlung  Einmalige Zahlung

**Datum erster Einzug / Gültig ab**

\_\_\_\_\_

**Angaben zur Kontoverbindung des Zahlungspflichtigen**

\_\_\_\_\_ Vorname, Name

\_\_\_\_\_ Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_ Land

\_\_\_\_\_ PLZ

\_\_\_\_\_ Ort

\_\_\_\_\_ IBAN (Internationale Bankkontonummer)

\_\_\_\_\_ BIC (Internationale Bankleitzahl des Geldinstituts)

\_\_\_\_\_ Name des Geldinstituts

**Ort, Datum und Unterschriften**

\_\_\_\_\_ Ort

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Zahlungspflichtigen

\_\_\_\_\_ Unterschrift des 2. Zahlungspflichtigen

**Zur Information** **Angaben zum Vertragsverhältnis zwischen Zahlungsempfänger und Zahlungspflichtigen.**

**Bei abweichendem Beitragszahler** \_\_\_\_\_ Dieses Feld nicht ausfüllen, falls Sie für sich selbst zahlen.  
 Name des Versicherungsnehmers

## Erklärungen und wichtige Hinweise

|  |   |
|--|---|
| <b>Vorvertragliche Anzeigepflicht</b>                                  | <p><b>Sie haben uns</b> als Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung <b>die Ihnen bekannten Gefahrumstände</b>, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit Ihnen und dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir in Textform gefragt haben, <b>wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen</b>. Dies gilt nicht nur, wenn Sie den Antrag selbst ausfüllen, sondern <b>auch dann, wenn ein Dritter</b> (z. B. der Vermittler) in Ihrem Namen <b>den Antrag ausfüllt</b>. Verletzen Sie diese Anzeigepflicht, so können wir vom Vertrag zurücktreten.</p> <p><b>Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn</b> Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. <b>In diesem Fall</b> haben wir das <b>Recht</b>, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu <b>kündigen</b>.</p> <p><b>Unser Rücktrittsrecht</b> wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht <b>und unser Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn</b> wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Die anderen Bedingungen werden auf unser Verlangen rückwirkend – bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode – Vertragsbestandteil.</p>   |
| <b>Einwilligung in Auskünfte über das allgemeine Zahlungsverhalten</b> | <p><b>Ich willige ein</b>, dass die Gothaer Lebensversicherung AG zum Zwecke des Vertragsabschlusses und bei Bedarf im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung zu Zwecken der Vertragsverwaltung und -abwicklung (z.B. im Schadenfall) Informationen zu meinem Zahlungsverhalten und Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten von einer Auskunft (z.B. Creditreform, SCHUFA) bezieht und nutzt. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.</p>   |
| <b>Prädiktiver Gentest</b>   | <p>Gemäß § 18 GenDG darf der Versicherer von Versicherten weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrags die Vornahme genetischer Untersuchungen oder Analysen verlangen.</p> <p>Die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen darf der Versicherer nur dann verlangen, entgegennehmen oder verwenden, wenn für eine Lebensversicherung, eine Berufsunfähigkeitsversicherung, eine Erwerbsunfähigkeitsversicherung oder eine Pflegerentenversicherung eine Leistung von mehr als 300.000 EUR oder mehr als 30.000 EUR Jahresrente vereinbart wird.</p>  |
| <b>Sonstige Hinweise</b>   | <p>Für die <b>Aufnahme des Antrags</b> fallen <b>keine gesonderten Gebühren oder Kosten</b> an.</p> <p>Lastschrift-Rückläufergebühren und Kosten eines Mahnverfahrens werden geltend gemacht.</p>   |
| <b>Wechsel des Versicherers</b>  | <p>Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer neuen Versicherung ist im Allgemeinen für den Versicherungsnehmer unzweckmäßig und kann zu wirtschaftlichen Nachteilen führen.</p>   |
| <b>Ansprechpartner/ Aufsichtsbehörde/ Schlichtungsstelle</b>           | <p>Ihren Ansprechpartner im Außendienst und Ihre Kundenbetreuer in unseren Außenstellen oder der Hauptverwaltung entnehmen Sie bitte dem Versicherungsschein/Nachtrag zum Versicherungsschein oder dem jeweiligen Korrespondenzbrief. Die Aufsichtsbehörden und Schlichtungsstellen zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten entnehmen Sie bitte den Ihnen vor Antragstellung ausgehändigten Kundeninformationen.</p>  |
| <b>Vertragsgrundlagen</b>  | <p>Die gegenseitigen <b>Rechte und Pflichten</b> richten sich nach diesem Antrag, von dem mir <b>bei Antragstellung eine Durchschrift/Kopie</b> ausgehändigt wird, 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 Antragstellung ausgehändigt wurden. Mündliche Nebenabreden sind ungültig.</p>   |
| <b>Politisch exponierte Person</b>                                     | <p>Eine PEP ist eine natürliche Person, die ein wichtiges öffentliches Amt ausübt (oder ausgeübt hat), ein unmittelbares Familienmitglied oder eine ihr bekanntermaßen nahe stehende Person ist.</p>  |
| <b>Hinweise zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz</b>              | <p>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 <a href="http://www.gothaer.de/datenschutz">www.gothaer.de/datenschutz</a>. Stammdaten von Antragstellern und Versicherten sowie Angaben über die 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.</p> <p>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 <a href="http://www.gothaer.de/datenschutz">www.gothaer.de/datenschutz</a>. Sie können 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.</p> <p>Die informa IRFP GmbH betreibt das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS). An das HIS melden wir – ebenso wie andere Versicherungsunternehmen – erhöhte Risiken sowie Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten und daher einer näheren Prüfung bedürfen. Eine detaillierte Beschreibung des HIS finden Sie im Internet unter <a href="http://www.informa-irfp.de">www.informa-irfp.de</a>. Die konkrete Vorgehensweise in den Bereichen Schaden, Rechtsschutz und Leben können Sie nachlesen unter <a href="http://www.gothaer.de/datenschutz">www.gothaer.de/datenschutz</a>.</p> |

## Widerrufsrecht

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Widerrufsfolgen</b>    | <p>Sie können Ihre Vertragserklärung <b>innerhalb von 30 Tagen</b> ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Telefax, E-Mail) <b>widerrufen</b>. Die <b>Frist beginnt, nachdem</b> Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) 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: Gothaer Lebensversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln.</p> <p>Im Falle eines wirksamen Widerrufs <b>endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen</b> den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden <b>Teil der Beiträge</b>, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag um einen Betrag in Höhe von 1/360 des von Ihnen für ein Jahr zu zahlenden Beitrags. Den Rückkaufwert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 VVG zahlen wir Ihnen aus. <b>Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs</b>. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.</p> <p>Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 VVG 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.</p> |
| <b>Besondere Hinweise</b> | <p><b>Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn</b> der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Soweit eine <b>vorläufige Deckung</b> erteilt wurde, endet diese mit dem Zugang des Widerrufs bei uns.</p>   |

## Einwilligung zur Datenverarbeitung

|   |   |
|---|---|
| <b>Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung</b> | <p>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 Gothaer Lebensversicherung AG (im folgenden Versicherer genannt) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Der Versicherer 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.</p> <p>Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages beim Versicherer unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.</p> <p>Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– durch den Versicherer selbst,</li> <li>– bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers und</li> <li>– wenn der Vertrag nicht zustande kommt.</li> </ul> |
|---|---|

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.



|  |   |
|--|---|
| <b>Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten</b>   | <p><b>Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer.</b></p> <p><b>Ich willige ein</b>, dass der Versicherer die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dieses zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.</p>  |
| <b>Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten</b>   | <p><b>Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers.</b></p> <p>Der Versicherer verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.</p>   |
| <b>Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung</b>  | <p>Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Der Versicherer 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.</p>   |
| <b>Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)</b>                 | <p><b>Ich willige ein</b>, dass der Versicherer 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 den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.</p> <p>Der Versicherer 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 der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.</p>   |
| <b>Datenweitergabe an Rückversicherungen</b>   | <p>Der Versicherer führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für den Versicherer 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 <a href="http://www.gothaer.de/datenschutz">www.gothaer.de/datenschutz</a> eingesehen oder bei <a href="mailto:info@gothaer.de">info@gothaer.de</a> angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung.</p> <p><b>Ich willige ein</b>, dass der Versicherer 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 der Versicherer 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.</p>  |
| <b>Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)</b>                            | <p>Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann der Versicherer 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 der Versicherer 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.</p> <p>Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung den Versicherer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.</p> <p>Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob der Versicherer das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.</p> <p>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.</p> <p>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 den Versicherer unterrichtet.</p> <p><b>Ich willige ein</b>, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.</p> |
| <b>Datenweitergabe an selbstständige Vermittler</b>  | <p>Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, <a href="http://www.informa-irfp.de">www.informa-irfp.de</a>) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken kann der Versicherer an das HIS melden. Der Versicherer und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.</p> <p><b>Ich entbinde</b> die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.</p> <p>Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden.</p>   |
| <b>Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt</b> | <p>Der Versicherer gibt grundsätzlich keine Angabe 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.</p> <p>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.</p> <p>Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers 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 vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.</p> <p><b>Ich willige ein</b>, dass der Versicherer 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.</p>   |

**Gesellschaft** Gothaer Lebensversicherung AG  
Sitz Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (Hausanschrift)  
Aufsichtsrat Dr. Roland Schulz (Vorsitzender)  
Vorstand Michael Kurtenbach (Vorsitzender)  
Dr. Mathias Bühring-Uhle, Dr. Karsten Eichmann, Harald Eppler,  
Dr. Werner Görg, Jürgen Meisch, Dr. Hartmut Nickel-Waninger, Oliver Schoeller

**Postanschrift** 50598 Köln  
Rechtsform Aktiengesellschaft  
Registergericht Amtsgericht Köln, HRB 56769  
USt-IdNr. DE207591682