

## Antrag

### Die private Gothaer

- Krankheitskostenvollversicherung
- Pflegepflichtversicherung
- Ergänzungsversicherung

Stand: 07.2021



# Die private Gothaer Kranken- und Pflegepflichtversicherung



Änderungsantrag

Für EV/MA/SAD

Für Makler/Sonstige

**1**

**0**

Bestehende Versicherungsnummer

RD-AGT-Nr.

GKR-AGT-Nr.

Stand: 07.2021 **AN204734**

Antragsteller/  
Versicherungs-  
nehmer  
(VN)

Titel, Vorname, Name

männlich  
 weiblich

Straße und Hausnummer

VN ist VP1

Postleitzahl

Ort

alleinstehend  
 verheiratet/  
zus.lebend

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Staatsangehörigkeit

Hauptwohnsitz in D seit (MM.JJJJ)

E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)

derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit und Branche

angestellt  
 selbstständig

öffentlicher Dienst  
 ohne Beschäftigung

Identifikationsnummer (SteuerID) nur bei Vollversicherung

## Zu versichernde Person 1

(VP)

Wenn VN = VP  
hier bitte keine  
Angaben  
machen!

Titel, Vorname, Name

männlich  
 weiblich

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Staatsangehörigkeit

Hauptwohnsitz in D seit (MM.JJJJ)

alleinstehend

abweichende Anschrift (**immer** angeben  
Beiblatt 211377 ist beizufügen)

verheiratet/zus.lebend

derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit und Branche

angestellt  
 selbstständig

öffentlicher Dienst  
 ohne Beschäftigung

Identifikationsnummer (SteuerID) nur bei Vollversicherung

## Zu versichernde Person 2

Titel, Vorname, Name

männlich  
 weiblich

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Staatsangehörigkeit

Hauptwohnsitz in D seit (MM.JJJJ)

alleinstehend

abweichende Anschrift (**immer** angeben  
Beiblatt 211377 ist beizufügen)

verheiratet/zus.lebend

derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit und Branche

angestellt  
 selbstständig

öffentlicher Dienst  
 ohne Beschäftigung

Identifikationsnummer (SteuerID) nur bei Vollversicherung

## Zahlweise

jährlich (4 % Nachlass)

1/2-jährlich

1/4-jährlich

monatlich

wie bisher

Teilnahme am SEPA-Lastschriftverfahren

nein

ja

Gruppenvertrag

Sammelinkasso

Einzelinkasso

Arbeitgeber/Dienstherr/Firma (Name ist nur bei Sammelinkasso anzugeben)

## Übertragungswertbescheinigung

Wenn Sie von einer PKV zu uns wechseln möchten, benötigen wir eine Übertragungswertbescheinigung Ihres jetzigen PKV-Unternehmens. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Eine Übertragungswertbescheinigung

habe ich beigelegt

reiche ich nach

## Für Beantragung Beihilfe

VP Für die **Beantragung von Beihilfetarifen** bitte **immer** die folgenden Angaben machen.

**1**  Beihilfberechtigter  Versorgungsempfänger  berücksichtigungs-fähiger Ehepartner  berücksichtigungs-fähiges Kind  Bund Bundesland ambulant stationär Beihilfesatz (in %)

**2**  Beihilfberechtigter  Versorgungsempfänger  berücksichtigungs-fähiger Ehepartner  berücksichtigungs-fähiges Kind  Bund Bundesland ambulant stationär Beihilfesatz (in %)

## Für Beantragung Krankentagegeld und/oder KV-Vollversicherung/OPT G für Selbstständige

Für die **Beantragung eines Krankentagegeldes bzw. einer Krankheitskostenvollversicherung/OPT G für Selbstständige** bitte **immer** die folgenden Angaben machen.

**Wichtiger Hinweis: Mit Ihrer Unterschrift unter dem Antrag bestätigen Sie, dass das beantragte Krankentagegeld zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigt.**

**1**  angestellt Wochen Gehaltsfortzahlung  
 selbstständig  nur aufsichtsführend  auch mitarbeitend selbstständig seit (MM.JJJJ) Anzahl sozialvers. pfl. Angestellte Stammkapital Anteil (in %) bei GmbH-Geschäftsführern  
Höhe des durchschnittlichen monatlichen Nettoeinkommens der letzten 12 Monate vor Antragstellung in EUR\*  
(\*Definition durchschnittliches Nettoeinkommen siehe § 4 Abs. 2.1 – 2.3 AVB)

**2**  angestellt Wochen Gehaltsfortzahlung  
 selbstständig  nur aufsichtsführend  auch mitarbeitend selbstständig seit (MM.JJJJ) Anzahl sozialvers. pfl. Angestellte Stammkapital Anteil (in %) bei GmbH-Geschäftsführern  
Höhe des durchschnittlichen monatlichen Nettoeinkommens der letzten 12 Monate vor Antragstellung in EUR\*  
(\*Definition durchschnittliches Nettoeinkommen siehe § 4 Abs. 2.1 – 2.3 AVB)

## Private Pflegepflichtversicherung (PPV)

Alle krankenversicherten Personen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen müssen eine PPV abschließen und aufrechterhalten. Privat Krankenversicherte haben grundsätzlich bei ihrem Krankenversicherer eine private PPV abzuschließen (Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung). Grundlage der privaten PPV sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Pflegeversicherungstarif PV sowie das Pflegeversicherungsgesetz. Wird keine private PPV beantragt und das anderweitige Bestehen einer PPV nicht nachgewiesen, sind wir zur Meldung beim Bundesversicherungsamt verpflichtet.

## Vorversicherung

Für die **Beantragung einer privaten Pflegepflichtversicherung** bitte **immer** die folgenden Angaben machen.

Bei welchem Unternehmen/welcher Pflegekasse waren Sie bisher pflegeversichert?

**VP 1** Unternehmen/Pflegekasse Versicherungszeitraum von (MM.JJJJ) bis

**VP 2** Unternehmen/Pflegekasse Versicherungszeitraum von (MM.JJJJ) bis

Sie haben die Möglichkeit Ihren Beitrag zur privaten PPV anzupassen, wenn eine/mehrere der folgenden Voraussetzungen zutreffen. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

## Beitragsbegrenzung für Ehe-/Lebenspartner(in)

Ich beantrage eine Beitragsbegrenzung für Ehe-/Lebenspartner(in), da die folgenden Voraussetzungen für eine Beitragsbegrenzung von mir erfüllt werden. Für die Beantragung füge ich den Fragebogen zur privaten PPV (111978) ausgefüllt und unterschrieben diesem Antrag bei.  
**Voraussetzung für die Erlangung der Beitragsbegrenzung ist, dass mindestens ein Ehe-/Lebenspartner(in) seit dem 1. Januar 1995 der privaten PPV angehört und das Gesamteinkommen<sup>2</sup> eines Ehe-/Lebenspartner(in)s monatlich den gesetzlich vorgegebenen Betrag (s. 111978) nicht überschreitet.**

## Beitragsfreistellung für Kinder, Schüler und Studenten

Ich beantrage eine Beitragsfreistellung für Kinder, Schüler und Studenten. Für die Beantragung füge ich den Fragebogen zur privaten PPV (111978) ausgefüllt und unterschrieben diesem Antrag bei.  
**Voraussetzung ist, dass die zu versichernde Person sich in einer Schul- oder Berufsausbildung, einem freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahr, Wehr- oder Bundesfreiwilligendienst befindet oder als Student/-in immatrikuliert (unter 25 Jahre) ist. Kinder mit einer geistigen, seelischen oder körperlichen Behinderung sind grundsätzlich beitragsfrei.**

## Beitragsermäßigung nach dem Studententarif

Ich beantrage eine Beitragsermäßigung nach dem Studententarif für Studenten, Fach- bzw. Berufsfachschüler bzw. Praktikanten. Für die Beantragung füge ich den Fragebogen zur privaten PPV (111978) ausgefüllt und unterschrieben diesem Antrag bei.



**Angaben zum Gesundheitszustand** Im Gendiagnostikgesetz hat der Gesetzgeber in § 18 festgelegt: Der Versicherer darf von Versicherten weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages die Vornahme genetischer Analysen verlangen oder Ergebnisse aus bereits vorgenommenen Gentests entgegennehmen oder verwenden. Bekannte Vorerkrankungen sind unabhängig von dieser gesetzlichen Regelung stets anzugeben.

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen (bei Zahntarifen nur die Fragen 11 und 12) vollständig und richtig. Geben Sie auch solche Krankheiten und Beschwerden an, die Sie für unwesentlich halten. Sie gefährden sonst Ihren Versicherungsschutz. Bitte beachten Sie auch unsere wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht (§19 Abs. 5 VVG) auf S. 7/8.** Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar der Gothaer Krankenversicherung AG schriftlich mitzuteilen.

**Bei Vertragsumstellung:** Haben Sie der Gothaer Krankenversicherung AG zu den Fragen 2.–4. und 7.–10. bereits vollständige Informationen gegeben, insbesondere durch eingereichte Rechnungen, sonstige medizinische Unterlagen und/oder schriftliche Erklärungen, müssen Sie diese nicht wiederholen. Dahingegen müssen Diagnosen und Behandlungsdaten aus Rechnungen oder sonstigen ärztlichen Unterlagen, die Sie bisher nicht eingereicht haben, bei der Beantwortung der Fragen angegeben werden.

**Nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind bereits bei Antragstellung laufende und angeratene Untersuchungen oder Behandlungen – auch im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft und Entbindung – nicht mitversichert.**

**Nicht bei Zahntarifen beantworten**

1. Körpergröße (in cm) und -gewicht (in kg) <b>1</b> _____ cm _____ kg <b>2</b> _____ cm _____ kg	<b>Person 1</b> nein ja ▼ ▼	<b>Person 2</b> nein ja ▼ ▼
2. Fanden in den letzten <b>3 Jahren ambulante</b> Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen aufgrund Vorerkrankungen), Beratungen, Behandlungen oder Operationen durch Ärzte, Heilpraktiker oder Angehörige anderer Heilberufe statt bzw. sind solche beabsichtigt oder angeraten?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Fanden in den letzten <b>5 Jahren stationäre</b> Untersuchungen, Behandlungen oder Operationen statt oder sind solche beabsichtigt oder angeraten? Bitte auch Aufenthalte in Kurkliniken oder Sanatorien angeben.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Fanden in den letzten <b>5 Jahren Behandlungen</b> , Therapien/Gesprächstherapien, Untersuchungen oder Beratungen aufgrund psychischer oder psychosomatischer Erkrankungen/Störungen statt oder sind solche angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Wurde jemals eine <b>HIV-Infektion</b> festgestellt (positiver Aids-Test)? Steht noch ein Testergebnis aus?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Bestanden in den letzten <b>3 Jahren</b> oder bestehen zurzeit Krankheiten, andauernde oder wiederkehrende Beschwerden, Anomalien, Funktionsbeeinträchtigungen körperlicher/geistiger Art, Körperimplantate/-prothesen (außer Zahn), die nicht ärztlich und nicht durch Angehörige anderer Heilberufe behandelt worden sind?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Bestehen <b>Fruchtbarkeitsstörungen</b> (männlich/weiblich)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Ist das Tragen einer <b>Sehhilfe</b> (Brille, Kontaktlinsen) notwendig/angeraten? Wenn ja, Dioptrien angeben. Dioptrien <b>VP1</b> li _____ re _____ <b>VP2</b> li _____ re _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Bestehen <b>anerkannte Schwerbehinderungen</b> , Erwerbsminderungen, Kriegs- bzw. Wehrdienstbeschädigungen? Beziehen Sie eine Rente aus einer privaten Unfallversicherung bzw. Berufsgenossenschaft? Wenn ja, amtlichen Bescheid beifügen und den Grad der Behinderung angeben. _____ % _____ %	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Bei Vollversicherungen und OPT G beantworten</b>		
10. Werden oder wurden in den letzten <b>3 Jahren</b> wiederholt oder <b>regelmäßig</b> Arzneimittel (auch nicht ärztlich verordnete) eingenommen und/oder äußerlich angewendet?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**Zahnschutz**  
Bei Vollversicherung / OPT G / AVL N2 beantworten

11. <b>Fehlen Zähne</b> , die noch nicht ersetzt sind? (Außer Weisheitszähne, Lückenschlüsse bzw. Milchzähne, die aufgrund des natürlichen Zahnwechsels aktuell fehlen)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Anzahl _____		
12. Findet eine <b>zahnärztliche Behandlung</b> (auch Zahnersatz-, Kronen-, Inlays-, Kieferorthopädie- oder Parodontosebehandlung) statt bzw. ist eine solche beabsichtigt oder angeraten? Wenn ja, Heil- und Kostenplan beifügen.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Tarif MediVita Z 70/90</b>		
13. Nur bei <b>Tarif MediVita Z 70/90</b> beantworten: Ist Ihr Gebiss mit künstlichen Zähnen, Brücken, Kronen, Zahnprothesen oder Inlays versorgt, die älter als 60 Monate sind? Wenn nein, werden die Höchstsätze ab dem 4. Kalenderjahr aufgehoben.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**Bei Zahnergänzungstarifen beantworten**

1. Haben Sie eine zahnärztliche Behandlung begonnen oder wurde eine solche angeraten? (Außer Zahnvorsorge oder professionelle Zahnreinigung)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Finden aktuell oder fanden in den letzten 3 Jahren Behandlungen, Untersuchungen wegen Parodontose statt oder sind solche für die Zukunft angeraten? (Chronische bakterielle Entzündung des Zahnfleisches)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind? (Außer Weisheitszähne, Lückenschlüsse bzw. Milchzähne, die aufgrund des natürlichen Zahnwechsels aktuell fehlen)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Anzahl _____		
4. Haben Sie herausnehmbaren Zahnersatz, der insgesamt mehr als 3 fehlende Zähne ersetzt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Nur zu beantworten bei MediZ Duo 100 und jünger als 21 Jahre:</b>		
5. Wurde eine kieferorthopädische Untersuchung oder Behandlung begonnen oder angeraten?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Ergänzende Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen	VP/Frage	Genaue Krankheitsbezeichnungen (Diagnosen), Art der Beschwerden, Behandlungen/Therapien, Untersuchungsergebnisse, Arzneimittelname und Dosis	Behandlungszeiträume von – bis (MM.JJJJ)	Behandlungsfrei?		Beschwerdefrei?		Operationen?		Ärzte oder Angehörige anderer Heilberufe (auch Krankenanstalten und Sanatorien) Name, Postleitzahl und Ort
				nein	ja, seit (MM.JJJJ)	nein	ja, seit (MM.JJJJ)	nein	ja	
/				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
/				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
/				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
/				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
/				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Gesondertes Beiblatt** Sofern der vorgesehene Raum für die Angaben nicht ausreicht, sind diese auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt zu machen oder das **Beiblatt** „Ergänzende Angaben zum Gesundheitszustand“ 211377 auszufüllen und **beizufügen**. **Gesondertes Beiblatt?**  nein  ja

<b>Hausarzt</b> (Tarife MediVita / MediStart)	VP	nein	Name und Anschrift (auch Internist, Allgemeinmediziner oder Kinderarzt)	Fachrichtung
	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>		
	<b>2</b>	<input type="checkbox"/>		

**MediZ Duo 80/90 Wechselvorteil bei Vorversicherung**  
 Es besteht bis zum Versicherungsbeginn eine private Zusatzversicherung für Zahnersatz mit einer vorgesehenen tariflichen Erstattung von mindestens 70 % bei MediZ Duo 80 bzw. 80 % bei MediZ Duo 90 bei dem folgenden Unternehmen:

	Nein	Ja	Name Ihres bisherigen Versicherungsunternehmens
	▼	▼	
<b>VP1</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>VP2</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wenn Sie die Frage mit „Ja“ beantworten können, so können Sie bereits ab dem ersten Versicherungsjahr eine Erstattung für Zahnersatz und Zahnbehandlung von 3000 EUR in Anspruch nehmen. Insgesamt ist der Erstattungshöchstbetrag in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen auf 3000 EUR begrenzt (vgl. Abschnitt B.3.1 der AVB Teil II).

<b>Erlass der Wartezeiten</b>	<b>Bitte beachten: Nur bei Ergänzungsversicherungen zu beantworten.</b> <b>Ich beantrage</b> den Erlass der allgemeinen und besonderen Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung. Geht der Befundbericht auf einem mir ausgehändigten Formblatt des Versicherers nicht innerhalb von 28 Tagen nach Antragstellung beim Versicherer ein, gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten. <b>Die Untersuchungskosten übernehme ich.</b>		<b>Person 1</b>	<b>Person 2</b>		
			nein	ja	nein	ja
			▼	▼	▼	▼
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**Besondere Vereinbarungen** Ist der Antrag von besonderen Vereinbarungen abhängig?  nein  ja, und zwar  Hinweise zum Beitrag

**Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist** **Ich stimme zu**, dass mein beantragter Versicherungsschutz – unter Berücksichtigung etwaiger tariflich vereinbarter Wartezeiten – **vor** Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn).  
 Abweichend von den dem Versicherungsvertrag zugrundeliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen wird der erste Beitrag mit Beginn des Versicherungsschutzes fällig.

**Empfangsbekanntnis** **Darüber hinaus bestätige ich** mit meiner Unterschrift, dass ich, vor Abgabe dieses Antrags, die Kundeninformationen nach der Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) und § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG), das Informationsblatt Krankenversicherung der BaFin sowie die aktuellen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der beantragten Tarife erhalten habe.

**Datenübermittlung an Finanzverwaltung** Mir ist bewusst, dass die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zu erstatteten Beiträgen) von der Gothaer Krankenversicherung AG den Finanzbehörden übermittelt werden.

**Einwilligung in die Datenverarbeitung** **Weiterhin habe ich die auf den Folgeseiten des Antrags abgedruckten Erläuterungen zur**

1. Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten durch die Gothaer Krankenversicherung AG
2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten
3. Weitergabe meiner Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Gothaer Krankenversicherung AG sowie Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit der unter 3.1 bis 3.4 genannten Stellen – wie die
  - 3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung
  - 3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
  - 3.3 Datenweitergabe an Rückversicherer
  - 3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
4. Speicherung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

und meine **Widerrufsmöglichkeit** zur Kenntnis genommen und willige durch meine nachstehende Unterschrift in dem dort beschriebenen Umfang in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützten Daten durch die Gothaer Krankenversicherung AG ein.

**Schluss-erklärungen** Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben und Erklärungen, die Sie oder der/die Vermittler/-in für Sie in diesem Antrag gemacht haben auf **Richtigkeit und Vollständigkeit**. **Beachten Sie** hierzu auch die auf den folgenden Seiten beschriebenen „Erklärungen und wichtigen Hinweise“ sowie die „Wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht“. Sie sind **wichtiger Bestandteil des Vertrages**. **Ich mache mit meiner Unterschrift die „Erklärungen und wichtigen Hinweise“ sowie die „Wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht“ zum Inhalt dieses Antrags.**

<b>Unterschriften</b>	Ort, Datum (immer angeben)	<b>Antragsteller/Versicherungsnehmer</b>	<b>Zu versichernde Personen ab 16 Jahren</b> (bei Minderjährigen zusätzlich gesetzl. Vertreter)

<b>Vermittler- daten</b>	Vorname, Name, Telefon-/Faxnummer in Klarschrift/ggf. Stempel	<b>Vermittler</b>
	Original für Gothaer · 1. Kopie für Vermittler · 2. Kopie für Antragsteller/Versicherungsnehmer	

## 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 Krankenversicherung AG Gläubiger ID DE52ZZZ00000070522  
 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** \_\_\_\_\_  
 Anrede, Vorname, Name  
 \_\_\_\_\_  
 Straße und Hausnummer  
 \_\_\_\_\_  
 Land PLZ Ort  
 \_\_\_\_\_  
 IBAN (Internationale Bankkontonummer)  
 \_\_\_\_\_  
 BIC (Internationale Bankleitzahl des Geldinstituts) Name des Geldinstituts  
 Im europäischen Währungsraum nicht erforderlich.

**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

**Hinweise zur Datenverarbeitung und den Ihnen zustehenden Rechten nach Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)**  
 Nach Art. 13 DSGVO möchten wir Ihnen Informationen zur Datenverarbeitung geben. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die **Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln, E-Mail info@gothaer.de**. Alle weiteren Informationen nach Art. 13 DSGVO finden Sie im Datenschutz-Informationsblatt. Dieses enthält insbesondere Angaben zur **Kontaktmöglichkeit zum Datenschutzbeauftragten, zum Zweck und zur Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung, zu den Empfängern personenbezogener Daten, zur Speicherdauer, zu Ihren Betroffenenrechten und zu eventuell eingesetzten automatisierten Entscheidungen**. Das Informationsblatt finden Sie in der jeweils aktuellen Fassung unter [www.gothaer.de/datenschutz](http://www.gothaer.de/datenschutz).



# Einwilligung zur Schweigepflichtentbindung

## Einwilligung in die Verarbeitung\* von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag verarbeiten zu dürfen, benötigt die Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (kurz: Gothaer) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die Gothaer Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, verarbeiten zu dürfen. Die Gothaer 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.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

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

- durch die Gothaer selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Erhebung oder Erfassung bei Dritten (unter 2.),
- bei der Übermittlung an Stellen außerhalb der Gothaer (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.

\* Nach Art. 4 Ziffer 2 DSGVO umfasst die „Verarbeitung“ u. a. das Erheben, das Erfassen, die Organisation, das Ordnen, die Speicherung, die Anpassung oder Veränderung, das Auslesen, das Abfragen, die Verwendung, die Offenlegung durch Übermittlung oder Verbreitung personenbezogener Daten.

## 1. Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten

### Verarbeitung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Gothaer.

**Ich willige ein**, dass die Gothaer die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten verarbeitet, soweit dieses zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

## 2. Erhebung oder Erfassung von Gesundheitsdaten bei Dritten

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen zu erheben oder erfassen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die Gothaer 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. Die dazu erforderliche Einverständniserklärung wird im Einzelfall eingeholt.

## 3. Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten

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

### 3.1 Übermittlung von Daten zur medizinischen Begutachtung

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

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

Die Gothaer führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Verarbeitung 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 übermittelt, benötigt die Gothaer Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die Gothaer führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Gothaer verarbeiten unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.gothaer.de/datenschutz](http://www.gothaer.de/datenschutz) eingesehen oder bei [info@gothaer.de](mailto:info@gothaer.de) angefordert werden. Für die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Gothaer Ihre Einwilligung.

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

### 3.3 Übermittlung von Daten an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Gothaer 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 Gothaer Ihren Versicherungsantrag 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 Gothaer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risikoprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Gothaer das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen übermittelt, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen übermittelt 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 Gothaer 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 Gothaer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

### 3.4 Übermittlung von Daten an selbstständige Vermittler

Die Gothaer 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.

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 Übermittlung von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

**Ich willige ein**, dass die Gothaer 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 verarbeitet und zu Beratungszwecken verwendet werden dürfen.

## 4. Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

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

**Ich willige ein**, dass die Gothaer 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 verarbeitet.

# Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht

## Vorvertragliche Anzeigepflicht

<p><b>Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht</b></p>	<p>Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.</p> <p>Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln schriftlich nachzuholen.</p> <p>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.</p> <p><b>Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?</b></p> <p>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.</p> <p><b>Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?</b></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.</p>
<p><b>1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes</b></p>	
<p><b>2. Kündigung</b></p>	<p>Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.</p>
<p><b>3. Vertragsänderung</b></p>	<p>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.</p> <p>Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung 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.</p>
<p><b>4. Ausübung unserer Rechte</b></p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<p><b>5. Stellvertretung durch eine andere Person</b></p>	<p>Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der rückwirkenden 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.</p>

## Erklärungen und wichtige Hinweise

<p><b>Verpflichtungen bis zur Annahme des Antrags</b></p>	<p><b>Ich verpflichte mich</b>, alle Heilbehandlungen (einschließlich Beratungen und Untersuchungen), alle Veränderungen im Gesundheitszustand, alle Veränderungen hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit und/oder – sofern eine Krankentagegeldversicherung beantragt wird – eine Verminderung des Nettoeinkommens der zu versichernden Personen, <b>die bis zur Annahme dieses Antrags eintreten, vollständig und wahrheitsgemäß anzugeben</b>, sofern der Versicherer nach Antragstellung bis zur Zusendung des Versicherungsscheins erneut Fragen hiernach stellt.</p>
<p><b>Antragsbindefrist</b></p>	<p>An meinen Antrag bei der Gothaer Krankenversicherung AG, dessen Durchschrift mir nach meiner Unterschrift ausgehändigt wird, halte ich mich 6 Wochen gebunden, sofern ich ihn nicht nach Zugang des Versicherungsscheins innerhalb von 14 Tagen widerrufe. Die Frist beginnt mit dem Tag, an dem der Antrag unterschrieben ist. Sofern der Erlass von Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird, beginnt die Frist an dem Tage, an dem die Untersuchungsberichte dem Versicherer zugehen, spätestens aber am Tage nach Ablauf der Einreichfrist von 28 Tagen.</p>
<p><b>Bei Anträgen auf Krankentagegeld</b></p>	<p><b>Erklärungen zum Nettoeinkommen</b> bei Anträgen auf Krankentagegeld: Ich bestätige, dass das beantragte Krankentagegeld zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigt.</p>
<p><b>Änderung von Anschrift u. Namen</b></p>	<p>Mir ist bekannt, dass Änderungen von Anschrift oder Namen des Versicherungsnehmers und/oder der versicherten Person/-en dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen sind.</p>
<p><b>Zustandekommen des Vertrages</b></p>	<p>Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn vor Antragstellung die nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und der Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) erforderlichen Unterlagen und Informationen übergeben worden sind und der Versicherungsnehmer nach Erhalt des Versicherungsscheins nicht innerhalb von 14 Tagen seine Vertragserklärung widerrufen.</p>
<p><b>Vertragsgrundlagen</b></p>	<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, und evtl. dazu abgegebenen schriftlichen Erklärungen, den gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland sowie nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, einschließlich Tarifbeschreibung. Mündliche Nebenabreden sind ungültig.</p>
<p><b>Erklärung zur PPV</b></p>	<p><b>Ich bestätige die Richtigkeit</b> aller vorstehenden Angaben und <b>verpflichte</b> mich, die notwendigen <b>Nachweise</b>, sofern noch nicht geschehen – innerhalb der nächsten 4 Wochen – vorzulegen. Bei Veränderungen, die Einfluss auf die Beitragseinstufung zur privaten Pflegepflichtversicherung haben, informiere ich den Krankenversicherer unverzüglich und lege auf Anforderung entsprechende Nachweise vor. Aufgrund einer <b>unrichtigen Beitragseinstufung</b> zu wenig gezahlte Beiträge werde ich nachentrichten.</p>
<p><b>Beitragsbegrenzung für Ehe-/Lebenspartner(in)</b></p>	<p><b>1) Definition Lebenspartner(-in):</b> Für Lebenspartner kann die Beitragsbegrenzung nur gewährt werden, wenn es sich um eine eingetragene Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes handelt.</p> <p><b>2) Definition Gesamteinkommen:</b> Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuergesetz (§ 2 Abs. 3 EStG), z.B. Dienstbezüge und Gehälter, Mieteinnahmen, Kapitalerträge, Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit usw.. Folgende Erträge sind nicht abzuziehen: der Altersentlastungsbetrag, die Sonderausgaben, die außergewöhnlichen Belastungen, der Kinderfreibetrag, der Haushaltsfreibetrag und die sonstigen steuerrechtlich vom Einkommen abzuziehenden Beträge. Abzuziehen sind dagegen Werbungskosten – außer bei pauschal besteuertem Arbeitslohn- und bei Kapitaleinkünften der Sparer-Freibetrag. Bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsent-schädigungen), die wegen Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung folgende Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsent-schädigung erreicht worden wäre. Bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallende Teil berücksichtigt. Einmalige Zahlungen, z. B. Zinszahlungen, sind auf alle Monate des Jahres zu verteilen. Nicht zum Einkommen zählen z. B. Mutterschaftsgeld, Erziehungsgeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, Bafög, Wohngeld sowie Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung.</p>



## Widerrufsbelehrung

<b>Widerrufsrecht</b>	Sie können Ihre Vertragserklärung <b>innerhalb von 14 Tagen</b> ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, 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 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 Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln.
<b>Widerrufsfolgen</b>	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 Prämie</b> , wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz 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 einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/360 der von Ihnen für ein Jahr zu zahlenden Prämie. <b>Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge 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 zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.
<b>Besondere Hinweise</b>	<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. <b>Das Widerrufsrecht besteht nicht</b> bei Verträgen mit einer <b>Laufzeit von weniger als einem Monat</b> . Soweit eine <b>vorläufige Deckung</b> erteilt wurde, endet diese mit dem Zugang des Widerrufs bei uns.

Ende der Widerrufsbelehrung

## Hinweise zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz

**Hinweise zur Datenverarbeitung und den Ihnen zustehenden Rechten nach Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)**

Nach Art. 13 DSGVO möchten wir Ihnen Informationen zur Datenverarbeitung geben. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die **Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln, E-Mail info@gothaer.de**. Alle weiteren Informationen nach Art. 13 DSGVO finden Sie im entsprechenden Informationsblatt, welches diesem Antrag als Anlage beigefügt ist. Dieses enthält insbesondere Angaben zur **Kontaktmöglichkeit zum Datenschutzbeauftragten, zum Zweck und zur Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung, zu den Empfängern personenbezogener Daten, zur Speicherdauer, zu Ihren Betroffenenrechten und zu eventuell eingesetzten automatisierten Entscheidungen**. Das Informationsblatt finden Sie in der jeweils aktuellen Fassung auch unter [www.gothaer.de/datenschutz](http://www.gothaer.de/datenschutz).

## Ausfüllhilfe für die Ergänzungsversicherung

Mit diesem Antrag können Sie eine Krankheitskostenvollversicherung, eine private Pflegepflichtversicherung oder eine Ergänzungsversicherung beantragen.

**Bitte beachten:**

- Zur Beantragung einer Krankheitskostenvollversicherung beantworten Sie bitte alle Gesundheitsfragen.
- Zur Beantragung des Tarifs MediZ Duo 80/90/100 beantworten Sie bitte die Gesundheitsfragen unter „Zahnergänzung“
- Bei den Tarifen MediClinic Basis, MediMPlus, MediPrävent Basis/Premium, MediR und MediSafe müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden

Für die Beantragung einer Ergänzungsversicherung müssen nicht immer alle Gesundheitsfragen beantwortet werden. Die folgende Tabelle erläutert, welche Fragen für welche Tarife beantwortet werden müssen. Die relevanten Fragen sind mit einem „x“ gekennzeichnet.

Antragsfragen												
Tarife: Ergänzung/Tagegeld	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
AVL N2	x	x	x	x	x	x	x		x		x	x
K	x	x	x	x	x	x	x		x			
MediAmbulant	x	x	x	x	x	x	x		x			
MediClinic Plus / MediClinic Premium	x	x	x	x	x	x	x		x			
MediClinic S Plus / MediClinic S Premium*	x	x	x	x	x	x	x		x			
MediNatura P**	x	x	x	x	x	x	x		x			
MediPG	x	x	x	x	x	x			x			
OPT G	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
P 3	x	x	x	x	x	x			x			
TG/MTG 6	x	x	x	x	x	x	x		x			

\* nur für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

\*\* nur in Verbindung mit einer privaten Krankheitskostenvollversicherung

### RisikoHotline – nur für Vermittler

In der Zeit von montags bis freitags 08:00 – 18:00 Uhr steht Ihnen die RisikoHotline unter der **Telefonnummer 0221 308-24096** zur Verfügung.

Nutzen Sie die RisikoHotline, um vorab telefonisch eine verbindliche Risikoeinschätzung zu erhalten und profitieren Sie von den Vorteilen:

- Schnelle Information an den Kunden
- Vermeidung von Arztberichten und Attesten
- Hohe Direktentscheidungsquote
- Einheitliche und transparente Risikopolitik

### Zu beachten bei Faxanträgen

Bitte fügen Sie bei Faxanträgen **immer** die Seiten „Einwilligung zur Schweigepflichtentbindung“, „Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht“/ „Erklärungen und wichtige Hinweise“ und „SEPA-Lastschrift-Mandat“ hinzu.

### Bundesländer-Abkürzungen

B = Berlin	HB = Bremen	NS = Niedersachsen	SL = Saarland
BB = Brandenburg	H = Hessen	NRW = Nordrhein-Westfalen	SA = Sachsen
BW = Baden-Württemberg	HH = Hamburg	RP = Rheinland-Pfalz	SAA = Sachsen-Anhalt
BY = Bayern	MV = Mecklenburg-Vorpommern	SH = Schleswig-Holstein	TH = Thüringen