

# Antrag auf Anpassung der Leistung Gothaer Fähigkeitenschutz



QR-Code scannen oder den Link  
[gothaer.de/anpassunggfs](https://gothaer.de/anpassunggfs) nutzen

Bitte beachten Sie: Die gewünschte Leistungsanpassung kann nur beantragt werden, sofern der zusätzliche Umfang im Versicherungsschein nicht ausgeschlossen ist. Eine Anpassung Ihres Versicherungsschutzes mit diesem Formular können Sie nur in den ersten 5 Versicherungsjahren beantragen.

Nach den ersten 5 Versicherungsjahren ist eine Anpassung nur im Rahmen einer umfassenden Gesundheitsprüfung möglich (Formular AN108079).

Zu versichernde Person (VP) falls abweichend vom VN

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_ Beginn der Änderung: \_\_\_\_\_

Titel, Vorname, Name: \_\_\_\_\_  männlich  weiblich

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_  alleinstehend  verheiratet/verpartnert

Staat: \_\_\_\_\_ Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsland: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

E-Mailadresse (für eine schnellere Bearbeitung bei Rückfragen): \_\_\_\_\_

Ich möchte meine Vertragsdokumente an die oben angegebene E-Mailadresse erhalten.

## Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht

Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer beispielsweise vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann. Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Schlusserklärung und in den „Erklärungen und wichtigen Hinweisen“. Zusätzlich beachten Sie bitte die Erläuterungen zur Durchführung genetischer Tests auf der Seite „Erklärungen und wichtige Hinweise“.

## Angaben zur gewünschten Leistung

- a) Erhöhung der Grundfähigkeitsrente > 18.000 EUR jährlich.  Höhe: \_\_\_\_\_  
Bei anlassunabhängiger Nachversicherung gemäß AVB § 19 I. oder Erhöhung bei Berufsstart gemäß AVB § 19 III. (Nachweis: Arbeitsvertrag)
- b) Einschluss des Schutzes bei Eintritt einer schweren psychischen Erkrankung
- c) Einschluss des Schutzes bei Eintritt einer schweren Krankheit
- d) Wechsel in das Grundfähigkeitenpaket  Basis  Plus  Premium  
(bei Erweiterung des Versicherungsschutzes innerhalb der ersten 5 Versicherungsjahre: Es gilt eine Wartezeit von 6 Monaten für die neu hinzukommenden Grundfähigkeiten, gem. AVB §20 Abs. I Satz (2).)

## Angaben zu bestehenden und früheren Versicherungen

Bestehen für die zu versichernde Person bereits Lebens-, Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits(Zusatz-)versicherungen und/oder Versicherungen gegen schwere Krankheiten bei anderen Versicherungsunternehmen oder sind solche Anträge in den **letzten 12 Monaten** gestellt worden?

- nein  ja (Versicherung, Versicherungssumme, Versicherungsunternehmen, gekündigt, nicht gekündigt): \_\_\_\_\_

## Fragen zur beruflichen Tätigkeit der zu versichernden Person

**Zu beantworten, wenn eine Grundfähigkeitsrente zusammen mit Vorversicherungen (BU/EU und Grundfähigkeiten) > 18.000 EUR jährlich beantragt ist.**

Wie hoch war Ihr jährliches Bruttoarbeitseinkommen\* während der letzten 3 Jahre?

Jahr 20 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ EUR Jahr 20 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ EUR Jahr 20 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ EUR

\*bei Selbstständigen: Gewinn bzw. Jahresüberschuss (vor Steuern)

**bei Berufsstartern:** Wie hoch ist Ihr vereinbartes jährliches Bruttoarbeitseinkommen? \_\_\_\_\_

## Angaben zum Gesundheitszustand

**Folgende Fragen sind in Abhängigkeit von der Anpassung des Versicherungsschutzes zu beantworten:**

- 1) Erhöhung der Grundfähigkeitsrente (inkl. bestehender Grundfähigkeitsrenten bei der Gothaer) > 18.000 EUR jährlich Fragen 1 bis 2
- 2) Einschluss des Schutzes bei Eintritt einer schweren psychischen Erkrankung Frage 3
- 3) Einschluss des Schutzes bei Eintritt einer schweren Krankheit Frage 4
- 4) Wechsel des Grundfähigkeitenpaketes
  - Reduzierung: keine Fragen
  - Erweiterung innerhalb der ersten 5 Versicherungsjahre: keine Fragen
  - Erweiterung nach 5 Versicherungsjahren: Fragen 5 bis 9

- |  | nein                        | ja                       |
|--|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Wurden bei Ihnen in den <b>letzten 12 Monaten</b> im Rahmen einer Untersuchung behandlungs- oder kontrollbedürftige Befunde erhoben, oder stehen aktuell noch Untersuchungsergebnisse aus (z. B. Blutwerte, Abstrich, Blutdruckwerte)?  | 1. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Besitzen oder beantragten Sie einen Bescheid nach Behindertenrecht oder erhielten Sie in den <b>letzten 5 Jahren</b> eine Rente aus gesundheitlichen Gründen oder aufgrund eines Unfalls? Falls ja, bitte die Art der Erkrankung angeben und eine Kopie des Bescheids vorlegen. | 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Zusatzfrage Einschluss: Schutz bei Eintritt einer schweren psychischen Erkrankung.**  
Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, ist zusätzlich der Fragebogen „Psyche“ erforderlich.

3. Sind bei Ihnen in den **letzten 5 Jahren** Erkrankungen der Psyche oder der Psychosomatik (z. B. Depression, Angst-, Essstörungen) aufgetreten, haben Sie sich deswegen in Behandlung befunden oder ist eine solche angedacht oder beabsichtigt? 3.

**Zusatzfrage Einschluss: Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit.****Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, können wir Ihnen leider keinen Einschluss der Leistung anbieten.**nein ja  
▼ ▼

4. Sind bei Ihnen in den **letzten 5 Jahren** mindestens eine der folgenden Erkrankungen aufgetreten, wurden diese ärztlich festgestellt oder ist zu diesen eine Behandlung angeraten oder beabsichtigt?
- |  |  |
|--|--|
| - Diabetes Mellitus  | - Herzinfarkt  |
| - Krebs oder bösartige Tumore                                      | - Schlaganfall   |
| - Kontrollbedürftige Veränderungen des Gewebes (Abstrich, Biopsie) | - Multiple Sklerose  |
| - Kontrollbedürftige Veränderungen des Blutes (Laborwert)          | - Behandlungspflichtiger Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, Herzklappenerkrankungen, Erkrankungen der Herzkranzgefäße |

4.  **Angaben zum Gesundheitszustand bei Erweiterung des Grundfähigkeitenpaketes nach 5 Versicherungsjahren**

5. Wurden in den letzten **12 Monaten** von Ärzten Arzneimittel verordnet? Verordnungen im Sinne dieser Frage erfolgten zur Anwendung über mindestens 3 Wochen an mehreren oder einzelnen Tagen. Bitte geben Sie die angewendeten Arzneimittel an: Welche und wogegen? Nicht anzugeben sind Medikamente zur Verhütung oder Schilddrüsenfunktionsstörungen, Vitaminpräparate oder Impfungen.
6. Waren Sie in den **letzten 2 Jahren** länger als 14 zusammenhängende Tage krank und beim Arzt oder aus gesundheitlichen Gründen arbeitsunfähig?
7. Waren Sie in den **letzten 3 Jahren** aufgrund derselben Erkrankung öfter als 3 mal bei einem Arzt in Behandlung, Beratung oder Untersuchung?
8. Bestehen bei Ihnen dauerhafte oder chronische Erkrankungen (z. B. Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa, Multiple Sklerose, Rheuma, Hepatitis B/C, HIV)?
9. Hatten Sie in den **letzten 10 Jahren** einen stationären Aufenthalt (z. B. Krankenhaus, Rehaklinik, Kur)?

5.  6.  7.  8.  9.  
**Ergänzende Angaben zu den bei Fragen 1-9 mit „ja“ beantworteten Fragen ggf. Beiblatt (215905) nutzen**

Frage	Genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose), Art der Beschwerden, Behandlungen, Operationen und Untersuchungen	Beginn (MM.JJJJ)	Ende (MM.JJJJ)	Dauer
.....	<b>Bei wem? Wo?</b> (auch Krankenanstalten, Sanatorien) Name, Postleitzahl, Ort	<b>Medikamente</b> (Name, Dosis, Dauer der Einnahme)		
	Bestehen Folgen der Erkrankung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja. Welche?	.....		
	Erfolgte ein stationärer Aufenthalt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja. Welcher?	.....		
	Ist die Erkrankung wiederholt aufgetreten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	.....		

Frage	Genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose), Art der Beschwerden, Behandlungen, Operationen und Untersuchungen	Beginn (MM.JJJJ)	Ende (MM.JJJJ)	Dauer
.....	<b>Bei wem? Wo?</b> (auch Krankenanstalten, Sanatorien) Name, Postleitzahl, Ort	<b>Medikamente</b> (Name, Dosis, Dauer der Einnahme)		
	Bestehen Folgen der Erkrankung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja. Welche?	.....		
	Erfolgte ein stationärer Aufenthalt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja. Welcher?	.....		
	Ist die Erkrankung wiederholt aufgetreten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	.....		

**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 die Gothaer Lebensversicherung AG (nachfolgend: 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 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 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.

**Erklärungen  
für den Fall  
Ihres Todes**

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

**Möglichkeit I:**

- Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe Abfrage von Gesundheitsfragen bei Dritten).

**Möglichkeit II**

- Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

**Schluss-  
erklärungen**

Die auf den folgenden Seiten beschriebenen „**Erklärungen und wichtigen Hinweise**“ insbesondere zur „**Vorvertraglichen Anzeigepflicht**“, und zur „**Einwilligung in Auskünfte über das allgemeine Zahlungsverhalten**“ 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**“ 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**

X

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

Ort, Datum

X

Antragsteller/Versicherungsnehmer

X

Vermittler (ggf. mit Stempel)

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

**Denken Sie an ggf. erforderliche Zusatzfragebögen, wenn Sie eine oder mehrere Gesundheitsfragen mit „ja“ beantwortet haben.**

## Erklärungen und wichtige Hinweise

### Vorvertragliche Anzeigepflicht

#### 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 der Prämie zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

##### 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. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine prämienfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

##### 3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

##### 4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

##### 5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der 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.

### Einwilligung in Auskünfte über das allgemeine Zahlungsverhalten

**Ich willige ein**, 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.

### Vorläufiger Versicherungsschutz

Auf Grund des gestellten Antrags besteht Versicherungsschutz entsprechend den „Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung“.

### Gesundheitsprüfung

Wenn die Gothaer Lebensversicherung AG auf eine Gesundheitsprüfung verzichtet, ist sie aber berechtigt, eine Prüfung zu verlangen oder den Antrag abzulehnen, wenn sie Kenntnis von erkennbaren erschwerten Risiken hat.

### Prädiktiver Gentest

Gemäß § 18 GenDG darf der Versicherer von Versicherten weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrags die Vornahme genetischer Untersuchungen oder Analysen verlangen.

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.

### Sonstige Hinweise

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

### Wechsel des Versicherers

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.

### Ansprechpartner/ Aufsichtsbehörde/ Schlichtungsstelle

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 ausgehändigten Kundeninformationen.

### Vertragsgrundlagen

Die gegenseitigen **Rechte und Pflichten** richten sich nach diesem Antrag, von dem mir **bei Antragstellung eine Durchschrift/Kopie** 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 ausgehändigt wurden. Mündliche Nebenabreden sind ungültig.

### Hinweise zur Datenverarbeitung und den Ihnen zustehenden Rechten nach Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO)

Nach Art. 13 DS-GVO möchten wir Ihnen Informationen zur Datenverarbeitung geben. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die Gothaer Lebensversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln, E-Mail info@gothaer.de. Alle weiteren Informationen nach Art. 13 DS-GVO 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).

# 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, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (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>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.</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> <p>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.</p>
<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> <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>
<b>Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)</b>	<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> <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>Datenweitergabe an Rückversicherungen</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.</p> <p>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>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.</p> <p>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>
<b>Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt</b>	<p>Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert der Versicherer Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Der Versicherer speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei dem Versicherer bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.</p> <p><b>Ich willige ein,</b> dass der Versicherer 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.</p>

Bitte zurück an:

Gothaer  
Lebensversicherung AG  
Arnoldplatz 1  
50969 Köln

# Dienstleisterliste

## Konzerngesellschaften mit einer gemeinsamen Verarbeitung von Daten innerhalb der Unternehmensgruppe

Gothaer Beratung und Vertriebsservice GmbH	Gothaer Versicherungsbank VVaG *	Gothaer Invest- und Finanzservice GmbH
Gothaer Allgemeine Versicherung AG *	Janitos Versicherung AG	GSC Gothaer Schaden-Service-Center GmbH
Gothaer Finanzholding AG * (**)	Gothaer Pensionskasse AG *	GKC Gothaer Kunden-Service-Center GmbH
Gothaer Krankenversicherung AG * (**)	Gothaer Asset Management AG	Gothaer Solutions GmbH
Gothaer Lebensversicherung AG *	Gothaer Risk-Management GmbH	Gothaer Vertriebs-Service AG

## Einzelnenennung wesentlicher Dienstleister, die nach Bedarf personenbezogene Daten verarbeiten

Auftraggeber	Auftragnehmer	Hauptgegenstand des Auftrags	Gesundheitsdaten	
<b>Versicherungsgesellschaften (siehe *)</b>	Flixcheck GmbH	Digitaler Versand von Dokumenten	nein	
	GDV Dienstleistungs-GmbH	Datenaustausch mit der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA)	nein	
		Datenaustausch über Schadenverlauf nach § 5 Abs. 7 PRVG	nein	
		Digitale Rentenübersicht	nein	
		Online Kfz-Zulassungsdienst	nein	
		Elektronische Versicherungsbestätigungen	nein	
		Zentralruf der Autoversicherer	nein	
		Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.	Markt- und Kalkulationsstatistiken	nein
		GKC Gothaer Kunden-Service-Center GmbH [nicht für (**)]	Bestandsverwaltung	ja
		Gothaer Beratung und Vertriebsservice GmbH	Kundenbetreuung	teilweise ja
		Gothaer Digital GmbH	IT Dienstleistungen	teilweise ja
		Gothaer Finanzholding AG	Beschwerdemanagement, Business Continuity Management, Datenschutz, Geldwäschebeauftragter, Informationslogistik, -sicherheit, Recht, Revision, Steuern, Zahlungsverkehr	teilweise ja
		Gothaer Solutions GmbH	Rechenzentrum, IT-Dienstleistungen, Produktgestaltung	ja
		Roland Assistance GmbH	Telefonischer Kundendienst	teilweise ja
		Versicherungsgesellschaften (siehe*)	Betreuungs-, Verkaufsförderungs- und Steuerungsaktivitäten in den Vertriebswegen	teilweise ja
<b>Gothaer Allgemeine Versicherung AG</b>	Malteser Hilfsdienst gGmbH	Hilfs- und Pflegeleistungen	ja	
	GSC Gothaer Schaden-Service-Center GmbH	Schadenbearbeitung	teilweise ja	
	Gothaer Vertriebs-Service AG	Vertriebsunterstützung und Services	teilweise ja	
	Actineo GmbH	Medizinische Regulierungsunterstützung	ja	
	VST Gesellschaft für Versicherungsstatistik GmbH	Datenverarbeitung zu statistischen Zwecken	nein	
<b>Gothaer Lebensversicherung AG</b>	M&L Communication Marketing GmbH	Druck und Versand von Antragsunterlagen	teilweise ja	
	GBG Consulting für betriebliche Altersversorgung GmbH	Mathematische Gutachten	nein	
<b>Gothaer Krankenversicherung AG</b>	Pensus Pensionsmanagement GmbH	Pensionsmanagement	nein	
	Gothaer Krankenversicherung AG	Juristische Unterstützung in der Leistungsbearbeitung	teilweise ja	
<b>Gothaer Krankenversicherung AG</b>	4SIGMA	Betreuung im Bereich Disease- und Versorgungs-Management	ja	
	Abbott Rapid Diagnostics Germany GmbH	Kontinuierliche Glukosemessung	nein	
	CARE	Diagnostik – Hersteller und Lieferant	nein	
	Carenetics GmbH, HL Casework GmbH, IMB Consult GmbH, SMB Sanitätshaus Müller Betten, ViaMed GmbH	Medizinische Versorgung/Medizinische Dienstleistungen/Gutachten	ja	
	COMPASS Private Pflegeberatung GmbH	Pflegeberatung	ja	
	Declareme GmbH	HealthMe Einkaufsassistenz	nein	
	Gruner + Jahr Deutschland GmbH	Ballon Meditationsapp	nein	
	DMS Digital Medical Supply Germany GmbH	Hersteller und Lieferant Telemedizinische Beratung	ja	
	LM+ Leistungsmanagement GmbH	Leistungsmanagement	ja	
	M&L Communication Marketing GmbH	Druck und Versand von Antragsunterlagen	teilweise ja	
	Med X Gesellschaft für Medizinische Expertise mbH	Leistungsmanagement für stationäre Fälle	ja	
	Mojo GmbH	Zahnersatz Auktionsportal	nein	
	Pregive GmbH	BabyCare Schwangerschaftsvorsorge	nein	
	Reha Assist	Pflegeassistance	nein	
	RISE	Elektronische Patientenakte	teilweise ja	
	RISK-CONSULTING Prof. Dr. Weyer GmbH	Versicherungsmathematische Dienstleistungen	ja	
	TeleClinic GmbH	Telemedizinische Beratung	nein	
	Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.	Markt- und Kalkulationsstatistiken	nein	
	<b>Gothaer Pensionskasse AG</b>	Gothaer Lebensversicherung AG	Bestandsverwaltung/-bearbeitung	ja
		Pensus Pensionsmanagement GmbH	Pensionsmanagement	nein
		GBG Consulting für betriebliche Altersversorgung GmbH	Mathematische Gutachten	nein
Gothaer Krankenversicherung AG		Juristische Unterstützung in der Bearbeitung	ja	
<b>Gothaer Versicherungsbank VVaG</b>	GSC Gothaer Schaden-Service-Center GmbH	Schadenbearbeitung	nein	
	Gothaer Allgemeine Versicherung AG	Bestandsverwaltung / Schadenbearbeitung	ja	
	Gothaer Krankenversicherung AG	Leistungsbearbeitung	ja	

## Kategorien von Dienstleistern, die nach Bedarf personenbezogene Daten verarbeiten

Dienstleisterkategorie	Hauptgegenstand des Auftrags	Gesundheitsdaten
Adressermittler	Adressprüfung	nein
Archivierungsunternehmen	Archivierung von Akten	teilweise ja
Assisteure	Assistanceleistungen	teilweise ja
Auskunfteien	Bonitätsprüfung	nein
Callcenter	Telefonischer Kundendienst	teilweise ja
Detekteien	Betrugsaufklärung	ja
Entsorgungsunternehmen	Vernichtung von vertraulichen Unterlagen	teilweise ja
Gutachter/Sachverständige	Antrags-/Leistungs-/Schadenbearbeitung	teilweise ja
Inkassounternehmen	Realisierung von Forderungen	nein
IT-Dienstleister	Entwicklung, Betrieb und Wartung von Systemen oder Anwendungen	teilweise ja
Lettershop's/Druckereien	Postsendungen/Newsletter	nein
Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen	nein
Marktforschungsunternehmen	Marktforschung	nein
Rechtsanwälte	juristische Beratung	teilweise ja
Regulierungsbüros	Schadenregulierung, Belegprüfung	ja
Rehadienste	Rehaassistance-Leistungen	ja
Rückversicherer	Antrags-/Leistungsbearbeitung, Bestandsverwaltung, Analyse von Hochkostenschäden	ja
Sanitätshäuser/Hörgerätespezialisten/Anbieter med. Produkte	Beschaffung von Hilfsmitteln	ja
Scan-Dienstleister	Aufbereitung, Scannen, Archivierung	teilweise ja
Servicekartenhersteller/Hersteller Mopedkennzeichen	Kundenkarten, Plaketten für Elektrokleinstfahrzeuge	nein
Vermittler/Assekuradeure	Antrags-/Leistungs-/Schadenbearbeitung, Beratung	teilweise ja
Werkstätten/Handwerker	Reparaturen und Sanierungen	nein
Zahlungsdienstleister	Finanztransaktionen	nein