Gothaer

Antrag

Dieser Antrag ist im Adobe PDF Reader auszufüllen zwecks vollständiger Funktionalität.

Die private Gothaer

- Krankheitskostenvollversicherung
- Pflegepflichtversicherung
- Ergänzungsversicherung

Stand: 01.2024

204734 – 01.2024

Die private Gothaer Kranken- und Pflegepflichtversicherung

Bedienungsanleitung

Gothaer

>> Neue Eingabe

☐ Änderungsantrag

Für EV/MA/SAD

Für Makler/Sonstige

Bestehende Versicherungsnummer

1 RD-AGT-Nr.

0 GKR-AGT-Nr.

Stand: 01.2024 **AN204734**

Antragsteller/ Versicherungs-nehmer (VN)

Titel, Vorname, Name

Geburtsname

☐ männlich ☐ weiblich

Straße und Hausnummer

Geburtsort

☐ **VN ist VP1**

Postleitzahl Ort

Geburtsland

☐ 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

Geburtsname

☐ männlich ☐ weiblich

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) Staatsangehörigkeit Hauptwohnsitz in D seit (MM.JJJJ)

☐ alleinstehend ☐ verheiratet/zus.lebend

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

Geburtsort

Geburtsland

derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit und Branche

☐ angestellt ☐ selbstständig ☐ öffentlicher Dienst ☐ ohne Beschäftigung

Identifikationsnummer (SteuerID) nur bei Vollversicherung

Zu versichernde Person 2

Titel, Vorname, Name

Geburtsname

☐ männlich ☐ weiblich

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) Staatsangehörigkeit Hauptwohnsitz in D seit (MM.JJJJ)

☐ alleinstehend ☐ verheiratet/zus.lebend

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

Geburtsort

Geburtsland

derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit und Branche

☐ angestellt ☐ selbstständig ☐ öffentlicher Dienst ☐ ohne Beschäftigung

Identifikationsnummer (SteuerID) nur bei Vollversicherung

Verwandtschafts-verhältnis VN zur VP

VP 1 ☐ dauerhafter naher Angehöriger ☐ kein dauerhafter naher Angehöriger ☐ VN = VP

VP 2 ☐ dauerhafter naher Angehöriger ☐ kein dauerhafter naher Angehöriger

Versicherungsteuerrechtlich ist relevant, ob die Versicherung der Versorgung der versicherten Personen oder der Versorgung von deren dauerhaften nahen Angehörigen dient. Die Definition der (dauerhaften nahen) Angehörigen entnehmen Sie bitte Seite 9/9 dieses Antrags.

Für Beantragung Beihilfe

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

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

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

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**.

Für Beantragung Krankheitskos-tenvollversiche-rung/OPT G und/oder Kran-kentagegeld für Selbstständige

VP 1

selbstständig seit (MM.JJJJ) Nettoeinkommen* Stammkapital Anteil (in %) bei GmbH-Geschäftsführern Anzahl sozialvers. pfl. Angestellte ☐ nur aufsichtsführend ☐ auch mitarbeitend

VP 2

selbstständig seit (MM.JJJJ) Nettoeinkommen* Stammkapital Anteil (in %) bei GmbH-Geschäftsführern Anzahl sozialvers. pfl. Angestellte ☐ nur aufsichtsführend ☐ auch mitarbeitend

Für Beantragung Krankentagegeld für Angestellte

VP 1

Wochen Gehaltsfortzahlung **Nettoeinkommen***

VP 2

Wochen Gehaltsfortzahlung **Nettoeinkommen***

* Höhe des durchschnittlichen monatlichen Nettoeinkommens der letzten 12 Monate vor Antragstellung in Euro**

(** Definition durchschnittliches Nettoeinkommen siehe § 4 Abs. 2.1 – 2.3 AVB)

Private Pflegepflicht-versicherung (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.

Vor-versicherung

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.

Beitragsbegren-zung für Ehe-/Lebens-partner(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)[1] seit dem 1. Januar 1995 der privaten PPV angehört und das Gesamteinkommen[2] 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.

Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich werden.

Anderweitiger Versicherungsschutz

Bitte geben Sie uns **immer** an, welche Krankenversicherung (privat oder gesetzlich) zurzeit besteht bzw. wann Ihre letzte Vorversicherung bestanden hat.
Ohne diese Angaben können wir die Versicherbarkeit nicht prüfen.
Abkürzungen: GKV = Gesetzliche Krankenversicherung / **PKV** = Private Krankenversicherung / **VU** = Versicherungsunternehmen

Derzeitiger Versicherungsschutz

Wie sind Sie zurzeit versichert?

	in der PKV **privat versichert**	in der GKV **versicherungspflichtig**	in der GKV **freiwillig versichert**	**Deutsche Pflegepflichtversicherung** nein	ja	Bei welcher PKV bzw. GKV?	Versicherungszeitraum (MM.JJJJ)
VP 1	☐	☐	☐	☐	☐		von ..... bis .....
VP 2	☐	☐	☐	☐	☐		von ..... bis .....

Angaben zu bestehenden Ergänzungsversicherungen

Bitte geben Sie bereits bestehende Ergänzungsversicherungen (auch bei einem anderen Unternehmen) an.

	Keine	**Stationäre Ergänzung** 1-/2-Bett-zimmer	privatärztliche Behandlung	**Krankenhaustagegeld in Euro** Tagessatz	**Krankentagegeld in Euro** Tagessatz
VP 1	☐	☐	☐		
VP 2	☐	☐	☐		

Kein bestehender Versicherungsschutz

Wenn Sie zurzeit weder in der PKV noch in der GKV versichert sind, geben Sie hier bitte immer Ihre letzte bestandene Vorversicherung an.

	GKV	PKV	Bei welcher GKV bzw. PKV waren Sie zuletzt versichert?	Versicherungszeitraum (MM.JJJJ)
VP 1	☐	☐		von ..... bis .....
VP 2	☐	☐		von ..... bis .....

Ablehnung / Beendigung / Umstellung in Notlagentarif (NLT)

Ist jemals ein Antrag von einem VU abgelehnt worden oder eine bestehende oder bestandene PKV vom VU beendet oder wegen Beitragsrückstand in den NLT umgestellt worden?

	Wurde ein Antrag abgelehnt? nein	ja (MM.JJJJ)	Wurde ein Vertrag vom VU beendet? nein	ja (MM.JJJJ)	Wurde ein Vertrag in den NLT umgestellt? nein	ja
VP 1	☐	.....	☐	.....	☐	☐
VP 2	☐	.....	☐	.....	☐	☐

Beginn und Dauer der Versicherung

0 1 . . 2 0
Versicherungsbeginn

Der Versicherungsvertrag nach Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldtarifen – ausgenommen bei Tarif PSKV – wird für die Dauer von 2 Jahren abgeschlossen (zum Versicherungsjahr siehe Allgemeine Versicherungsbedingungen). Er verlängert sich stillschweigend um jeweils 1 Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Versicherungsumfang und Beitragsberechnung

Alle Beiträge in Euro.

VP	**Tarifname**	**Monatlicher Beitrag**		**Gesetzlicher Zuschlag**		**Medizinischer Wagnisausgleich**		**Monatlicher Gesamt-(Mehr)Beitrag**
1			+		+		=	
			+		+		=	
			+		+		=	
			+		+		=	
			+		+		=	
			+		+		=	
			+		+		=	
			+		+		=	
			+		+		=	
	☐ PVN ☐ PVB		+		+		=	
	☐ MediR Single 8 Wochen		+		+		=	

Für Tarif MediVita Ich trage Sehhilfen und möchte dafür ☐ Leistungen (Zuschlag 5 Euro mtl.) ☐ keine Leistungen =

Monatlicher Gesamtbeitrag VP 1 ▶

VP	**Tarifname**	**Monatlicher Beitrag**		**Gesetzlicher Zuschlag**		**Medizinischer Wagnisausgleich**		**Monatlicher Gesamt-(Mehr)Beitrag**
2			+		+		=	
			+		+		=	
			+		+		=	
			+		+		=	
			+		+		=	
			+		+		=	
			+		+		=	
			+		+		=	
	☐ PVN ☐ PVB		+		+		=	
	☐ MediR Single 8 Wochen		+		+		=	

Für Tarif MediVita Ich trage Sehhilfen und möchte dafür ☐ Leistungen (Zuschlag 5 Euro mtl.) ☐ keine Leistungen =

Monatlicher Gesamtbeitrag VP 2 ▶

Tarifabgang

VP 1 .....

VP 2 .....

Monatlicher Gesamtbeitrag ▶

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 entsprechenden Zahnfragen) 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. 8/9. 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.

Für den Abschluss von **Ergänzungstarifen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung** gilt, dass nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen bereits bei Antragstellung laufende und angeratene Untersuchungen oder Behandlungen – auch im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft und Entbindung – nicht mitversichert sind.

Nicht bei Zahntarifen beantworten

1. **Körpergröße** (in cm) und **-gewicht** (in kg) **VP 1** _____ cm _____ kg **VP 2** _____ cm _____ kg

	VP 1 nein	VP 1 ja	VP 2 nein	VP 2 ja
2. Fanden in den letzten **3 Jahren ambulante** Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen aufgrund Vorerkrankungen), Beratungen, Behandlungen oder Operationen durch Ärzte, Heilpraktiker oder Angehörige anderer Heilberufe statt bzw. sind solche beabsichtigt oder angeraten?	☐	☐	☐	☐
3. Fanden in den letzten **5 Jahren stationäre** Untersuchungen, Behandlungen oder Operationen statt oder sind solche beabsichtigt oder angeraten? Bitte auch Aufenthalte in Kurkliniken oder Sanatorien angeben.	☐	☐	☐	☐
4. Fanden in den letzten **5 Jahren Behandlungen**, Therapien/Gesprächstherapien, Untersuchungen oder Beratungen aufgrund psychischer oder psychosomatischer Erkrankungen/Störungen statt oder sind solche angeraten oder beabsichtigt?	☐	☐	☐	☐
5. Wurde jemals eine **HIV-Infektion** festgestellt (positiver Aids-Test)? Steht noch ein Testergebnis aus?	☐	☐	☐	☐
6. Bestanden in den letzten **3 Jahren** 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?	☐	☐	☐	☐
7. Bestehen **Fruchtbarkeitsstörungen** (männlich/weiblich)?	☐	☐	☐	☐
8. Ist das Tragen einer **Sehhilfe** (Brille, Kontaktlinsen) notwendig/angeraten? Wenn ja, Dioptrien angeben.	☐	☐	☐	☐
Dioptrien **VP1** li _____ re _____ **VP2** li _____ re _____				
9. Bestehen **anerkannte Schwerbehinderungen**, 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.	☐	☐	☐	☐
	_____		_____	

Bei Vollversicherungen und OPT G beantworten

10. Werden oder wurden in den letzten **3 Jahren** wiederholt oder **regelmäßig** Arzneimittel (auch nicht ärztlich verordnete) eingenommen und/oder äußerlich angewendet?	☐	☐	☐	☐

Zahnschutz

Bei Vollversicherung / OPT G / AVL N2 beantworten

11. Haben Sie aktuell **fehlende Zähne,** die noch nicht ersetzt sind? (Außer Weisheitszähne, vollständige Lückenschlüsse sowie Milchzähne im Wechselgebiss) Bei drei fehlenden Zähnen bitte einen Heil- und Kostenplan beifügen.	☐	☐	☐	☐
Anzahl	.....		.....	
12. Findet eine **zahnärztliche Behandlung** (auch Zahnersatz-, Kronen-, Inlays-, Kieferorthopädie- oder Parodontosebehandlung) statt bzw. ist eine solche beabsichtigt oder angeraten? Wenn ja, Heil- und Kostenplan beifügen.	☐	☐	☐	☐

Tarif MediVita Z 70/90

13. Nur bei **Tarif MediVita Z 70/90** 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.	☐	☐	☐	☐

Bei MediPG und P3 beantworten

14. Sind Sie werdendes Elternteil oder beabsichtigen Sie eine Adoption?	☐	☐	☐	☐
Wenn ja, wann wird die Geburt laut Mutterpass erwartet bzw. wann ist der Adoptionstermin laut Gerichtsbeschluss? Im Falle einer anstehenden Geburt oder Adoption kann der Versicherungsbeginn im Tarif MediPG/P3 frühestens zum 1. des Vormonats vor dem oben angegebenen Geburts-/Adoptionsmonat sein.	.....		.....	
Bitte beachten Sie: Eine Mitversicherung ab Geburt gemäß § 198 VVG ist nur möglich, wenn ein Elternteil zu diesem Zeitpunkt bereits 3 Monate versichert gewesen ist.				

Bei allen Zahnergänzungstarifen beantworten

Sind zum Zeitpunkt der Antragstellung Behandlungen von Ihrem/Ihrer Zahnarzt/Zahnärztin angeraten oder wurden sie bereits begonnen, besteht für diese bis zum Abschluss der Maßnahme kein Versicherungsschutz. Dies gilt entsprechend auch
– für das Entfernen nicht erhaltungswürdiger Zähne und den darauffolgenden Zahnersatz
– für die Versorgung bereits bei Antragstellung fehlender Zähne mit Zahnersatz.

Für nach Vertragsschluss erstmals angeratene und begonnene zahnärztliche Behandlungen besteht Versicherungsschutz im tariflichen Umfang.

15. Gab es in den letzten 3 Jahren behandlungsbedürftige Parodontalbefunde bzw. fand eine Behandlung wegen Parodontitis/Parodontose* statt oder wurde eine solche angeraten? (* Bakterielle Entzündung mit Rückgang des Zahnfleisches)	☐	☐	☐	☐
16. Haben Sie aktuell fehlende Zähne, die noch nicht ersetzt sind? (Außer Weisheitszähne, vollständige Lückenschlüsse sowie Milchzähne im Wechselgebiss)	☐	☐	☐	☐
Anzahl	.....		.....	

Bei MediZ Smile zusätzlich beantworten

17. Haben Sie aktuell Zahnersatz für 6 oder mehr Zähne? (Teilkronen, Kronen, Prothesen, Brücken inkl. Ankerzähne, Implantate)	☐	☐	☐	☐

Bei MediZ Duo 100 zusätzlich beantworten

18. Haben Sie herausnehmbaren Zahnersatz, der insgesamt mehr als 3 fehlende Zähne ersetzt?	☐	☐	☐	☐
19. Wurde eine kieferorthopädische Untersuchung oder Behandlung begonnen oder angeraten? (Nur bei Alter jünger als 21 Jahre beantworten)	☐	☐	☐	☐

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? nein	ja,seit (MM.JJJJ)	Beschwerdefrei? nein	ja,seit (MM.JJJJ)	Operationen? nein	ja	Ärzte oder Angehörige anderer Heilberufe (auch Krankenanstalten und Sanatorien) Name, Postleitzahl und Ort
/			☐	☐	☐	☐	☐	☐	
/			☐	☐	☐	☐	☐	☐	
/			☐	☐	☐	☐	☐	☐	
/			☐	☐	☐	☐	☐	☐	
/			☐	☐	☐	☐	☐	☐	

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

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
VP1	☐	☐	
VP2	☐	☐	

Wenn Sie die Frage mit „Ja“ beantworten können, so verkürzt sich Ihre Leistungsbegrenzung. Die Leistungen für Zahnbehandlung und Zahnersatz sind zusammen in den ersten drei Versicherungsjahren begrenzt auf einen Erstattungshöchstbetrag von insgesamt: 1.000 Euro im ersten Versicherungsjahr, 2.000 Euro in den ersten zwei Versicherungsjahren, 3.000 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren (vgl. Abschnitt B.4. der AVB Teil II).

MediZ Smile 75/85

Wechselvorteil bei Vorversicherung
Es besteht bis zum Versicherungsbeginn eine private Zusatzversicherung für Zahnersatz mit einer vorgesehenen tariflichen Erstattung von mindestens 70 % bei MediZ Smile 75 bzw. 80 % bei MediZ Smile 85 bei dem folgenden Unternehmen:

	Nein	Ja	Name Ihres bisherigen Versicherungsunternehmens
VP1	☐	☐	
VP2	☐	☐	

Wenn Sie die Frage mit „Ja“ beantworten können, so verkürzt sich Ihre Leistungsbegrenzung. Die Leistungen für Zahnbehandlung und Zahnersatz sind zusammen in den ersten drei Versicherungsjahren begrenzt auf einen Erstattungshöchstbetrag von insgesamt: 1.000 Euro im ersten Versicherungsjahr, 2.000 Euro in den ersten zwei Versicherungsjahren, 3.000 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren (vgl. Abschnitt B.4. der AVB Teil II).

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 beigefügt ☐ reiche ich nach

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)

Erlass der Wartezeiten

Bitte beachten: Nur bei Ergänzungsversicherungen zu beantworten.
Ich beantrage 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. **Die Untersuchungskosten übernehme ich.**

	VP 1 nein	VP 1 ja	VP 2 nein	VP 2 ja
	☐	☐	☐	☐

Besondere Vereinbarungen

Ist der Antrag von besonderen Vereinbarungen abhängig? ☐ nein ☐ ja, und zwar

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.

Empfangsbekenntnis

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.

Einwilligung in die Datenverarbeitung zur Beschaffung der Renten- bzw. Krankenversichertennummer und Schweigepflichtentbindungserklärung

Ferner willige ich mit meiner Unterschrift in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, insbesondere der Rentenversicherungsnummer, ein, soweit dies für die Vergabe bzw. den Abgleich der Krankenversichertennummer erforderlich ist und entbinde die für den Versicherer tätigen Personen sowie die bei der Vertrauensstelle Krankenversichertennummer tätigen Personen insoweit von Ihrer Schweigepflicht.

Zudem willige ich mit meiner Unterschrift in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein, soweit dies für die Vergabe oder den Abruf der Rentenversicherungsnummer durch die Deutsche Rentenversicherung erforderlich ist und entbinde die für den Versicherer tätigen Personen sowie die bei der Deutschen Rentenversicherung tätigen Personen insoweit von Ihrer Schweigepflicht.

Schlusserklärungen

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“, den Hinweis auf das Widerrufsrecht** sowie die **„Wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht“.** Sie sind **wichtiger Bestandteil des Vertrages. Ich mache mit meiner Unterschrift die „Erklärungen und wichtigen Hinweise“, den Hinweis auf das Widerrufsrecht sowie die „Wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht“ zum Inhalt dieses Antrags.**

Unterschriften

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

Vermittlerdaten

Vorname, Name, Telefon-/Faxnummer in Klarschrift/ggf. Stempel	**Vermittler**

Original für Gothaer · 1. Kopie für Vermittler · 2. Kopie für Antragsteller/Versicherungsnehmer

>>Neue Eingabe >>Speichern >>Drucken

SEPA-Lastschrift-Mandat

Gothaer

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
Arnoldiplatz 1
50969 Köln

Gläubiger ID DE52ZZZ00000070522

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)
Im europäischen Währungsraum nicht erforderlich.

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

Name des Versicherungsnehmers

Dieses Feld nicht ausfüllen, falls Sie für sich selbst zahlen.

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 Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln, E-Mail info@gothaer.de**. Alle weiteren Informationen nach Art. 13 DS-GVO 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.

>>Neue Eingabe | >>Speichern | >>Drucken

Original für die Gothaer · 1. Kopie für Vermittler · 2. Kopie für Antragsteller/Versicherungsnehmer

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

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 DS-GVO 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 eingesehen oder bei 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 Versicherungsschutz 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

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

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig 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.

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.
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.

4. Ausübung unserer Rechte

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

5. Stellvertretung durch eine andere Person

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

Erklärungen und wichtige Hinweise

Verpflichtungen bis zur Annahme des Antrags

Ich verpflichte mich, 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, **die bis zur Annahme dieses Antrags eintreten, vollständig und wahrheitsgemäß anzugeben,** sofern der Versicherer nach Antragstellung bis zur Zusendung des Versicherungsscheins erneut Fragen hiernach stellt.

Antragsbindefrist

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.

Bei Anträgen auf Krankentagegeld

Erklärungen zum Nettoeinkommen 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.

Änderung von Anschrift u. Namen

Mir ist bekannt, dass Änderungen von Anschrift oder Namen des Versicherungsnehmers und/oder der versicherten Person/-en dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen sind.

Zustandekommen des Vertrages

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 widerruft.

Vertragsgrundlagen

Die gegenseitigen **Rechte und Pflichten** richten sich nach diesem Antrag, von dem mir **bei Antragstellung eine Durchschrift/Kopie** 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.

Erklärung zur PPV

Ich bestätige die Richtigkeit aller vorstehenden Angaben und **verpflichte** mich, die notwendigen **Nachweise**, 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 **unrichtigen Beitragseinstufung** zu wenig gezahlte Beiträge werde ich nachentrichten.

Beitragsbegrenzung für Ehe-/Lebenspartner(in)

1) Definition Lebenspartner(-in):
Für Lebenspartner kann die Beitragsbegrenzung nur gewährt werden, wenn es sich um eine eingetragene Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung handelt.
2) Definition Gesamteinkommen:
Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (§ 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 (Entlassungsentschädigungen), 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 Entlassungsentschädigung 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.

Widerrufsrecht **Sämtliche Informationen zu Ausübung und Frist Ihres Widerrufsrechts finden Sie in den Allgemeinen Kundeninformationen sowie in Ihrem Versicherungsschein, jeweils unter der Überschrift „Widerrufsbelehrung“.**

Hinweise zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz

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 Krankenversicherung 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.

Definition der dauerhaften nahen Angehörigen

Definition der dauerhaften nahen Angehörigen im Sinne des § 15 Abs. 1 Nr. 2 bis 7 der Abgabenordnung:

1. Ehegatten und Lebenspartner,
2. Verwandte und Verschwägerte gerader Linie (z. B. Eltern, Stiefeltern, Großeltern, Kinder, Adoptivkinder, Enkelkinder)
3. Geschwister,
4. Kinder der Geschwister (Nichten und Neffen),
5. Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner,
6. Geschwister der Eltern (Tanten und Onkel),
7. sonstige in gerader Linie mit dem Ehegatten oder Lebenspartner verwandte Personen (z. B. Schwiegereltern, Schwiegertöchter und -söhne) sowie Stiefkinder (Kinder und Adoptivkinder der Ehegatten oder Lebenspartner).

Ausfüllhilfe für die Ergänzungsversicherung

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

Bitte beachten:

- **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													
Zur Beantragung einer Krankheitskostenvollversicherung beantworten Sie bitte alle Gesundheitsfragen (außer Zahnergänzung).													
Tarife: Ergänzung/Tagegeld	**1. – 6.**	**7.**	**8.**	**9.**	**10.**	**11.**	**12.**	**14.**	**15.**	**16.**	**17.**	**18.**	**19.**
AVL N2	x	x		x		x	x						
K	x	x		x									
MediAmbulant	x	x		x									
MediClinic Plus / MediClinic Premium	x	x		x									
MediClinic S Plus / MediClinic S Premium*	x	x		x									
MediNatura P**	x	x		x									
MediPG	x			x				x					
OPT G	x	x	x	x	x	x	x						
P 3	x			x				x					
TG/MTG 6	x	x		x									
Tarife: Zahnergänzung													
MediZ Duo 80/90*									x	x			
MediZ Duo 100*									x	x		x	x
MediZ Smile 75/85*									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