

## Antrag

# Die Gothaer Berufsunfähigkeits- Zusatzversicherung in Verbindung mit einer Risikoversicherung

Stand: 01.2012

# Die Gothaer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung in Verbindung mit einer Risikoversicherung



Bitte den Vorschlag beifügen.

Alle Beiträge sind in Euro.

AN211463

Daten des Abschlussvermittlers	Daten des Betreuers	<input type="checkbox"/> AO/MA <input type="checkbox"/> Makler/Sonstige	Kennnummer	Abrechnungsgruppe
Versicherungsnummer	Fremdaktenzeichen (z. B. Bankkundennummer)			<b>3 3 3 6</b> Marketingschlüssel

**Antragsteller/  
Versicherungsnehmer (VN)**

Titel, Vorname, Name, Firma				<input type="checkbox"/> männlich	
Straße und Hausnummer				<input type="checkbox"/> weiblich	
Staat	Postleitzahl	Ort		<input type="checkbox"/> allein stehend	
Geburtsdatum	Nationalität	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> ohne Beschäftigung	derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche	Berufsgruppe
Geburtsname	Geburtsland	Geburtsort			

**Zu versichernde Person (VP)**

Titel, Vorname, Name				<input type="checkbox"/> männlich		
Straße und Hausnummer				<input type="checkbox"/> weiblich		
Staat	Postleitzahl	Ort		<input type="checkbox"/> allein stehend		
Geburtsdatum	Nationalität				<input type="checkbox"/> verheiratet	
Geburtsname	Geburtsland	Geburtsort				<input type="checkbox"/> sonstiges

**Angaben nach dem Geldwäschegesetz**

Der Antragsteller hat sich ausgewiesen durch gültigen  Personalausweis  Reisepass Gültig bis \_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum \_\_\_\_\_ Ausweisnummer \_\_\_\_\_ Ausstellende Behörde \_\_\_\_\_

Diese Angaben können entfallen bei Lastschriftinzugsverfahren vom eigenen Konto des Antragstellers bei einem Geldinstitut mit Sitz in der EU.

**Wirtschaftlich Berechtigter**

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

Titel, Vorname, Name, Straße, Hausnummer  männlich  weiblich

Staat \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Juristische Person**

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

Falls ja, ist das Zusatzblatt „Identifizierung einer juristischen Person“ auszufüllen und zusammen mit den **hierin genannten Unterlagen** dem Antrag beizufügen. Das Zusatzblatt finden Sie unter der Druckartikelnummer 114193 im Materialverzeichnis.

**Widerrufliches Bezugsrecht für den Todesfall**

Antragsteller/Versicherungsnehmer  der dann in gültiger Ehe lebende **Ehepartner** (Bitte **nicht zusätzlich** namentlich benennen.)

folgende Person  männlich  weiblich

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

**Versicherungsbeginn und umfang**

<b>Versicherungsbeginn (12:00 Uhr)</b>	<b>Eintrittsalter</b>	<b>Ablaufalter</b>	oder	<b>Versicherungsdauer</b>
<b>0 1 2 0</b>	_____ Jahre	_____ Jahre		_____ Jahre

**Risikoversicherung**

<b>Tarif – Hauptversicherung (HV)</b>	<b>Versicherungssumme EUR</b>	<b>Tarifausprägung der Gothaer Risikoversicherung</b>
<b>P 8</b>	_____	RO

**Überschussystem**  Todesfallbonus  Beitragsreduktion

**Tarif BU2012** Zahlrente (pro Rentenfähigkeit) oder in % von der HV **Zahlweise der Rente**

**Tarif EU2012** \_\_\_\_\_  jährlich  1/2-jährlich  1/4-jährlich  monatlich

**Beitragsbefreiung** wie HV oder **Versicherungsdauer** **Beitragszahlungsdauer** **Leistungsdauer**

\_\_\_\_\_ Jahre bis \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_ Jahre bis \_\_\_\_\_ Alter bis Alter \_\_\_\_\_

**BU-/EU-Rente** wie HV oder **Versicherungsdauer** **Beitragszahlungsdauer** **Leistungsdauer**  **Karenzzeit** in Monaten

\_\_\_\_\_ Jahre bis \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_ Jahre bis \_\_\_\_\_ Alter bis Alter \_\_\_\_\_

**Überschussystem** Beitragsreduktion

**Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht**

**Bitte immer beantworten.** Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann. Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht, die Schlusserklärung sowie die Erläuterungen zur Durchführung genetischer Tests auf der Seite „Erklärungen und wichtige Hinweise“. Bekannte Erkrankungen sind unabhängig von der dort beschriebenen gesetzlichen Regelung anzugeben. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar der Gothaer Lebensversicherung AG schriftlich mitzuteilen.

Bitte alle ergänzenden Angaben in dem unten vorgesehenen Raum machen. Sollte der Platz nicht ausreichen, sind diese auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt zu machen oder das Beiblatt „Ergänzende Angaben zum Gesundheitszustand“ (111377) auszufüllen und beizufügen.

Gesondertes Beiblatt?  nein  ja      Ärztliches Zeugnis?  nein  folgt  liegt bei

Allgemeine Frage

1. Größe und Gewicht

Größe in cm      Gewicht in kg

Angaben zum Gesundheitszustand

Die Fragen 2 bis 11 sind immer zu beantworten.

- |  |                              |                          |
|--|------------------------------|--------------------------|
|  | nein                         | ja                       |
| 2. Wurden in den <b>letzten 12 Monaten</b> von Ärzten oder Heilpraktikern Arzneimittel verordnet? Welche und wogegen?  | 2. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ist eine ambulante oder stationäre Behandlung in den <b>nächsten 12 Monaten</b> beabsichtigt oder von einem Arzt oder Therapeuten empfohlen?  | 3. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 4. Haben oder hatten Sie in den <b>letzten 5 Jahren</b> Unfallverletzungen oder Vergiftungen?  | 4. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 5. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den <b>letzten 5 Jahren</b> Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen der folgenden Organsysteme bzw. der folgenden Art? Wenn Sie eine oder mehrere der nachfolgenden Fragen mit „ja“ beantworten, füllen Sie bitte den dazugehörigen Zusatzfragebogen (FB) aus.<br>Die folgenden <b>Aufzählungen</b> zeigen Ihnen dazu nur <b>Beispiele</b> , die keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben.  | 5.                           |                          |
| <b>a) Herz und Kreislauforgane (FB 8a)</b> z. B. Hypertonie (Bluthochdruck), Durchblutungsstörungen, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzmuskelschaden, Herzrhythmusstörungen, Verschlusskrankheit, Thrombose, Embolie, Venenleiden, Schlaganfall   | a) <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <b>b) Atmungsorgane (FB 8b)</b> z. B. Asthma, Heuschnupfen mit asthmatischen Beschwerden, Chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe   | b) <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <b>c) Verdauungsorgane, Leber, Milz, Bauchspeicheldrüse (FB 8c)</b> z. B. Speiseröhrenerkrankung, Gastritis, Magengeschwür, Darmentzündung, erhöhte Leberwerte, Leberentzündung, Fettleber, Alkoholikerkrankung der Leber, Gallenerkrankungen, Milzvergrößerung, Bauchspeicheldrüsenentzündung oder -funktionsstörung  | c) <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <b>d) Harn- und Geschlechtsorgane (FB 8d)</b> z. B. Nierenentzündungen, Nierenversagen, Zystennieren, Nierensteine, Blut im Urin, Eiweiß im Urin, Prostataerkrankungen, Erkrankungen der Geschlechtsorgane   | d) <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <b>e) Nervensystem und Gehirn (FB 8e)</b> z. B. Schlaganfall, Tumore, Fehlbildung, Lähmung, periphere Nervenkrankheit (Krankheiten der Nervenbahnen), Anfallsleiden, Multiple Sklerose, Migräne, Hirn- oder Hirnhautentzündung, Parkinson'sche Krankheit   | e) <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <b>f) Psyche (FB 8f)</b> z. B. ADHS, Depression, Angststörung, Essstörung, psychosomatische Störung, Schizophrenie, Suchterkrankung, Alkoholabhängigkeit, Suizidversuch  | f) <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <b>g) Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten (FB 8g)</b> z. B. Tuberkulose, Zeckenbisskrankungen, Hepatitis, Malaria, chronische Infektionen   | g) <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <b>h) Tumore und Blutkrankheiten (FB 8h)</b> z. B. Krebserkrankungen, Leukämien, Lymphknotenschwellungen, Blutbildungsstörungen, Blutarmut (Anämie), Gerinnungsstörungen, Bluterkrankheit  | h) <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <b>i) Stoffwechsel (FB 8i)</b> z. B. angeborene Stoffwechselerkrankungen (Leber, Muskel, Niere), Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörungen, Gicht, Schilddrüsenkrankungen, Erkrankungen der inneren Drüsen wie Nebennieren, Hirnanhangdrüse   | i) <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <b>j) Bewegungsapparat (FB 8j)</b> z. B. Wirbelsäulenerkrankung, Lumbago, Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Meniskuserkrankungen, Rheuma, Fibromyalgie, Gelenkschwellung   | j) <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 6. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den <b>letzten 5 Jahren</b> durch Ärzte, Heilpraktiker oder Psychotherapeuten behandelte Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen der folgenden Organsysteme bzw. der folgenden Art: Schwindel, Ohnmacht (Synkope) (FB 8a), Kopfschmerzen, Migräne (FB 8e), psychische Belastungsreaktion (FB 8f), Muttermale (FB 8h), Erkrankungen von Bändern, Sehnen oder Muskeln (FB 8j), Sehstörung (FB 17a), Ohrgeräusch, Gleichgewichtsstörung (FB 17b) oder Hautausschlag (FB 17c)? | 6. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 7. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den <b>letzten 5 Jahren</b> Gesundheitsstörungen, Organfehler oder angeborene Erkrankungen, die Anlass waren zur Anerkennung einer Behinderteneigenschaft (MdE/GdB), Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder einer Pflegestufe?  | 7. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 8. Wurden in den <b>letzten 5 Jahren</b> ambulante Operationen durchgeführt?   | 8. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 9. Waren Sie in den <b>letzten 10 Jahren</b> in stationärer Behandlung (Krankenhaus, Operation, Rehabilitation, Kur etc.)?   | 9. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 10. Werden oder wurden Sie innerhalb der <b>letzten 10 Jahre</b> wegen Medikamentenmissbrauch, des Konsums von Alkohol, von Betäubungsmitteln oder von Drogen beraten oder behandelt? Wenn ja, wann, wo, durch wen?  | 10. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Wurde bei Ihnen eine HIV Infektion festgestellt (z. B. positiver HIV Test)?  | 11. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Die Fragen 12 bis 15 sind nur bei Einschluss einer BU-/EU-Rente oder bei BU-Beitragsbefreiung bei einem jährlichen Zahlbeitrag über 3.000 EUR zu beantworten oder falls ein ärztliches Zeugnis erforderlich ist. nein ja

- |  |                              |                          |
|--|------------------------------|--------------------------|
|  | nein                         | ja                       |
| 12. Sind oder waren Sie in den <b>letzten 5 Jahren</b> in psychotherapeutischer Behandlung?  | 12. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Sind oder waren Sie in den <b>letzten 5 Jahren</b> wegen Rückenbeschwerden, Gelenkverschleiß, Muskelschmerzen und -verspannungen oder Beschwerden mit den Knien, Hüften, Schultern oder an anderen Stellen des Bewegungsapparates in ärztlicher oder physiotherapeutischer Behandlung?                     | 13. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Bestehen oder bestanden in den <b>letzten 5 Jahren</b> bei Ihnen Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen der folgenden Organsysteme bzw. der folgenden Art?<br>Die folgenden <b>Aufzählungen</b> zeigen Ihnen dazu nur <b>Beispiele</b> , die keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben. | 14.                          |                          |
| <b>a) Augen (FB 17a)</b> z. B. Hornhauterkrankung, Netzhauterkrankung, grüner oder grauer Star, Lasik OP<br>Bei Fehlsichtigkeit über fünf Dioptrien  | a) <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <b>b) Ohren (FB 17b)</b> z. B. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Gleichgewichtsstörungen nach Tinnitus  | b) <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <b>c) Allergien oder Haut (FB 17c)</b> z. B. Ekzem, Allergie, Heuschnupfen, Neurodermitis, Schuppenflechte   | c) <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 15. Bezogen, beziehen oder haben Sie in den <b>letzten 5 Jahren</b> eine Rente, Unfallrente oder Pension aus gesundheitlichen Gründen beantragt? Warum? <b>Bitte die Kopie des Rentenbescheids beifügen.</b>   | 15. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

<b>Ergänzende Angaben zu den bei Frage 2-14 mit „ja“ beantworteten Fragen</b>	Frage <b>Genaue Krankheitsbezeichnungen</b> (Diagnosen) Art der Beschwerden, Behandlungen, Operationen und Untersuchungen. Medikamente (Name und Dosis).	Wann, wie lange, wie oft?	Bei wem? Wo? (auch Krankenanstalten, Sanatorien) Name, Postleitzahl und Ort
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Hausarzt** Hausarzt bzw. Arzt, der am besten über die gesundheitlichen Verhältnisse der zu versichernden Person Bescheid weiß.

Name und vollständige Anschrift Fachrichtung in Behandlung seit

**Immer zu beantworten.****Fragen zur beruflichen Tätigkeit der versicherten Person**

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?

.....

**Nur zu beantworten, wenn eine BU-/EU-Rente oder BU-Beitragsbefreiung beantragt ist.**

Branche

Seit wann?

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

Zu wie viel Prozent sind Sie kaufmännisch oder aufsichtsführend tätig? %

Berufsgruppe

**Nur zu beantworten, wenn eine Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente beantragt ist.**

Welche berufliche Ausbildung haben Sie abgeschlossen?

 Kaufmännische Ausbildung: Handwerkliche/technische Ausbildung: Studium: Sonstiges (z. B. ungelern; nicht abgeschlossene Ausbildung/Studium):Beabsichtigen Sie, sich in den nächsten 12 Monaten selbstständig zu machen?  nein  ja, als .....

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)

**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 Lebensversicherungsunternehmen oder sind solche Anträge in den **letzten 12 Monaten** gestellt worden? nein ja

(Versicherung, Versicherungssumme):

**Besondere Gefahren der zu versichernden Person**Sind Sie **beruflich oder privat** besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Umgang mit Sprengstoffen, energiereichen Strahlen, gesundheitsschädlichen Stoffen, beim Bergsport, Kampfsport, Rennsport, Flugsport, Motorradfahren, Fallschirmspringen, Tauchen, Extremsport, Bodybuilding)? nein ja

(bitte erläutern Sie):

Beabsichtigen Sie in den **nächsten 12 Monaten** Aufenthalte außerhalb der EU, Schweiz, Norwegen, Island, USA, Kanada von mehr als 12 Wochen? nein ja

(bitte erläutern Sie):

**Besondere Vereinbarungen****Schweigepflicht-entbindung** Ich entbinde den im Abschnitt „Entbindung von der Schweigepflicht“ – nächste Seite – genannten Personenkreis **generell von seiner Schweigepflicht.** Ich gebe eine entsprechende Entbindung von der Schweigepflicht **nur im Einzelfall ab. Mir ist bekannt, dass dies jeweils mit zusätzlichen Kosten** verbunden ist.**Dynamische Beitrags-erhöhung** Erhöhung der Beiträge um 5% oder % jährlich alle 2 Jahre alle 3 Jahre Keine dynamische Beitragserhöhung**Angaben zum Beitrag****Zu zahlender Gesamtbeitrag gemäß Zahlweise**  
(inklusive Zusatzversicherungen)**Bitte beachten:** Durch Rundungen können sich geringe Beitragsdifferenzen zum Versicherungsschein ergeben.**Zahlweise** jährlich 1/2-jährlich 1/4-jährlich monatlich**Einzugs-ermächtigung (LSV)**Der jeweils fällige Beitrag soll zum  1. eines Monats  15. eines Monats bis auf Widerruf von folgendem Konto abgebucht werden:  wie bisher

Kontonummer

Kontoinhaber (Vorname, Name – falls nicht mit Antragsteller identisch)

Bankleitzahl

Geldinstitut (Name und Ort)

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

Telefonnummer

Telefaxnummer

E-Mailadresse

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

**Empfangs-  
bekenntnis**

Ich bestätige, dass ich die Kundeninformationen sowie die aufgeführten und angekreuzten Versicherungsbedingungen vor Antragstellung erhalten habe.

- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Kapitalversicherung auf den Todesfall (Risikoversicherung) Version
- Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung
- Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung
- Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers zum Empfangsbekenntnis

**Schluss-  
erklärungen,  
und  
Unterschriften**

Die auf der **nächsten Seite** beschriebenen Erklärungen und wichtigen Hinweise **habe ich zur Kenntnis genommen**. Diese Erklärungen enthalten unter anderem die **Belehrung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und über das Widerrufsrecht**, die Erläuterungen zur **Entbindung von der Schweigepflicht** und die **Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz**; sie sind **wichtiger Bestandteil des Vertrages**. Ich mache mit meiner Unterschrift die „**Erklärungen und wichtige Hinweise**“ zum Inhalt dieses Antrags. Ich halte mich an meinen Antrag **einen Monat gebunden**. **Mein Widerrufsrecht bleibt hiervon unberührt**. Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.

**Zu versichernde Person** (bei Minderjährigen: Gesetzlicher Vertreter/bei Minderjährigen ab Alter 14 zusätzlich: die zu versichernde Person)

Ort, Datum

Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller)

Antragsteller/Versicherungsnehmer

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

Vermittler (ggf. mit Stempel)

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

**Vorvertragliche Anzeigepflicht**

Sie haben uns als Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung **die Ihnen bekannten Gefahrumstände**, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit Ihnen und dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir schriftlich oder in Textform gefragt haben, **wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen**. Dies gilt nicht nur, wenn Sie den Antrag selbst ausfüllen, sondern **auch dann, wenn ein Dritter** (z. B. der Vermittler) in Ihrem Namen **den Antrag ausfüllt**. Verletzen Sie diese Anzeigepflicht, so können wir vom Vertrag zurücktreten.  
**Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn** Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. **In diesem Fall** haben wir das **Recht**, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu **kündigen**.  
**Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und unser Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn** wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Die anderen Bedingungen werden auf unser Verlangen rückwirkend – bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode – Vertragsbestandteil.

**Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz**

Ich **willige ein**, dass die Gothaer Lebensversicherung AG, Köln (kurz Gothaer) im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.  
**Ich willige ferner ein**, dass die Gothaer und die mit ihr konzernmäßig verbundenen Unternehmen und Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.  
 Ohne Einfluss auf den Vertrag und **jederzeit widerrufbar willige ich weiterhin ein**, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags-, und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.  
**Diese Einwilligungen gelten nur, wenn ich** vor Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung – als Bestandteil der mir vor Antragstellung ausgehändigten Kundeninformationen – Kenntnis nehmen konnte.

**Entbindung von der Schweigepflicht**

Zur Prüfung meiner vor Vertragsschluss gemachten Angaben über meinen Gesundheitszustand sowie zum Zwecke der Prüfung im Leistungsfall **entbinde ich** von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden soweit ich dort in den letzten 5 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.

**generelle Entbindung**

Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Gothaer Lebensversicherung AG (kurz Gothaer) konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung oder im Leistungsfall unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtenbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss.  
 Die Mitarbeiter der Gothaer selbst **entbinde ich** von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an ihn beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.  
 Die Gothaer wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und mich darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

**Entbindung im Einzelfall**

Die vorstehende Erklärung möchte ich **nicht abgeben**. **Ich wünsche**, dass mich die Gothaer informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht durch schriftliche Erklärung entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Antragsbearbeitung führen kann, sollte aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Prüfung meiner risikorelevanten Angaben erschwert bzw. nur teilweise möglich sein.

**Berufs- und Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung**

**Besondere Hinweise zur Berufs- und Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung:**  
 Wird die Berufs- oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit einer kürzeren Leistungsdauer als die Beitragszahlungsdauer der Hauptversicherung abgeschlossen und wird nach dem Eintritt der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit Beitragsbefreiung gewährt, so muss dennoch nach Ablauf der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung die Beitragszahlung für die Hauptversicherung wieder aufgenommen werden, auch wenn weiterhin Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit besteht.

**Vorläufiger Versicherungsschutz**

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

**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 Erwerbsunfähigkeitsversicherung, eine Erwerbsunfähigkeitsversicherung oder eine Pflegerentenversicherung eine Leistung von mehr als 300.000 EUR oder mehr als 30.000 EUR Jahresrente vereinbart wird.  
 Vorerkrankungen und Erkrankungen sind aber unabhängig davon anzuzeigen.

**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 Lebensversicherung zum Zwecke des Abschlusses einer neuen Lebensversicherung ist im Allgemeinen für den Versicherungsnehmer unzumutbar 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 vor Antragstellung 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 vor Antragstellung ausgehändigt wurden. Mündliche Nebenabreden sind ungültig.

**Widerrufsrecht**

Sie können Ihre Vertragserklärung **innerhalb von 30 Tagen** ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Telefax, E-Mail) **widerrufen**. Die **Frist beginnt, nachdem** Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Gothaer Lebensversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln.

**Widerrufsfolgen**

Im Falle eines wirksamen Widerrufs **endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen** den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden **Teil der Beiträge**, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag um einen Betrag in Höhe von 1/360 des von Ihnen für ein Jahr zu zahlenden Beitrags. Den Rückkaufwert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes zahlen wir Ihnen aus. **Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs**. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

**Besondere Hinweise**

**Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn** der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Soweit eine **vorläufige Deckung** erteilt wurde, endet diese mit dem Zugang des Widerrufs bei uns.

<b>Gesellschaft</b>	<b>Gothaer Lebensversicherung AG</b>	<b>Postanschrift</b>	<b>50598 Köln</b>
Sitz	Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (Hausanschrift)	Rechtsform	Aktiengesellschaft
Aufsichtsrat	Dr. Ronald Crone (Vorsitzender)	Registergericht	Amtsgericht Köln, HRB 56769
Vorstand	Dr. Helmut Hofmeier (Vorsitzender) Dr. Werner Görg, Michael Kurtenbach, Jürgen Meisch, Dr. Hartmut Nickel-Waninger, Oliver Schoeller	USt-IdNr.	DE207591682
<b>Kontoverbindung</b>	Landesbank Berlin AG, Berlin (BLZ 10050000), Konto-Nr. 6632040657	SWIFT: BIC / IBAN	BELADEBE / DE65100500006632040657

# Tariferläuterungen und Leistungsbeschreibungen

Hauptversicherung (Verwendete Tarifikürzel: **M** = männlich / **W** = weiblich)

Risikoversicherung	Tarif	Tarifbeschreibung	Leistungsbeschreibung
	<b>P8M/W</b>	Kapitalversicherung auf den Todesfall mit Umtauschoption	Konstante Versicherungssumme mit Fälligkeit bei Tod des Versicherten vor Ablauf der Versicherung.
– Umtauschoption		Bis zum Ende des 10. Versicherungsjahres können Sie gemäß Punkt 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Kapitalversicherung auf den Todesfall (Risikoversicherung) Ihre Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine Kapitalversicherung auf den Todes- und Erbensfall oder eine fondsgebundene Rentenversicherung (VarioRent plus-Fonds) mit erhöhter Todesfallsumme umtauschen, sofern der/die Versicherte(n) zum Umtauschzeitpunkt das 67. Lebensjahr noch nicht vollendet hat (haben). Der gesamte Versicherungsschutz zum Umtauschzeitpunkt – inklusive Todesfallbonus – darf sich bei diesem Umtausch nicht erhöhen. Den Umtausch müssen Sie spätestens 3 Monate vor Ablauf der Risikoversicherung beantragen.	
Zusatzversicherungen			
Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung	Tarif	Tarifbeschreibung	Leistungsbeschreibung
	<b>BU2012BFM/W</b>	Die Gothaer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für <b>Beitragsbefreiung</b> .	Beitragsbefreiung der Hauptversicherung und der eingeschlossenen Zusatzversicherungen während der Dauer der bedingungsgemäßen Berufs-/Erwerbsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer der Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung.
	<b>EU2012BFM/W</b>	Die Gothaer Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung für <b>Beitragsbefreiung</b> . Sie kann längstens bis zum Alter 67 des Versicherten und nicht länger als bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer der Hauptversicherung eingeschlossen werden.	
	<b>BU2012BRM/W</b>	Die Gothaer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für eine <b>Rente</b> .	Zahlung der vereinbarten Rente (höchstens 48 % der Versicherungssumme der Hauptversicherung bzw. 999 % bei Risikoversicherungen für nach dem 01.01.1961 Geborene) während der Dauer einer bedingungsgemäßen Berufs-/Erwerbsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer der Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung. Die Rente wird gemäß vereinbarter Zahlweise im voraus, erstmalig anteilig bis zum Ende der laufenden Rentenzahlungsperiode gezahlt.
	<b>EU2012BRM/W</b>	Die Gothaer Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung für eine <b>Rente</b> . Die Versicherung der Rente kann maximal für die Dauer der Hauptversicherung eingeschlossen werden, längstens bis zum Alter 67 des Versicherten. Die Leistungsdauer der Rente kann unabhängig von der Hauptversicherung vereinbart werden, längstens bis zum Alter 67 des Versicherten.	
Überschuss-system	Tarif	Tarifbeschreibung	Leistungsbeschreibung
	<b>P8M/W</b>	<b>Todesfallbonus</b> – Ab Versicherungsbeginn erfolgt eine Erhöhung der Todesfallleistung in Prozent der Versicherungssumme. Der Erhöhungssatz ist jeweils für ein Versicherungsjahr gültig.	<b>Beitragsreduktion</b> – Ab Versicherungsbeginn erfolgt eine Reduktion des jährlichen Beitrags. Der Reduktionssatz ist jeweils für ein Versicherungsjahr gültig.
	Tarif	leistungsfreie Zeit	leistungspflichtige Zeit
	<b>Tarife BU2012BF</b>	<b>Beitragsreduktion</b> – Die Überschüsse werden dazu verwendet, die Beiträge (ohne Zuschläge) für die Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung zu reduzieren. Der Reduktionssatz ist jeweils für ein Versicherungsjahr gültig.	<b>Verzinsliche Ansammlung</b> – Der jährliche Überschuss wird mit dem Ansammlungszins verzinslich angesammelt und bei Beendigung der BU2012BF, EU2012BF ausgezahlt. <b>Gewinnrente</b> – Es wird eine jährlich steigende Gewinnrente gezahlt. Der Zuwachs bemisst sich in Prozent der gesamten Vorjahresrente inkl. etwaigem Sofortbonus.
	<b>Tarife BU2012BR</b>		
	<b>Tarife EU2012BF</b> <b>Tarife EU2012BR</b>		
	<b>Tarife mit besonderen Zugangsvoraussetzungen</b>	(K, G, Q, R)	Es gelten die Versicherungsbedingungen für die Grundtarife nach Maßgabe der Vereinbarungen im Kollektivvertrag.