Antrag zur Gothaer Gruppen-Krankenversicherung für Firmen
Ambulante Zusatzversicherung – Gothaer MediGroup A

Gothaer

AN212305

☐ Neuantrag ☐ Änderung — Versicherungsnummer

☐ AO/MA ☐ Makler/Sonstige

0 — GKR-Agenturnummer

1 — VD-/MD-Agenturnummer

Arbeitgeber/ Firma

Vertragspartner der Gruppen-Krankenversicherung / Versicherungsnehmer

GKR-Firmennummer

Antragsteller/ Hauptversicherter/ 1. zu versichernde Person

Mitarbeiter/Arbeitnehmer des Vertragspartners (Titel, Vorname, Name)

☐ männlich ☐ weiblich

Straße und Hausnummer

Staat | Postleitzahl | Ort | Personalnummer

Geburtsdatum | Staatsangehörigkeit | derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche

Mit zu versichernde 2. Person

Vorname (Name, nur sofern abweichend vom Antragsteller) ☐ männlich ☐ weiblich | Geburtsdatum | derzeit ausgeübte berufl. Tätigkeit/Branche

☐ Abweichende Anschrift immer angeben (siehe Beiblatt 211377)

3. Person

Vorname (Name, nur sofern abweichend vom Antragsteller) ☐ männlich ☐ weiblich | Geburtsdatum | derzeit ausgeübte berufl. Tätigkeit/Branche

☐ Abweichende Anschrift immer angeben (siehe Beiblatt 211377)

4. Person

Vorname (Name, nur sofern abweichend vom Antragsteller) ☐ männlich ☐ weiblich | Geburtsdatum | derzeit ausgeübte berufl. Tätigkeit/Branche

☐ Abweichende Anschrift immer angeben (siehe Beiblatt 211377)

Versicherungsumfang und Beitragsberechnung

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Ihr zu zahlender monatlicher Gesamtbeitrag
MediGroup A (Tarif)	monatlicher Beitrag	monatlicher Beitrag	monatlicher Beitrag	monatlicher Beitrag	▶

Alle Währungsangaben in Euro.

Beginn und Dauer der Versicherung

0 1 . 2 0 — **Versicherungsbeginn**

Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer von 2 Jahren abgeschlossen (zum Versicherungsjahr siehe Tarifbedingungen). Er verlängert sich stillschweigend um jeweils 1 Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. Die Teilnahme an der Gruppen-Krankenversicherung ist nur mit LSV möglich.

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)

Hinweis zur Versicherungsfähigkeit

Bitte beachten: Versichert werden können nur Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und Mitglieder einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sind.

Angaben zum Gesundheitszustand

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Sie gefährden sonst Ihren Versicherungsschutz.

	Person 1 nein	Person 1 ja	Person 2 nein	Person 2 ja	Person 3 nein	Person 3 ja	Person 4 nein	Person 4 ja
1. Fanden Behandlungen, Untersuchungen (hierzu zählen auch Kontrolluntersuchungen aufgrund Vorerkrankungen), Beratungen oder Operationen statt bzw. sind solche beabsichtigt oder angeraten?								
a) in den letzten 3 Jahren **ambulant** durch Ärzte, Heilpraktiker oder Angehörige anderer Heilberufe	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) in den letzten 3 Jahren **stationär** (auch in Kurkliniken oder Sanatorien)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) in den letzten 3 Jahren aufgrund **psychischer oder psychosomatischer** Erkrankungen/Störungen (auch Therapien/Gesprächstherapien)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. a) Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen zurzeit Krankheiten, andauernde oder wiederkehrende Beschwerden, Anomalien, Funktionsstörungen körperlicher/geistiger Art, Körperimplantate/-prothesen (außer Zahn), amtlich anerkannte Behinderungen, die nicht ärztlich und nicht durch Angehörige anderer Heilberufe behandelt worden sind? (ggf. Grad der anerkannten Behinderung angeben)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt? (ggf. offenes HIV-Testergebnis angeben)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Bestehen Fruchtbarkeitsstörungen (männlich/weiblich)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ist das Tragen einer Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen) notwendig/angeraten? Wenn ja, bitte Dioptrien angeben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Größe und Gewicht sind immer anzugeben.

Person 1	Größe in cm	Gewicht in kg	Person 2	Größe in cm	Gewicht in kg	Person 3	Größe in cm	Gewicht in kg	Person 4	Größe in cm	Gewicht in kg

Ergänzende Angaben zu den mit „ja" beantworteten Fragen

Grad der Behinderung Person | in %

Vorraussichtlicher Entbindungstermin Person

Dioptrien Person | links | rechts | Person | links | rechts

Person	Frage	Genaue Krankheitsbezeichnungen (Diagnosen), Art der Beschwerden, Behandlungen/Untersuchungsergebnisse, Arzneimittelname und Dosis	Behandlungszeiträume (bei Arbeitsunfähigkeiten zusätzlich Dauer in Tagen) von – bis (TT.MM.JJ) / Tage	Behandlungsfrei? nein	Behandlungsfrei? ja, seit	Beschwerdefrei? nein	Beschwerdefrei? ja, seit	Operationen? nein	Operationen? ja	Ärzte oder Angehörige anderer Heilberufe (auch Krankenanstalten, Sanatorien) Name, Postleitzahl und Ort
				☐		☐		☐		
				☐		☐		☐		

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

Derzeitige Krankenversicherungen

Gesetzliche Krankenversicherung für Person ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 bei — Name der Krankenkasse

Private Krankenversicherung für Person ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 bei — Name der Krankenversicherung — bestehende Tarife

Kommunikationsdaten

(freiwillige Angaben)

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

Telefonnummer | Telefaxnummer | E-Mailadresse

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

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, rechtzeitig vor Abgabe dieses Antrags, die Kundeninformationen nach der Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) und § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sowie die aktuellen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der beantragten Tarife erhalten habe.

Einwilligung in die Datenverarbeitung

Weiterhin habe ich die auf den Folgeseiten des Antrags abgedruckten Erläuterungen zur

I. Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten durch die Gothaer Krankenversicherung AG
II. Weitergabe meiner Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Gothaer Krankenversicherung AG – wie die
   1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung
   2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen und Personen)
   3. Datenweitergabe an Rückversicherer
   4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
III. Speicherung und Verwendung meiner 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 Krankenversicherung AG ein.

Schlusserklärungen

Die auf den folgenden Seiten beschriebenen **„Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht“**, **„Erklärungen und wichtige Hinweise“** und die **„Hinweise zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz“** habe ich zur Kenntnis genommen. Ich mache diese mit meiner Unterschrift zum Inhalt dieses Antrags und bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der eingetragenen Antworten auf allen Antragsseiten.

Unterschriften

Ort, Datum (immer angeben) | **Antragsteller/Hauptversicherter** | **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. Durchschlag/Kopie für Vermittler · 2. Durchschlag/Kopie für Antragsteller/Versicherungsnehmer

SEPA-Lastschrift-Mandat

Antwort: Gothaer Krankenversicherung AG, 50598 Köln

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 Vorankündigung 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

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

Land PLZ Ort

IBAN (Internationale Bankkontonummer)

SWIFT / BIC (Internationale Bankleitzahl des Geldinstituts) Name des Geldinstituts

Ort, Datum und Unterschriften

Ort Datum Unterschrift des Zahlungspflichtigen Unterschrift des 2. Zahlungspflichtigen

Zur Information

Angaben zum Vertragsverhältnis zwischen Zahlungsempfänger und Zahlungspflichtigen.

Bei abweichendem Beitragszahler

Name des Versicherungsnehmers

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

Einwilligungserklärung zur Schweigepflichtentbindung

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

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 Krankenversicherung AG (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, erheben 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.
Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei der Gothaer unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.
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 Abfrage bei Dritten (unter 2.),
– bei der Weitergabe 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.

1. Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten

Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Gothaer.

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

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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 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. Weitergabe 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 Datenweitergabe 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 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 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 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 www.gothaer.de/datenschutz eingesehen oder bei info@gothaer.de angefordert werden. Für die Weitergabe 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 erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Gothaer 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.

3.3 Datenweitergabe 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 weitergegeben, 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 weitergegeben 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 Datenweitergabe 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 Weitergabe 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 erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung 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 speichert und nutzt.

Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht

Vorvertragliche Anzeigepflichten

Damit die Gothaer Krankenversicherung AG (kurz: Gothaer) Ihren Antrag ordnungsgemäß prüfen kann, ist es notwendig, dass Sie die im Antrag gestellten **Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten**. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. 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.

Bestehende vorvertragliche Anzeigepflichten

Sie sind gemäß § 19 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) **verpflichtet**, die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig zu beantworten und dabei auch von Ihnen für unwesentlich gehaltenen Erkrankungen, Unfallfolgen oder Beschwerden anzugeben.
Wenn die Gothaer nach Ihrer Vertragserklärung aber vor Vertragsannahme in Textform erneut nach gefahrerheblichen Umständen fragt, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Mögliche Folgen

Welche Folgen können eintreten, wenn eine Obliegenheit vor Vertragsschluss verletzt wird?

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die Gothaer vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht hat die Gothaer kein Rücktrittsrecht, wenn sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

- **Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes**

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt die Gothaer den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleibt sie 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. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht der Gothaer der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

- **Kündigung**

Kann die Gothaer nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, kann sie den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

- **Vertragsänderung**

Kann die Gothaer nicht zurücktreten oder kündigen, weil sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf ihr Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht der Gothaer das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

- **Ausübung der Rechte**

Die Gothaer kann ihre **Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats** schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem sie von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihr geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung ihrer Rechte hat sie die Umstände anzugeben, auf die sie ihre Erklärung stützt. Zur Begründung kann sie nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Die Gothaer kann sich auf die **Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn** sie den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Ihre 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.

- **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 Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung der Rechte der Gothaer 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 zu Last fällt.

Erklärungen und wichtige Hinweise

Verpflichtungen bis zur Annahme des Antrages

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.

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.

Besonderheiten in der Gruppen-Krankenversicherung (Auszüge)

Versicherungsnehmer

Versicherungsnehmer ist der Vertragspartner des Gruppen-Krankenversicherungsvertrages. Versichert werden Personen (hauptversicherte und mitzuversichernde Personen) soweit sich ihre Berechtigung zum Beitritt aus dem Gruppenversicherungsvertrag ergibt und Versicherbarkeit nach dem jeweiligen Tarif besteht.

Beendigung des Gruppen-Krankenversicherungsvertrages und Fortsetzung des einzelnen Versicherungsverhältnisses

Das Versicherungserhältnis im Gruppen-Krankenversicherungsvertrag endet mit Beendigung bzw. Ablauf des Gruppen-Krankenversicherungsvertrages bzw. Ausscheiden aus dem versicherungsfähigen Personenkreis. In diesem Falle hat der Versicherte das Recht auf unmittelbare Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu den Bedingungen eines vergleichbaren Tarifes der Einzelversicherung, sofern er mindestens 3 Monate versichert war. Besondere Vereinbarungen werden Bestandteil der Einzelversicherung. Die Wartezeiten entfallen in der Einzelversicherung. Ein Antrag auf Weiterführung muss innerhalb von 2 Monaten nach Beendigung der Versicherung im Gruppen-Krankenversicherungsvertrag beim Versicherer gestellt werden. Ein Antrag auf Weiterführung nach Ablauf der Frist von 2 Monaten gilt als Neuantrag zur Einzelversicherung. Als Neuantrag gilt auch, wenn der beantragte Versicherungsschutz über den bisherigen hinausgeht. Das ordentliche Kündigungsrecht eines einzelnen Versicherungsverhältnisses (Austrittserklärung) bleibt unberührt (siehe Versicherungsdauer).

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.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung **innerhalb von 14 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 Krankenversicherung 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. **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. Das **Widerrufsrecht besteht nicht** bei Verträgen mit einer **Laufzeit von weniger als einem Monat**. Soweit eine **vorläufige Deckung** erteilt wurde, endet diese mit dem Zugang des Widerrufs bei uns.

Hinweise zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen und der mit den zuständigen Aufsichtsbehörden abgestimmten Verhaltensregeln. Diese können Sie in der jeweils gültigen Fassung nachlesen unter www.gothaer.de/datenschutz.

Stammdaten von Antragstellern und Versicherten sowie Angaben über die Art der bestehenden Verträge werden zur zentralisierten Bearbeitung von bestimmten Verfahrensabschnitten im Geschäftsablauf (z.B. Telefonate, Post, Inkasso) in einem von Mitgliedern der Gothaer Konzerngruppe gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren erhoben, verarbeitet oder genutzt.

Eine Liste der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen können Sie in der jeweils gültigen Fassung nachlesen unter www.gothaer.de/datenschutz.

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist.

Dienstleisterliste (Stand: 12.2012)

Konzerngesellschaften mit einer gemeinsamen Verarbeitung von Daten innerhalb der Unternehmensgruppe

Asstel Lebensversicherung AG
Asstel Sachversicherung AG
Asstel ProKunde Versicherungskonzepte GmbH
Gothaer Allgemeine Versicherung AG *
Gothaer Finanzholding AG * (**)
Gothaer Krankenversicherung AG * (**)
Gothaer Lebensversicherung AG *
Gothaer Versicherungsbank VVaG *
Janitos Versicherung AG
Gothaer Pensionskasse AG *
Gothaer Asset Management AG
Gothaer Risk-Management GmbH
Gothaer Invest- und Finanzservice GmbH
GSC Gothaer Schaden-Service-Center GmbH
GKC Gothaer Kunden-Service-Center GmbH
Gothaer Systems GmbH

Gesellschaften, die Datenverarbeitung in Funktionsübertragung an Dienstleister oder im Auftrag erbringen

a) in Einzelnennung

Auftraggeber	Auftragnehmer	Hauptgegenstand des Auftrags	Gesundheitsdaten
Versicherungsgesellschaften (siehe *)	Alpha Com Deutschland GmbH	Postbearbeitung (Scannen)	ja
	Gothaer Systems GmbH	Rechenzentrum	ja
	GKC Gothaer Kunden-Service-Center GmbH [nicht für (**)]	Bestandsverwaltung	ja
	Roland Assistance GmbH	Telefonischer Kundendienst	teilweise ja
	Gothaer Finanzholding AG	Zahlungsverkehr (Inkasso), Recht, Beschwerdemanagement, Geldwäschebeauftragter, Datenschutz, IT-Sicherheit	teilweise ja
	Versicherungsgesellschaften (siehe*)	Betreuungs-, Verkaufsförderungs- und Steuerungsaktivitäten in den Vertriebswegen	teilweise ja
Gothaer Allgemeine Versicherung AG	Malteser Hilfsdienst gGmbH	Hilfs- und Pflegeleistungen	ja
	GSC Gothaer Schaden-Service-Center GmbH	Schadenbearbeitung	teilweise ja
Gothaer Lebensversicherung AG	GBG Consulting für betriebliche Altersversorgung GmbH	Mathematische Gutachten	nein
	Pensus Pensionsmanagement GmbH	Pensionsmanagement	nein
	General Reinsurance AG	Leistungsbearbeitung	ja
Gothaer Krankenversicherung AG	COMPASS Private Pflegeberatung GmbH	Plegeberatung	ja
Gothaer Pensionskasse AG	Gothaer Lebensversicherung AG	Bestandsverwaltung / Leistungsbearbeitung	ja
	Pensus Pensionsmanagement GmbH	Pensionsmanagement	nein
	GBG Consulting für betriebliche Altersversorgung GmbH	Mathematische Gutachten	nein
Gothaer Versicherungsbank VVaG	GSC Gothaer Schaden-Service-Center GmbH	Schadenbearbeitung	nein
	Gothaer Allgemeine Versicherung AG	Bestandsverwaltung / Schadenbearbeitung	ja
	Gothaer Krankenversicherung AG	Leistungsbearbeitung	ja

b) Kategorien von Gesellschaften

Auftraggeber	Dienstleisterkategorie	Hauptgegenstand des Auftrags	Gesundheitsdaten
Versicherungsgesellschaften (siehe *)	Adressermittler	Adressprüfung	nein
	Gutachter	Antrags-/Leistungsprüfung	teilweise ja
	Rechtsanwälte	juristische Beratung	teilweise ja
	Servicekartenhersteller	Kundenkarten	nein
	Marktforschungsunternehmen	Marktforschung	nein
	Forderungsmanagement	Realisierung von Forderungen	nein
	Marketingagenturen / -provider	Marketingaktionen	nein
	Lettershop's / Druckereien	Postsendungen / Newsletter	nein
	Archivierung	Archivierung von Akten	teilweise ja
	Assisteure	Assistanceleistungen	teilweise ja
	AIT-Wartungsdienstleister	Wartung von Systemen / Anwendungen	teilweise ja
	Entsorger	Vernichtung von vertraulichen Unterlagen	teilweise ja
Gothaer Allgemeine Versicherung AG	Werkstätten	Reparaturen	nein
	Rehadienste	Rehaassistance-Leistungen	ja
	Handwerker	Reparaturen und Sanierungen	nein
Gothaer Lebensversicherung AG	Anbieter medizinischer Produkte	Hilfsmittelversorgung	ja
Gothaer Krankenversicherung AG	Anbieter medizinischer Produkte	Hilfsmittelversorgung	ja