

Aktionsantrag

(gültig bis 21.12.2012)

**Die private Gothaer
Krankheitskostenvollversicherung
Die private Gothaer
Pflegepflichtversicherung
Gothaer Perikon**

Stand: 07.2012

Die Gothaer Krankheitskostenvolltarife – MediStart/MediVita

und die private Pflegepflichtversicherung der Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln

Gothaer Perikon

der Gothaer Lebensversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln

AN215458

Die bei der Gothaer Krankenversicherung AG und der Gothaer Lebensversicherung AG beauftragten Verträge sind rechtlich selbstständig und werden voneinander unabhängig geführt.

_____ **0** _____ **3 7 3 6**
Versicherungsnummer Kennzahl GKR Kennzahl GL Marketingschlüssel GL

Die Gothaer Krankenversicherung AG / Gothaer Perikon

_____ Titel, Vorname, Name

männlich
 weiblich

Antragsteller/ Versicherungsnehmer (VN)

_____ Straße und Hausnummer

verheiratet/ zus. lebend
 alleinstehend
 sonstiges

_____ Postleitzahl _____ Ort

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

_____ derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit und Branche angestellt öffentlicher Dienst
 selbstständig ohne Beschäftigung _____ Identifikationsnummer (SteuerID)

Zu versichernde Person (VP)

Wenn VN = VP hier bitte keine Angaben machen!

_____ Titel, Vorname, Name

männlich
 weiblich

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

alleinstehend abweichende Anschrift (immer angeben
Beiblatt 211377 ist beizufügen)
 verheiratet/zus.lebend

_____ derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit und Branche angestellt öffentlicher Dienst
 selbstständig ohne Beschäftigung _____ Identifikationsnummer (SteuerID)

Gothaer MediStart/ MediVita

Für Beantragung Krankentagegeld und/oder KV-Vollversicherung für Selbstständige

Für die **Beantragung eines Krankentagegeldes bzw. einer Krankheitskostenvollversicherung für Selbstständige** bitte **immer** die folgenden Angaben machen. **Wichtiger Hinweis: Mit Ihrer Unterschrift unter dem Antrag bestätigen Sie**, dass das beantragte **Krankentagegeld** zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende **Nettoeinkommen** (Bruttoeinkommen ./. Steuern) **nicht übersteigt**.

angestellt _____ Wochen Gehaltsfortzahlung
 selbstständig nur aufsichtsführend auch mitarbeitend _____ selbstständig seit (MM.JJJJ) _____ Anzahl sozialvers. pfl. Angestellte _____ Stammkapital Anteil (in %) bei GmbH-Geschäftsführern

Beginn und Dauer der Versicherung

0 1 2 0 1 2
Versicherungsbeginn

Der Versicherungsvertrag nach Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldtarifen wird für die Dauer von 2 Jahren abgeschlossen (zum Versicherungsjahr siehe Tarifbedingungen). Er verlängert sich stillschweigend um jeweils 1 Jahr, sofern er nicht bedingungs- gemäß gekündigt wird. **Die Mindestzahlungsrate beträgt 10 Euro.**

Versicherungsumfang und Beitragsberechnung

Tarifname	Monatlicher Beitrag	Gesetzlicher Zuschlag	Medizinischer Wagnisausgleich	Monatlicher Gesamt- (Mehr)Beitrag
_____	_____ + _____	_____ + _____	_____ = _____	_____
Alle Beiträge in Euro.	_____ + _____	_____ + _____	_____ = _____	_____
_____	_____ + _____	_____ + _____	_____ = _____	_____
_____	_____ + _____	_____ + _____	_____ = _____	_____
<input type="checkbox"/> PVN	_____ + _____	_____ + _____	_____ = _____	_____
<input type="checkbox"/> MediTravel Single 6 Wochen	_____ + _____	_____ + _____	_____ = _____	_____

Für Tarif MediVita

Ich trage Sehhilfen und möchte dafür Leistungen (Zuschlag 5 EUR mtl.) keine Leistungen

Monatlicher Gesamtbeitrag ► _____

Gothaer Perikon

Der Antragsteller hat sich ausgewiesen durch gültigen Personalausweis Reisepass Gültig bis _____

Angaben nach dem Geldwäschegesetz

_____ 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:

_____ männlich weiblich
Titel, Vorname, Name, Straße, Hausnummer

_____ 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 Druckartikelnnummer 114193 im Materialverzeichnis.

Politisch exponierte Person

Sind Sie eine politisch exponierte Person? (s. Erläuterungen und wichtige Hinweise sowie Definition auf dem Zusatzblatt) nein ja, bitte Zusatzblatt (215284) ausfüllen

Widerrufliches Bezugsrecht für den Todesfall (der VP)

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

folgende Person Vorname, Name männlich weiblich Geburtsdatum

den Fall von schwerer Krankheit, Invalidität (der VP)

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

folgende Person Vorname, Name männlich weiblich Geburtsdatum

Tarif **Eintrittsalter (21-60 J.)** **Ablaufalter oder Versicherungsdauer** **Beitragszahlungsdauer**

F C 1 2 - 2 Jahre Jahre Jahre Jahre

Versicherungsbeginn (12:00 Uhr) **Mindesttodesfallsumme / Versicherungssumme – schwere Krankheiten 60.000 EUR**

0 1 2 0 **Tariferläuterungen** siehe Antragsfolgesseite

Fondsanlage

Bitte beachten: Der Anteil des einzelnen Fonds muss mind. 10% und mind. 10 EUR betragen
 Weitere Informationen zur Fondsanlage entnehmen Sie bitte dem anhängenden „Informationsblatt zur Fondsanlage“.

(43) % FF-European Growth A Euro (45) % Fondak P EUR (49) % LINGOHR-SYSTEMATIC-LBB-INVEST

(100) % Pioneer Fds US Pioneer C EUR ND (114) % BGF World Mining A2 USD (120) % M&G Global Basics A EUR

(133) % Pioneer Fds Global Ecology A EUR ND (146) % BGF Emerging Europe A2 EUR (143) % South East Asia A USD

(185) % Gothaer Comfort Dynamik (214) % Carmignac Investissement A (225) % Pioneer Inv German Equity A ND

(228) % JPM Global Focus A EUR Dis (229) % Pictet-Water-P EUR (285) % HSBC GIF CIVETS A USD

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 Krankenversicherung AG / 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“ (11377) auszufüllen und **beizufügen**.

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

Gothaer MediStart/ MediVita Gothaer Perikon

Die Fragen 1-14 sind immer bei Abschluss von Gothaer MediStart/ MediVita zu beantworten.
Die Fragen 1-17 sind immer bei Abschluss von Gothaer Perikon zu beantworten.

1. **Körpergröße** (in cm) und **-gewicht** (in kg) cm kg nein 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?

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 (Gothaer Perikon: 5 Jahre)** oder bestehen zurzeit Krankheiten, andauernde oder wiederkehrende Beschwerden, Anomalien, Funktionsbeeinträchtigungen körperlicher und geistiger Art, Körperimplantate/-prothesen (außer Zahn), die nicht ärztlich und nicht durch Angehörige anderer Heilberufe behandelt worden sind?

7. Bestehen **Fruchtbarkeitsstörungen** (männlich/weiblich)?

8. Besteht eine **Schwangerschaft**? Wenn ja, bitte voraussichtlichen Entbindungstermin angeben.
 Entbindungstermin (TT.MM.JJ) _____

9. Ist das Tragen einer **Sehhilfe** (Brille, Kontaktlinsen) notwendig/angeraten? Wenn ja, Dioptrien angeben. Dioptrien li _____ re _____

10. 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.

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

12. **Fehlen Zähne** (außer Weisheitszähne, Lückenschlüsse bzw. Milchzähne, die aufgrund des natürlichen Zahnwechsels aktuell fehlen)
 Anzahl

13. 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

14. 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.

15. Bestanden in den letzten **5 Jahren** mindestens eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen bzw. hierauf hindeutende Beschwerden?

Gicht / Rheuma Diabetes mellitus Knieerkrankung bösartige Tumorerkrankungen (z.B. Krebs)

Suchterkrankungen Multiple Sklerose Morbus Crohn Lähmungen, Gefühls- oder Gleichgewichtsstörungen

Schlaganfall Nierenerkrankung Wirbelsäulenerkrankung Psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen, Selbstmordversuch)

Herzerkrankung (z.B. Herzklappenveränderung, Herzfehler, Herzmuskelschäden) nein ja
▼ ▼

16. Haben Sie in den letzten **12 Monaten** geraucht? Wenn ja, geben Sie bitte an, was und wieviel Sie geraucht haben?

17. Haben Ihres Wissens nach Ihre leiblichen Eltern oder Geschwister vor dem Alter 65 an Herzerkrankungen, Herzinfarkt, Schlaganfall, Nierenerkrankungen, Tumorerkrankungen, Zuckerkrankheit, Multipler Sklerose, Alzheimer oder Parkinson'scher Krankheit, Muskeldystrophie, familiärer adenomatöser Polyposis, familiärer Cholesterinerhöhung oder anderen Erbkrankheiten gelitten?

Gothaer
MediStart/
MediVita/
Gothaer Perikon

Frage

Genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose), Art der Beschwerden, Behandlungen/Untersuchungsergebnisse, Arzneimittelname und Dosis

Heilbehandler (auch Krankenanstalten und Sanatorien) Name, PLZ, Ort

Behandlungszeitraum von bis (TT.MM.JJ)

Behandlungsfrei? nein (TT.MM.JJ)Beschwerdefrei? nein (TT.MM.JJ)

Operationen?

 ja, seit ja, seit nein ja

Genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose), Art der Beschwerden, Behandlungen/Untersuchungsergebnisse, Arzneimittelname und Dosis

Heilbehandler (auch Krankenanstalten und Sanatorien) Name, PLZ, Ort

Behandlungszeitraum von bis (TT.MM.JJ)

Behandlungsfrei? nein (TT.MM.JJ)Beschwerdefrei? nein (TT.MM.JJ)

Operationen?

 ja, seit ja, seit nein ja

Genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose), Art der Beschwerden, Behandlungen/Untersuchungsergebnisse, Arzneimittelname und Dosis

Heilbehandler (auch Krankenanstalten und Sanatorien) Name, PLZ, Ort

Behandlungszeitraum von bis (TT.MM.JJ)

Behandlungsfrei? nein (TT.MM.JJ)Beschwerdefrei? nein (TT.MM.JJ)

Operationen?

 ja, seit ja, seit nein ja

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

Hausarzt

nein

Name und vollständige Anschrift

Fachrichtung

in Behandlung seit

Gothaer Perikon
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)?

 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):

Gothaer MediStart/
MediVita
Vorversicherung

Bitte geben Sie uns **immer** an, welche Krankenversicherung (privat oder gesetzlich) zurzeit besteht bzw. wann Ihre letzte Vorversicherung bestanden hat.

Ein abgelehnter oder gekündigter Versicherungsschutz ist auch anzugeben, wenn dieser bereits fünf Jahre oder länger zurück liegt. **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

in der GKV

in der GKV

Bei welcher PKV bzw. GKV?

Versicherungszeitraum (TT.MM.JJ)

privat

versicherungs-

freiwillig

versichert

pflichtig

versichert

von bis

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 (TT.MM.JJ)

von bis

Gekündigter bzw.
abgelehnter
Versicherungsschutz

Ist eine bestehende oder bestandene PKV gekündigt bzw. ein Antrag von einem Versicherungsunternehmen abgelehnt oder wegen Beitragsrückstand ruhend gestellt worden?

Wurde ein Antrag abgelehnt?

Nein Ja (MM.JJ)

Wurde ein Vertrag vom VU gekündigt?

Nein Ja (MM.JJ)

Wurde ein Vertrag ruhend gestellt?

Nein Ja (MM.JJ)

Name PKV

vom

bis

Übertragungswert-
bescheinigung

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

Eine **Übertragungswertbescheinigung** habe ich beigelegt reiche ich nach

Angaben zu bestehenden
Ergänzungs-
versicherungen

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

Keine

Stationäre Ergänzung

Krankhaustagegeld

Krankentagegeld

Pflegetagegeld

1-/2-Bett-

zimmer

privatärztl.

Tagessatz

Tagessatz

Tagessatz

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?

Unternehmen/Pflegekasse

Versicherungs-
zeitraum von

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 Gesamteinkommen² eines Ehe-/Lebenspartner(in)s monatlich den Betrag von 375 Euro bzw. 400 Euro für geringfügig Beschäftigte nicht überschreitet.

Beitragsfreistel-
lung 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.

Die Gothaer Krankenversicherung AG

Wenn die gewünschte Zahlweise **nicht** angekreuzt ist, werden Verträge mit einem monatlichen Beitrag über 10 Euro **automatisch mit monatlicher Zahlweise poliziert**.

Zahlweise

- jährlich (4 % Nachlass) 1/2-jährlich 1/4-jährlich monatlich

Die Gothaer Perikon**Zahlweise**

- jährlich 1/2-jährlich 1/4-jährlich monatlich

Zu zahlender Gesamtbeitrag gemäß Zahlweise (geringe Rundungsdifferenzen sind möglich)

Die Gothaer Krankenversicherung AG / Gothaer Perikon

Die jeweils fälligen Beiträge sollen bis auf Widerruf von folgendem Konto abgebucht werden: wie bisher

Kontonummer

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

Einzugsermächtigung (LSV)

Bankleitzahl

Geldinstitut (Name und Ort)

- Gruppenvertrag Sammelinkasso Einzelinkasso

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

Schweigepflichtentbindung für Gothaer Perikon der Gothaer Lebensversicherung AG

- Ich **entbinde** den im Abschnitt „**Entbindung von der Schweigepflicht**“ – folgenden Seiten – 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.

Die Gothaer Krankenversicherung AG / Gothaer Perikon**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

Besondere Vereinbarungen

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

Die Gothaer Krankenversicherung AG Einwilligungserklärung/ Steuer-ID

Ich willige ein, dass die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zu erstatteten Beiträgen) von Gothaer Krankenversicherung AG den Finanzbehörden übermittelt werden. Mir ist bewusst, dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Krankenversicherungs- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge mindert, wenn ich diese Einwilligung nicht oder eingeschränkt erteile oder nach Erteilung von meinem Recht Gebrauch mache, meine Einwilligung ganz oder teilweise zu widerrufen.

Die Gothaer Krankenversicherung AG / Gothaer Perikon**Empfangsbekanntnis**

Ich bestätige, dass ich die angekreuzten Versicherungsbedingungen vor Antragstellung erhalten habe.

Darüber hinaus bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich rechtzeitig vor Abgabe dieses Antrags, die Kundeninformation nach der Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) und § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG), die aktuellen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der beantragten Tarife und die Merkblätter zur Datenverarbeitung erhalten habe.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für Gothaer Perikon-Fondsgebundene Risikoabsicherung

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung

Version

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers zum Empfangsbekanntnis (Gothaer Perikon)

Schluss-erklärungen

Die auf der **nächsten Seite** beschriebenen Erklärungen und wichtigen Hinweise **habe ich zur Kenntnis genommen**. Diese Erklärungen enthalten unter anderem die **Behrung 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 Vertrags**. Ich mache mit meiner Unterschrift die „**Erklärungen und wichtige Hinweise**“ zum Inhalt diese Anträge. Ich halte mich an meine Anträge **einen Monat (die Gothaer Krankenversicherung AG 6 Wochen) gebunden. Mein Widerrufsrecht bleibt hiervon unberührt**. Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Meine Unterschrift gilt für alle hier beantragten Verträge.

Ich willige jederzeit **widerruflich** ein, dass die Gothaer Krankenversicherung AG die ihr vorliegenden Antragsunterlagen einschließlich aller medizinischen Unterlagen und Befunde sowie das Ergebnis ihrer medizinischen Risikobewertung – dieses beschränkt auf die Information, ob ein Risikozuschlag, ein Leistungsausschluss oder eine Leistungseinschränkung vereinbart wurde, und ohne Nennung einer medizinischen Diagnose – zum Zwecke der Risikobeurteilung im Rahmen der Antragsprüfung des Tarifs Perikon an die Gothaer Lebensversicherung AG weitergeben darf.

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 Krankenversicherung AG / Gothaer Lebensversicherung AG · 1. Durchschlag / Kopie für Vermittler · 2. Durchschlag / Kopie für Antragsteller / Versicherungsnehmer

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.

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.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt die Gothaer den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleibt er 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.

Mögliche Folgen

• **Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes**

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 sein 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.

Verpflichtung bis zur Annahme des Antrags

Ich verpflichte mich, alle Heilbehandlungen (einschließlich Beratungen und Untersuchungen), alle Veränderungen im Gesundheitszustand, eine zwischenzeitlich festgestellte Schwangerschaft und einen vorgenommenen Schwangerschaftsabbruch, 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.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass die Gothaer Krankenversicherung AG (kurz Gothaer), Köln, im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsveränderungen) 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 Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen 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-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen oder im Rahmen einer von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) vorgelegten oder von ihr genehmigten Funktionsausgliederung durch besonders auf die Einhaltung der Schweigepflicht und des Datenschutzes verpflichtete Dritte führen lassen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler jedoch nur, 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-, Abrechnungs- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen - auf Wunsch auch sofort - überlassen wird.

Entbindung von der Schweigepflicht Krankenversicherung und private Pflegepflichtversicherung

Mir ist bekannt, dass der Versicherer vor Vertragsschluss Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft, soweit dies bei dem von mir beantragten Vertragsschluss zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten.

Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten und behandelt worden bin. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus. Bei Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge ermächtige ich – soweit Anlass besteht – Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer mit denen ich in Vertragsbeziehungen stehe oder stand, für die Risikoprüfung erforderliche Auskünfte zu erteilen und entbinde sie insofern von der Schweigepflicht. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Antragstellung.

Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer im Fall der Geltendmachung eines Leistungsanspruchs zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Meldungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit hierzu aufgrund des Antrags und/oder der eingereichten Unterlagen ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der erstellten Liquidation).

Zu diesem Zweck befreie ich bereits jetzt, jederzeit widerrufbar, die Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, von ihrer Schweigepflicht, auch hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich ebenso auf die Angehörigen von anderen Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen.

Mir ist ebenfalls bekannt, dass der Versicherer im Rahmen der Prüfung seiner Leistungspflicht aus der privaten Pflegepflichtversicherung eine medizinische Begutachtung durchführen wird. Zu diesem Zweck befreie ich die in Absatz 2 genannten Personen und sonstige Bediensteten von ihrer Schweigepflicht und ermächtige sie, dem Versicherer bzw. dem vom Versicherer beauftragten Medizinischen Dienst, die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt auch gegenüber dem ärztlichen Gutachter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der berechtigt ist, die medizinischen Unterlagen meines Versicherers zu überprüfen, (z. B. bei Widersprüchen gegen die Einstufung, bei der Prüfung von Anträgen auf Anerkennung als Härtefall oder bei Anträgen auf Zulassung von Einzelpflegerkräften).

Die vorstehenden Erklärungen gelten auch über meinen Tod hinaus. Diese Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

Ich bin darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass ich jederzeit vom Versicherer verlangen kann, dass eine Erhebung von personenbezogenen Gesundheitsdaten Daten nur erfolgt, wenn ich jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt habe. Der Versicherer wird mich vor jeder Erhebung von personenbezogenen Gesundheitsdaten Daten unterrichten und auf das gesetzliche Widerspruchsrecht bei der Unterrichtung hinweisen.

Prädiktiver Gentest

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.

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

Die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen darf der Versicherer nur dann verlangen, entgegennehmen oder verwenden, wenn für eine Lebensversicherung, eine Berufsunfähigkeitsversicherung, eine Erwerbsunfähigkeitsversicherung oder eine Pflegerentenversicherung eine Leistung von mehr als 300.000 EUR oder mehr als 30.000 EUR Jahresrente vereinbart wird. Vorerkrankungen und Erkrankungen sind aber unabhängig davon anzuzeigen.

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 (Bruttoeinkommen ./ . Steuern) 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 Pflegeversicherung haben, informiere ich den Krankenversicherer unverzüglich und lege auf Anforderung entsprechende Nachweise vor. Aufgrund einer **unrichtigen Beitragseinstufung** zu wenig gezahlter 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 nach § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes handelt.

2) Definition Gesamteinkommen:

Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrechts (§ 2 Abs. 3 EstG), z.B. Dienstbezüge und Gehälter, Mieteinnahmen, Kapitalerträge, Einnahmen aus selbständiger 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 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 Pflegeversicherung.

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.

Bitte beachten Sie: Wenn Sie sowohl den Versicherungsvertrag mit der Gothaer Krankenversicherung AG als auch den mit der Gothaer Lebensversicherung AG widerrufen möchten, sind zwei Widerrufserklärungen erforderlich. Eine Widerrufserklärung müssen Sie an die Gothaer Krankenversicherung AG und eine an die Gothaer Lebensversicherung AG richten. Hierfür sind zwingend die jeweiligen Fristen einzuhalten (Gothaer Lebensversicherung AG: 30-Tage-Frist und Gothaer Krankenversicherung AG: 14-Tage-Frist).

Hinweise für den Vermittler: Mit diesem Antrag können Sie die private Gothaer Krankheitskostenvollversicherungstarife MediStart oder MediVita, die private Gothaer Pflegepflichtversicherung PVN, sowie folgende Gothaer Ergänzungstarife beantragen:

MediClinic
MediClinic U
MediNatura P
MediPrävent
MediTravel
Pflegeergänzung P3
Pflegetagegeld PTG, PT2, PT3
Krankenhaustagegeld K
Krankentagegeld TG

Zur Beantragung der Krankheitskostenvollversicherung beantworten Sie bitte die Gesundheitsfragen 1–14 (bei MediStart 1–13).

RisikoHotline – nur für Vermittler In der Zeit von montags bis freitags 08:00 – 18:00 Uhr steht Ihnen die RisikoHotline unter der **Telefonnummer 0221 3090-4096** 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 Seite „Erklärungen und wichtige Hinweise“ und die „Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht“ hinzu.

Gesellschaft
Sitz
Aufsichtsrat
Vorstand
Gothaer Krankenversicherung AG
Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (Hausanschrift)
Dr. Roland Schulz (Vorsitzender)
Michael Kurtenbach (Vorsitzender),
Dr. Werner Görg, Dr. Helmut Hofmeier, Jürgen Meisch,
Dr. Hartmut Nickel-Waninger, Oliver Schoeller

Postanschrift **50598 Köln**
Rechtsform Aktiengesellschaft
Registergericht Amtsgericht Köln, HRB 35505
USt-IdNr. DE122786611

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, **richtig 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 Schweigepflichtentbindung 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.

Vorläufiger Versicherungsschutz

Auf Grund des gestellten Antrags besteht Versicherungsschutz entsprechend den „Allgemeinen 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 Berufsunfähigkeitsversicherung, eine Erwerbsunfähigkeitsversicherung oder eine Pflegearentenversicherung 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.

Politisch exponierte Person

Eine PEP ist eine natürliche Person, die ein wichtiges öffentliches Amt ausübt (oder ausgeübt hat), ein unmittelbares Familienmitglied oder eine ihr bekanntermaßen nahe stehende Person ist.

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 Rückkaufswert 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.
 Bitte beachten Sie: Wenn Sie sowohl den Versicherungsvertrag mit der Gothaer Krankenversicherung AG als auch den mit der Gothaer Lebensversicherung AG widerrufen möchten, sind zwei Widerrufserklärungen erforderlich. Eine Widerrufserklärung müssen Sie an die Gothaer Krankenversicherung AG und eine an die Gothaer Lebensversicherung AG richten. Hierfür sind zwingend die jeweiligen Fristen einzuhalten (Gothaer Lebensversicherung AG: 30-Tage-Frist und Gothaer Krankenversicherung AG: 14-Tage-Frist).

Gesellschaft	Gothaer Lebensversicherung AG	Postanschrift	50598 Köln
Sitz	Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (Hausanschrift)	Rechtsform	Aktiengesellschaft
Aufsichtsrat	Dr. Ronald Crone (Vorsitzender)	Registriergericht	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
Kontoverbindung	Landesbank Berlin AG, Berlin (BLZ 10050000), Konto-Nr. 6632040657	SWIFT: BIC / IBAN	BELADEBE / DE65100500006632040657

Tariferläuterungen und Leistungsbeschreibungen

	Tarif	Tarifbeschreibung	Leistungsbeschreibung
Gothaer Perikon Fondsgebundene Risiko- versicherung	FC12-2	Fondsgebundene Todesfallversicherung mit vorgezogener Leistung bei Eintritt einer schweren Krankheit.	Bei Tod der versicherten Person oder dem Eintritt einer der definierten schweren Krankheiten während der vereinbarten Versicherungsdauer endet Ihr Vertrag, und wir zahlen 101 % des Fondsvermögens, mindestens aber die vereinbarte Versicherungssumme. Die Mindesttodesfallsumme entspricht der vereinbarten Versicherungssumme. Versicherte schwere Krankheiten bei dem Tarif FC12-2 sind die nachstehend aufgeführten definierten schweren Krankheitsereignisse im Sinne der Versicherungsbedingungen: Herzinfarkt, Erkrankung des Herzmuskels, Schlaganfall, Chronisches Nierenversagen, Krebs, Hirntumor, Multiple Sklerose, Lähmung, Kinderlähmung, Parkinson'sche Krankheit, Schwere Motoneuronerkrankung, Blindheit, Gehörlosigkeit, Verlust der Sprache, Verlust von Gliedmaßen, Schwere Verbrennungen, Erfrierungen und Verätzungen, Schwere Kopfverletzung, Koma, Bakterielle Hirnhautentzündung, Hirngewebeentzündung, HIV-Infektion erworben durch Bluttransfusion, HIV-Infektion erworben während der beruflichen Tätigkeit, übrige Erkrankungen des Zentralen Nervensystems (z. B. Morbus Alzheimer, Frontotemporale Demenz (Morbus Pick), Levy-Körperchen-Demenz, Vasculäre Demenz (Morbus Binswanger), Friedreich Ataxie, Ataxie teleangiectatica, Multiple Systematrophie, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Corticobasale Degeneration, Neurosarkoidose, Zerebrales Krampfanfallsleiden (Epilepsie), Lupus erythematoses mit Beteiligung des Gehirns, Chronische Hirndruckerhöhung (Hydrocephalus), Hirnvenenthrombose, Neuro-Lues, Neuroborreliose, Thrombangiitis obliterans des Gehirns, Kollagenosen mit Beteiligung des Gehirns, progressive supranukleäre Blickparese), Tödliche Krankheit*, Bypass-Operation, Operation der Aorta, Operation der Herzklappen, Organtransplantation, Aplastische Anämie, Schwerer Unfall, Rheumatische Arthritis. *Die Leistung entspricht der Todesfalleistung. Kinder im Alter von 1-17 Jahren sind im Falle bestimmter schwerer Krankheiten ohne zusätzlichen Beitrag obligatorisch mitversichert. Die genauen Bestimmungen und Grenzen entnehmen Sie bitte Ihren Versicherungsbedingungen. Handelt es sich beim Versicherungsnehmer um einen Arbeitgeber/Firma, ist die obligatorische Mitversicherung von Kindern ausgeschlossen. Der endgültige Anspruch auf die Leistung entsteht nach Ablauf der in den Versicherungsbedingungen genannten Karenzzeit.
Raucher-/ Nichtraucher- tarif		Die versicherte Person wird als Nichtraucher eingestuft, wenn sie in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung keinerlei Tabakprodukte geraucht hat.	
Fonds- anlagerisiko		Bei der Ihnen vorliegenden Versicherung handelt es sich um eine Fondsgebundene Risikoversicherung. Wir investieren Ihre Beiträge in die von Ihnen gewählten Investmentfonds, wobei Sie beim Erwerb der Anteile im Rahmen Ihres Vertrags keine Ausgabeaufschläge bezahlen. Da die Kursentwicklung der Fondsanteile jedoch nicht vorauszusehen ist, kann auch die Höhe unserer Leistungen nicht garantiert werden. Auf der einen Seite haben Sie die Chance bei Kurssteigerungen der Fondsanteile zu profitieren und einen Wertzuwachs zu erzielen. Auf der anderen Seite tragen Sie aber auch das Risiko von Kursrückgängen. Beachten Sie bitte, dass Ihr Vertrag vorzeitig erlischt, wenn Ihr Fondsvermögen für die Entnahme der Kosten für den vereinbarten Versicherungsschutz sowie zur Deckung der Kosten der allgemeinen Verwaltung nicht mehr ausreicht. Wir werden Sie jedoch vor dem Erlöschen des Vertrags warnen.	
Todesfall- schutz		Bei Tod des versicherten Kindes bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres ist die Auszahlung der Todesfalleistung auf die Höhe der gewöhnlichen Beerdigungskosten (Stand 2011 8.000 EUR) gemäß § 150 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz begrenzt.	

Gothaer Perikon – Fondsgebundene Risikoabsicherung – Informationsblatt zur Fondsanlage

Abkürzungen: WKN = Wertpapierkennnummer
IFN = Interne Fondsnummer

Die folgende Übersicht gibt Ihnen Informationen über sämtliche Investmentfonds, die Sie im Rahmen von „Gothaer Perikon – Fondsgebundene Risikoabsicherung“ bei der Antragstellung auswählen können. Die Kursschwankungen der von Ihnen ausgewählten Fonds beeinflussen die Leistungen Ihrer fondsgebundenen Risikoversicherung. Sie haben die Chance, im Falle von Kurssteigerungen der Wertpapiere einen Wertzuwachs zu erzielen; Sie tragen aber auch im Falle von Kursrückgängen das Risiko der Wertminderung.

Fondsname	WKN	IFN	Ertrags-/Risikoerwartung	Kapitalanlagegesellschaft
FF - European Growth A EUR	973270	43	Hoch Dieser Fonds investiert vorwiegend in kontinentaleuropäische Aktien ohne Festlegung der Gewichtung einzelner Länder, Branchen und Unternehmen im Portfolio. Das Fondsmanagement sucht bei der Aktienausswahl nach Unternehmen, die von den politischen und wirtschaftlichen Änderungen in Europa profitieren und ihren Nutzen aus den Möglichkeiten, die sich aus dem Europäischen Binnenmarkt ergeben, ziehen können.	Fidelity (FIL (Luxembourg) S.A.)
Fondak P EUR	847101	45	Hoch Der Fondak P EUR ist ein valueorientierter Fonds und legt schwerpunktmäßig in deutsche Titel mit generell günstiger Bewertung und hohem Substanzwert an.	Allianz Global Investors KAG mbH
LINGOHR-SYSTEMATIC-LBB-INVEST	977479	49	Hoch Der Fonds ist ein international anlegender Aktienfonds, dessen Anlagepolitik darauf ausgerichtet ist, computergestützt, überwiegend in solche Aktien zu investieren, die im Vergleich zur Gesamtheit der analysierten Aktien nach der Erkenntnis der Gesellschaft unterbewertet sind. Der Fonds investiert in ausgewählte Aktienmärkte weltweit.	Landesbank Berlin Investment GmbH
Pioneer Fds US Pioneer C EUR ND	805669	100	Hoch Ziel dieses Teilfonds ist die Erwirtschaftung eines Kapitalzuwachses auf mittlere bis lange Sicht. Er investiert überwiegend in ein konservatives, breit diversifiziertes Portfolio aus Aktien von US-amerikanischen Unternehmen, die an der Börse derzeit unterbewertet sind. Die Aktienauswahl erfolgt nach dem Core-Value-Ansatz.	Pioneer Asset Management S.A.
BGF World Mining A2 USD	986932	114	Hoch Der BGF World Mining A2 USD strebt ein größtmögliches Kapitalwachstum in US-Dollar an, und zwar durch Anlagen in Aktienwerte von Bergbau- und Metallunternehmen in der ganzen Welt. Anlagen werden hauptsächlich in größere Bergbaugesellschaften getätigt, die Grundmetalle und industrielle Mineralien fördern, z.B. Eisenerz oder Kohle. Ferner kann der Fonds von Zeit zu Zeit auch Goldminenaktien halten. Das Währungsrisiko des Fonds wird in der Regel nicht abgesichert.	Blackrock (Luxembourg) S.A.
M&G Global Basics A EUR	797735	120	Hoch Langfristiges Kapitalwachstum; weltweite Investitionen mit Fokus auf Unternehmen in der Rohstoff- und weiterverarbeitenden Industrie.	M&G Securities Ltd
Pioneer Fds Global Ecology A EUR ND	A0MJ48	133	Hoch Der Aktienfonds beteiligt den Anleger an den Gewinnchancen weltweiter Unternehmen, die chancenorientiert mit ihren Produkten und Technologien ihren innovativen Beitrag für eine saubere und gesunde Umwelt leisten.	Pioneer Asset Management S.A.
FF - South East Asia A USD	973276	143	Hoch Der Fonds investiert hauptsächlich an den Aktienmärkten des pazifischen Raums mit Ausnahme von Japan.	Fidelity (FIL (Luxembourg) S.A.)
BGF Emerging Europe A2 EUR	971801	146	Hoch Der BGF Emerging Europe A2 EUR strebt maximales Kapitalwachstum an, indem er vornehmlich in börsennotierte Aktien von zentral- und osteuropäischen Unternehmen anlegt, einschließlich Unternehmen in der ehemaligen Sowjetunion, Griechenland und Türkei. Anlagen in kleineren und aufstrebenden Märkten sind mit Risiken verbunden, die sich aus politischen, wirtschaftlichen und Marktfaktoren ergeben. Das Währungsrisiko wird in der Regel nicht abgesichert.	Blackrock (Luxembourg) S.A.
Gothaer Comfort Ertrag *	DWS0RW	183	Moderat Gothaer Comfort Ertrag ist ein gemischtes deutsches Sondervermögen und investiert bis zu 30 % in Aktienfonds, bis zu 25 % in offene Immobilienfonds, bis zu 100 % in gemischte Fonds, Rentenfonds sowie Geldmarktfonds und bis zu 50 % in Geldmarktinstrumente. Mit seiner Anlagepolitik richtet sich der Gothaer Comfort Ertrag an sicherheitsorientierte Anleger, die Wachstumschancen wahrnehmen möchten.	DWS Investment GmbH
Gothaer Comfort Balance *	DWS0RX	184	Mittel Gothaer Comfort Balance ist ein gemischtes deutsches Sondervermögen und investiert mindestens 20 %, maximal 70 % in Aktienfonds, bis zu 25 % in offene Immobilienfonds, bis zu 80 % in gemischte Fonds, Rentenfonds sowie Geldmarktfonds und bis zu 50 % in Geldmarktinstrumente. Bis zu 10 % können auch in Alternative Investments angelegt werden. Mit seiner Anlagepolitik richtet sich der Gothaer Comfort Balance an ausgewogene Anleger, die Marktchancen wahrnehmen möchten.	DWS Investment GmbH
Gothaer Comfort Dynamik	DWS0RY	185	Erhöht Gothaer Comfort Dynamik ist ein gemischtes deutsches Sondervermögen und investiert zwischen 40 % und 100 % in Aktienfonds, bis zu 25 % in offene Immobilienfonds, bis zu 60 % in gemischte Fonds, Rentenfonds sowie Geldmarktfonds und bis zu 50 % in Geldmarktinstrumente. Bis zu 10 % können auch in Alternative Investments angelegt werden. Mit seiner Anlagepolitik richtet sich der Gothaer Comfort Dynamik an Anleger, die überdurchschnittliche Ertragschancen suchen und sich über Marktschwankungen bewusst sind.	DWS Investment GmbH
Carmignac Investissement A	AODP5W	214	Hoch Carmignac Investissement A ist ein internationaler Aktienfonds, der an Finanzplätzen der ganzen Welt investiert. Er strebt eine größtmögliche Wertentwicklung in absoluten Zahlen über eine aktive, nicht an Referenzwerte gebundene Verwaltung ohne grundsätzliche Beschränkung auf eine bestimmte Region oder einen bestimmten Sektor, Typ oder Umfang der Titel an.	Carmignac Gestion
Pioneer Inv German Equity A ND	975230	225	Hoch Der Fonds beteiligt den Anleger an den Gewinnchancen deutscher Aktien. Im Fokus stehen Unternehmen, die eine starke Marktstellung und ein attraktives Gewinnwachstumspotenzial aufweisen.	Pioneer Investments KAG mbH
JPM Global Focus A EUR Dis	343439	228	Hoch Erzielung langfristigen überdurchschnittlichen Kapitalwachstums durch Anlage vorwiegend in Unternehmen der ganzen Welt, die in einer Erholungsphase zu sein scheinen (d.h. bei denen die Stimmung im Markt übertrieben negativ scheint und für die daher ein Outperformance-Potenzial gegenüber dem Marktdurchschnitt gesehen wird).	JPMorgan Asset Mgt (Europe) S.à.r.l.
Pictet-Water-P EUR	933349	229	Hoch Dieser Fonds hat sich auf das Thema Wasser spezialisiert. Der Schwerpunkt des Portfolios liegt vor allem bei Trinkwasserherstellern, Wasseraufbereitungs- und -entsalzungs-, Versorgungs-, Abfüll-, Transport- und Speditionsunternehmen, auf die Behandlung von Kanalisationsabwässern und festen, flüssigen und chemischen Abfällen spezialisierten Firmen, Betreibern von Reinigungsanlagen sowie Unternehmen, die im Bereich Beratung und Engineering im Zusammenhang mit diesen Tätigkeiten involviert sind.	Pictet Funds (Europe) S.A.

Fondsname	WKN	IFN	Ertrags-/Risikoerwartung	Kapitalanlagegesellschaft	
C-QUADRAT ARTS Total R Balanced T*	A0B6WX	237	Mittel	Der C-QUADRAT ARTS Total Return Balanced verfügt über flexible Anlagerichtlinien. Er kann bis zu 50 % in Aktienfonds und bis zu 100 % in Anleihen- und Geldmarktfonds investieren. Bei der Umsetzung der Anlagepolitik wird verstärkt einem „Total Return Ansatz“ gefolgt. Hierbei bedient sich das Fondsmanagement eines technischen Handelsprogramms mit einer mittelfristig trendfolgenden Ausrichtung. Jene Fonds, die ein kurz- bis mittelfristig positives Trendverhalten zeigen, werden im Portfolio am stärksten gewichtet. Die Anlagestrategie orientiert sich nicht an einer Benchmark, angestrebt wird vielmehr längerfristiger in allen Marktphasen einen absoluten Wertzuwachs zu erwirtschaften.	C-QUADRAT Kapitalanlage
HSBC GIF CIVETS A USD	A1JA0C	285	Hoch	Der Fonds erstrebt langfristige Renditen durch Kapitalwachstum und Erträge durch die vorwiegende Anlage in ein diversifiziertes Portfolio von Aktien und aktienähnlichen Wertpapieren von Unternehmen, deren Sitz sich in Kolumbien, Indonesien, Vietnam, Ägypten, der Türkei und Südafrika (CIVETS) befindet bzw. die offiziell an einer wichtigen Börse oder einem anderen regulierten Markt dieser Länder gelistet sind, sowie von Unternehmen, die einen bedeutenden bzw. den überwiegenden Teil ihrer Geschäftstätigkeit in diesen Ländern ausüben.	HSBC Investment Funds (Luxembourg) S.A.
Fondswechsel	Sie haben jederzeit die Möglichkeit, die getroffene Fondsauswahl für Ihre laufenden Beiträge zu ändern (Fonds-Switch) und/oder bereits vorhandenes Fondsvermögen in andere Fonds umzuschichten (Fonds-Shift), wobei Fondswechsel für Sie kostenfrei sind.				
Preis	Der Preis der Fondsanteile wird täglich in diversen regionalen und überregionalen Tageszeitungen veröffentlicht, so dass Sie sich zusätzlich laufend informieren können.				
Weitere Informationen	Weitere Informationen zu den von Ihnen ausgewählten Fonds erhalten Sie von uns mit Ihren Vertragsunterlagen. Darüber hinaus stellen Ihnen die genannten Kapitalanlagegesellschaften auf Wunsch die aktuellen Verkaufsprospekte und Rechenschaftsberichte sowie die wesentlichen Anlegerinformationen zur Verfügung.				

* Aufgrund der Risikostruktur nur für Shift und Switch zur Sicherung erzielter Kursgewinne vorgesehen – nicht bei Vertragsbeginn wählbar.