

Antrag (1/2):

Persönliche Daten

Die Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Premium

Antragschlüssel

Vermittlerdaten

Daten des Abschlussvermittlers

Daten des Betreuers

Kennnummer

Abrechnungsgruppe

Versicherungsnummer

Antragsnummer/ext. Maklernummer/Fremdaktenzeichen

Marketingschlüssel

Antragsteller/
Versicherungsnehmer (VN)
und zu versichernde Person
wenn VN=VP

Titel, Vorname, Name oder Firma

Straße und Hausnummer

Staat

Postleitzahl

Ort

Geburtsdatum

Nationalität

Geburtsname

Geburtsland

Geburtsort

angestellt

öffentlicher Dienst

selbstständig

ohne Beschäftigung

derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche

männlich

weiblich

alleinstehend

verheiratet

Zu versichernde Person (VP)
falls abweichend vom VN

Titel, Vorname, Name

Straße und Hausnummer

Staat

Postleitzahl

Ort

Geburtsdatum

Nationalität

Geburtsname

Geburtsland

Geburtsort

männlich

weiblich

alleinstehend

verheiratet

Angaben nach dem Geldwäschegesetz

Der Antragsteller hat sich ausgewiesen durch gültigen

Personalausweis

Reisepass

Führerschein Gültig bis

Ausweiskopie der Vorder- und Rückseite dem Antrag beifügen! (Nur Identifizierung österreichischer Staatsbürger durch Führerschein möglich)

Ausstellungsdatum

Ausweisnummer

Ausstellende Behörde

Wirtschaftlich Berechtigter

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

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

Titel, Vorname, Name, Straße, Hausnummer

männlich weiblich

Staat

Postleitzahl

Ort

Geburtsdatum

Juristische Person

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

ja

nein

Falls ja, ist das Zusatzblatt „**Erweiterte Auskunft zu einer juristischen Person**“ auszufüllen und **zusammen mit den hierin genannten Unterlagen** dem Antrag beizufügen. Das Zusatzblatt finden Sie in der Gothaer Angebotsoftware Leben unter Beratungswerkzeuge im Formularcenter, sonstige Anlagen.

Politisch exponierte Person

Ist der Antragsteller eine politisch exponierte Person?

(s. Erläuterungen und wichtige Hinweise sowie Definition auf dem Zusatzblatt)

ja, bitte Zusatzblatt (215284) ausfüllen

Ist der genannte wirtschaftliche Berechtigte eine politisch exponierte Person?

(s. Erläuterungen und wichtige Hinweise sowie Definition auf dem Zusatzblatt)

ja, bitte Zusatzblatt (215284) ausfüllen

Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht

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

Zusätzlich beachten Sie bitte die Erläuterungen zur Durchführung genetischer Tests auf der Seite „Erklärungen und wichtige Hinweise“.

Angaben 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, Versicherungsunternehmen, gekündigt, nicht gekündigt):

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

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus? _____ Seit wann? _____

Nur zu beantworten, wenn eine BU-Rente > 12.000 EUR jährlich (jeweils inkl. Vorversicherungen und inkl. Sofortbonus) beantragt oder ein ärztliches Zeugnis erforderlich ist.

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

Jahr 20____: _____ EUR Jahr 20____: _____ EUR Jahr 20____: _____ EUR

*Bei Selbstständigen: Gewinn bzw. Jahresüberschuss (vor Steuern)

Bei Berufstartern: Wie hoch ist Ihr vereinbartes jährliches Bruttoarbeitsseinkommen? _____ EUR

Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten selbstständig gemacht oder beabsichtigen Sie, sich in den nächsten 12 Monaten selbstständig zu machen?

 nein ja, als _____Branche _____ Vollzeit Teilzeit unbefristet befristet bis: _____ angestellt selbstständig öffentlicher Dienst ohne Beschäftigung derzeit Ausbildung/Studium zu: _____

Welche berufliche Ausbildung haben Sie abgeschlossen?

 kaufmännische Ausbildung: _____ handwerkliche/technische Ausbildung: _____ Studium: _____ sonstiges (z. B. ungelernt; nicht abgeschlossene Ausbildung/Studium): _____**Zusatzfragen**

- Zu wie viel Prozent üben Sie eine Innendiensttätigkeit mit kaufmännischen Aufgaben oder Büro-, Planungs-, Entwicklungs-, Beratungs- oder Verwaltungsarbeiten aus? mindestens 75% weniger als 75%
- Wie hoch ist bei Ihrer Tätigkeit der Anteil belastender Einflüsse z.B. durch körperliche und handwerkliche Arbeit, Schicht- oder Wechseldienst, Nacharbeit oder Fahrtätigkeit? mindestens 25% weniger als 25%
- Wie viele fest angestellte Voll- bzw. Teilzeitmitarbeiter (nicht: geringfügig Beschäftigte) führen Sie als Vorgesetzter? mindestens 7 weniger als 7
- Bitte geben Sie Ihren höchsten Ausbildungsabschluss an:

<input type="checkbox"/> abgeschlossenes Studium an einer staatlich anerkannten Hoch- oder Fachhochschule	<input type="checkbox"/> schulischer Abschluss
<input type="checkbox"/> beruflicher Abschluss als Techniker/Meister oder an einer Fachschule	<input type="checkbox"/> keinen
<input type="checkbox"/> Abschluss eines staatlich anerkannten Ausbildungsberufs	

Sollte der Platz für die Beantwortung nicht ausreichen, sind diese auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt zu machen oder das Beiblatt „Ergänzende Angaben zum Gesundheitszustand“ (216154) auszufüllen und beizufügen.Gesondertes Beiblatt? jaÄrztliches Zeugnis? liegt bei**Allgemeine Frage Größe und Gewicht****Angaben zum Gesundheitszustand**Größe in cm Gewicht in kg

nein ja

- | | | | |
|---|----|--------------------------|--------------------------|
| 1. Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht (z. B. Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeifen)?
Wenn ja, was? _____
Wie viel täglich? _____ | 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ist eine ambulante oder stationäre Behandlung in den nächsten 12 Monaten beabsichtigt oder von einem Arzt oder Therapeuten empfohlen? | 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wurden in den letzten 12 Monaten von Ärzten oder Heilpraktikern Arzneimittel verordnet?
Welche und wogegen? _____ | 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen der folgenden Organsysteme bzw. der folgenden Art und erfolgten deswegen Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen bei Ärzten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten, Psychologen, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten?
Wenn Sie eine oder mehrere der nachfolgenden Fragen mit „ja“ beantworten, füllen Sie bitte den dazugehörigen Zusatzfragebogen aus.
Die folgenden Aufzählungen zeigen Ihnen dazu nur Beispiele , die keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben. | 4. | | |
| a) Herz und Kreislauforgane z. B. Hypertonie (Bluthochdruck), Durchblutungsstörungen, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzmuskelschaden, Herzrhythmusstörungen, Verschlusskrankheit, Thrombose, Embolie, Venenleiden, Schlaganfall, Schwindel, Ohnmacht (Synkope) | a) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Atmungsorgane z. B. Asthma (auch allergisches Asthma), Chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe | b) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Verdauungsorgane, Leber, Milz, Bauchspeicheldrüse z. B. Speiseröhrenerkrankung, Gastritis, Magengeschwür, Darmentzündung, erhöhte Leberwerte, Leberentzündung, Fettleber, Alkoholkrankung der Leber, Gallenerkrankungen, Milzvergrößerung, Bauchspeicheldrüsenentzündung oder -funktionsstörung | c) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Harn- und Geschlechtsorgane z. B. Nierenentzündungen, Nierenversagen, Zystennieren, Nierensteine, Blut im Urin, Eiweiß im Urin, Prostataerkrankungen, Erkrankungen der Geschlechtsorgane | d) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Nervensystem und Gehirn z. B. Schlaganfall, Tumore, Fehlbildung, Lähmung, periphere Nervenkrankheit (Krankheiten der Nervenbahnen), Anfallsleiden, Multiple Sklerose, Migräne, Hirn- oder Hirnhautentzündung, Parkinson'sche Krankheit, Kopfschmerzen | e) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Psyche z. B. ADHS, Depression, Angststörung, Essstörung, psychosomatische Störung, Schizophrenie, Suchterkrankung, Alkoholabhängigkeit, Suizidversuch, psychische Belastungsreaktion, psychotherapeutische Behandlung | f) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten z. B. Tuberkulose, Zeckenbisskrankungen, Hepatitis, Malaria, chronische Infektionen | g) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Tumore und Blutkrankheiten z. B. Krebserkrankungen, Leukämien, Lymphknotenschwellungen, Blutbildungsstörungen, Blutarmut (Anämie), Gerinnungsstörungen, Bluterkrankheit, Muttermale mit bösartigem Befund | h) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Stoffwechsel z. B. angeborene Stoffwechselerkrankungen (Leber, Muskel, Niere), Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörungen, Gicht, Schilddrüsenerkrankungen, Erkrankungen der inneren Drüsen wie Nebennieren, Hirnanhangdrüse | i) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- j) **Bewegungsapparat** z. B. Wirbelsäulenerkrankung, Lumbago, Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Meniskuserkrankungen, Rheuma, Fibromyalgie, Gelenkschwellung, Erkrankung von Bändern, Sehnen oder Muskeln, Rückenbeschwerden, Gelenkverschleiß, Muskelschmerzen und -verspannungen, Beschwerden mit den Knien, Hüften, Schultern oder an anderen Stellen des Bewegungsapparates
5. Haben oder hatten Sie in den **letzten 5 Jahren** Unfallverletzungen oder Vergiftungen? j)
6. Wurden in den **letzten 5 Jahren** ambulante Operationen durchgeführt? 5.
7. Werden oder wurden Sie innerhalb der **letzten 5 Jahre** wegen Medikamentenmissbrauchs, des Konsums von Alkohol, von Betäubungsmitteln oder von Drogen beraten oder behandelt? Wenn ja, wann, wo, durch wen? 6.
8. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den **letzten 5 Jahren** Gesundheitsstörungen, Organfehler oder angeborene Erkrankungen, die Anlass waren zur Anerkennung einer Behinderteneigenschaft (GdS/GdB), Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder einer Pflegestufe? 7.
9. Haben in den **letzten 10 Jahren** stationäre Aufenthalte stattgefunden? (Krankenhaus, Operation, Rehabilitation, Kur etc.) 8.
10. Wurde bei Ihnen eine HIV Infektion festgestellt (z. B. positiver HIV Test)? 9.
11. Bestehen oder bestanden in den **letzten 5 Jahren** bei Ihnen Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen der folgenden Organsysteme bzw. der folgenden Art? 10.
11.
- Wenn Sie eine oder mehrere der nachfolgenden Fragen mit „ja“ beantworten, füllen Sie bitte den dazugehörigen Zusatzfragebogen aus.**
Die folgenden **Aufzählungen** zeigen Ihnen dazu nur **Beispiele**, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben.

Nur bei Fehlsichtigkeit über fünf Dioptrien links **Dioptrienzahl** rechts

- a) **Augen** z. B. Hornhauterkrankung, Netzhauterkrankung, grüner oder grauer Star, Lasik OP, Sehhörung a)
- b) **Ohren** z. B. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Gleichgewichtsstörungen nach Tinnitus, Ohrgeräusche, Gleichgewichtsstörungen b)
- c) **Allergien oder Haut** z. B. Ekzem, Allergie, Heuschnupfen, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hautausschlag c)
12. Bezogen, beziehen oder haben Sie in den **letzten 5 Jahren** eine Rente, Unfallrente oder Pension aus gesundheitlichen Gründen beantragt? Warum? **Bitte die Kopie des Rentenbescheids beifügen.** 12.

Ergänzende Angaben zu den bei 2-12 mit „ja“ beantworteten Fragen

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

ggf. Beiblatt (216154) nutzen

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

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

Vorname, Name und vollständige Anschrift _____ Fachrichtung _____ in Behandlung seit _____

Besondere Gefahren der zu versichernden Person

Ist die zu versichernde Person **beruflich** oder **privat** besonderen Gefahren ausgesetzt, z. B. Umgang mit Sprengstoffen, energiereichen Strahlen, gesundheitsschädlichen Stoffen; beim Bergsport (nicht normales Bergwandern innerhalb Europas, kein Skifahren), Kampfsport, Rennsport, Flugsport, Motorsport, Fallschirmspringen, Tauchen (z. B. tiefer als 40 Meter oder Eis- oder Höhlentauchen), Extremsport?

nein ja (bitte erläutern Sie): _____

Sind für die zu versichernde Person in den **nächsten 12 Monaten** Aufenthalte außerhalb der EU, Schweiz, Norwegen, Island, USA, Kanada von mehr als 12 Wochen geplant?

nein ja (bitte erläutern Sie): _____

Widerrufliches Bezugsrecht für den Fall von Berufsunfähigkeit (der VP)

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

folgende Person Vorname, Name _____ männlich weiblich Geburtsdatum _____

Nur ausfüllen, wenn der Familienbonus beantragt ist

Partner (Vorname, Name) _____

Angaben zum leiblichen bzw. adoptierten, nicht volljährigen Kind, das mit der zu versichernden Person im gleichen Haushalt lebt:

Kind (Vorname, Name) _____

Geburtsdatum _____

Zu versichernde Person und Partner leben in einer gemeinsamen gesetzlichen Ehe ?

ja nein

Sofern keine gesetzliche Ehe vorliegt, muss ein gemeinsamer Wohnsitz der zu versichernden Person und des Partners nachgewiesen werden (Kopie der Meldebescheinigungen).

Nachweis beigelegt?

ja nein

**Besondere
Vereinbarungen**

**Vereinbarung
der Art der
Kommunikation**

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die vertragsbezogene Korrespondenz im Wege elektronischer Kommunikation, d. h. mittels Fax oder E-Mail geführt wird. Ich bestätige, dass mich unter den unten genannten Kommunikationswegen Nachrichten von der Gothaer Lebensversicherung AG erreichen können. Ich erkläre, dass ich einen regelmäßigen Zugang zum Internet und die Möglichkeit, mir zugesandte Schreiben/Informationen dauerhaft zu speichern, auszudrucken oder wiederzugeben, habe. Ich bin darüber informiert, dass ich bei elektronischer Übermittlung der Vertragsunterlagen oder sonstiger Erklärungen auch jederzeit (einmalig kostenfrei) die Ausfolgung in Papier verlangen kann.

Der Gothaer Lebensversicherung AG kann ich unter folgender Fax-Nummer: **0049 551 701 57199** oder E-Mail-Adresse: **service@gothaer.at** Nachrichten senden.

Telefaxnummer des VN

E-Mailadresse des VN

Beide Vertragsparteien verpflichten sich eine Änderung der vorgenannten Daten umgehend mitzuteilen.

Beide Vertragsparteien können ihr Einverständnis zur elektronischen Kommunikation jederzeit widerrufen.

Angaben des VN

- Unabhängig von der Art der vereinbarten Kommunikation, erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass sämtliche Erklärungen, welche den Bestand oder Inhalt des Versicherungsvertrages betreffen (insbesondere Kündigung; Mitteilungen über Drittrechte oder Bezugsrechte sowie Erklärungen bzgl. des Verlangens von Versicherungsleistungen) aus Gründen der Rechtssicherheit nur in schriftlicher Form (d. h. eigenhändig unterschrieben) erfolgen dürfen.

X

Unterschrift des VN

SEPA-Lastschrift-Mandat



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 Lebensversicherung AG Gläubiger ID AT06ZZZ00000005163
 Arnoldiplatz 1
 50969 Köln

Mandatsreferenz _____ Vom Zahlungsempfänger auszufüllen.

Verwendungszweck _____
 Versicherungsschein-/ Antragsnummer des zugrunde liegenden Vertrages (falls bekannt)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Geldinstitut an, die vom oben genannten Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
 Zugleich erkläre ich / erklären wir uns damit einverstanden, dass die Mindestfrist zur Vorab-Information einer SEPA-Basislastschrift (Pre-Notification) von 14 auf 5 Arbeitstage verkürzt wird.

Zahlungsart Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Datum erster Einzug/ Gültig ab _____

Angaben zur Kontoverbindung des Zahlungspflichtigen Anrede, Vorname, Name

Straße und Hausnummer

Land _____ PLZ _____ Ort _____

IBAN (internationale Bankkontonummer)

BIC (internationale Bankleitzahl des Geldinstituts) _____ Name des Geldinstituts _____

Ort, Datum und Unterschriften	X	X
Ort _____ Datum _____	Unterschrift des Zahlungspflichtigen	Unterschrift des 2. Zahlungspflichtigen

Zur Information **Angaben zum Vertragsverhältnis zwischen Zahlungsempfänger und Zahlungspflichtigen.**

Bei abweichendem Beitragszahler _____ Dieses Feld nicht ausfüllen, falls Sie für sich selbst zahlen.
 Name des Versicherungsnehmers

Abbuchungstermin 1. eines Monats wie bisher Zahlschein

Hinweise zur Datenverarbeitung und den Ihnen zustehenden Rechten nach Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) Nach Art. 13 DSGVO möchten wir Ihnen Informationen zur Datenverarbeitung geben. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die **Gothaer Lebensversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln, E-Mail info@gothaer.de**. Alle weiteren Informationen nach Art. 13 DSGVO finden Sie im Datenschutz-Informationsblatt. Dieses enthält insbesondere Angaben zur **Kontaktmöglichkeit zum Datenschutzbeauftragten, zum Zweck und zur Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung, zu den Empfängern personenbezogener Daten, zur Speicherdauer, zu Ihren Betroffenenrechten und zu eventuell eingesetzten automatisierten Entscheidungen**. Das Informationsblatt finden Sie in der jeweils aktuellen Fassung unter www.gothaer.de/datenschutz.

**Empfangs-
bekenntnis**

Ich bestätige, dass ich das „Produktinformationsblatt“, den „Antrag (2/2): Tarifdaten“ und die nachstehend aufgeführten Versicherungsbedingungen vor Antragstellung erhalten habe:

Bitte nicht Zutreffendes streichen!

Beachten Sie: Die Gothaer Lebensversicherung AG schließt den Vertrag ausschließlich zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen in der Version zum angegebenen Versionsdatum.

..... Versionsdatum

.....
.....
.....

X

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/Versicherungsnehmers zum Empfangsbekenntnis

**Einwilligungs-
erklärung**

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die Gothaer Lebensversicherung AG (nachfolgend: Versicherer) die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Der Versicherer benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung.

**Abfrage von
Gesundheitsdaten
bei Dritten zur
Risikobeurteilung
und zur Prüfung
der Leistungs-
pflicht****Zustimmung zur
Ermittlung und
Übermittlung von
Daten****Bei Vertragsabschluss**

Der Antragsteller (sofern dieser nicht auch die zu versichernde Person ist, auch diese) stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von den untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten, sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, sowie den bekanntgegebenen Sozialversicherungsträgern ermitteln darf.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die zur Vertragsbeurteilung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen der genannten Ärzte und Einrichtungen. Davon umfasst sind die zu dieser Beurteilung erforderlichen medizinischen Unterlagen (Anamnese, Entlassungsberichte, Histologie- und Laborbefunde, diagnostische Befunde, klinische oder ärztliche Aufnahme- und Behandlungsdaten, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann). **Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf kann zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt.**

Im Versicherungsfall

Der Antragsteller und/oder die zu versichernde Person stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall und zur Überprüfung erbrachter Behandlungsleistungen personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung einholen darf.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Satzes sind die im Einzelfall zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen von den behandelnden Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge. Davon umfasst sind auch die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- und Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder -beendigung; etwa Anamnese und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Pflegebericht, Entlassungsbericht, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann).

Im Fall einer solchen Datenermittlung werden der Antragsteller und die zu versichernde Person 14 Tage im Voraus über die beabsichtigte Datenermittlung und deren Zweck und konkretes Ausmaß verständigt. Dieser Datenermittlung kann binnen der 14tägigen Frist dem Versicherer gegenüber widersprochen werden.

Nach § 11a VersVG bestehen für den Antragsteller und die zu versichernde Person auch die Möglichkeit, der Datenermittlung jeweils im Einzelfall zuzustimmen. Machen der Antragsteller und die zu versichernden Personen von diesem Recht auf Einzelfallzustimmung Gebrauch, so haben sie dies dem Versicherer schriftlich mitzuteilen. **Der Antragsteller und die zu versichernden Personen nehmen zur Kenntnis, dass es dadurch zu Verzögerungen in der Leistungsfallprüfung kommen kann. Bei Widerspruch binnen 14 Tagen oder bei Verweigerung der Zustimmung im Einzelfall sind die benötigten Unterlagen vom Antragsteller, Bezugsberechtigten oder der zu versichernden Person in vollem Umfang beizubringen. Bis zum Erhalt aller benötigten Unterlagen können Leistungsansprüche nicht fällig werden.**

Der Antragsteller und die zu versichernde Person stimmen zu, dass der Versicherer Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (bei Doppelversicherungen) zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt.

**Entbindung von
der Schweige-
pflicht**

Der Antragsteller und die zu versichernde Person entbinden die in den Punkten 1 und 2 genannten Befragten im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht im Umfang der Zustimmungserklärung gemäß Punkt 1. und des Direktverrechnungsauftrags gemäß Punkt 2.

**Zustimmung
zur Verwendung
personenbezogener
Daten im
Rahmen des ZIS**

Das Zentrale Informationssystem (ZIS) des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs, 1030 Wien, Schwarzenbergplatz 7, ist eine Einrichtung der Versicherungswirtschaft zur Verhinderung und Bekämpfung von Geldwäsche, Versicherungsmissbrauch und Versicherungsbetrug in der Kranken-, Lebens- und Unfallversicherung. Der Antragsteller stimmt zu, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen, geändert oder fortgesetzt wird, Personenidentifikationsdaten (Name, Geburtsdatum) sowie das Meldedatum, die betroffene Versicherungssparte und Daten zum Meldestatus (jedoch keine Gesundheitsdaten) im Rahmen des ZIS in Einzelfällen an andere die Personenversicherung in Österreich betreibende Versicherungsunternehmen übermitteln und von diesen auch erhalten kann.

Diese Zustimmungserklärung kann jederzeit widerrufen werden. Der Versicherer kann bis zum Erhalt aller erforderlichen Unterlagen die Antragsprüfung nicht vornehmen. Ein Widerruf kann daher zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt.

X

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/Versicherungsnehmers und der versicherten Person (bei Minderjährigen: Gesetzlicher Vertreter / bei Minderjährigen ab Alter 16 zusätzlich: die zu versichernde Person) (falls abweichend vom Versicherungsnehmer) zur Datenschutzerklärung

Einwilligung zur Datenverarbeitung

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflicht-entbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Gothaer Lebensversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (im folgenden Versicherer genannt) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Der Versicherer benötigt Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 dStGB und § 321 VAG geschützter Daten

- durch den Versicherer selbst,
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt.

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.

Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten

Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer.

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

Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten

Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 dStGB geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers.

Der Versicherer verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Der Versicherer benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 dStGB und § 321 VAG geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 dStGB und § 321 VAG geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Der Versicherer führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft unserer Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 dStGB und § 321 VAG geschützten Daten weitergegeben, benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Der Versicherer führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für den Versicherer erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter 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 der Versicherer Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Versicherungsgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 dStGB und § 321 VAG geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann der Versicherer Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass der Versicherer Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung den Versicherer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob der Versicherer 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 und Leistungsfällen 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 den Versicherer 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 den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 dStGB und § 321 VAG geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Der Versicherer gibt grundsätzlich keine Angabe zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 dStGB und § 321 VAG 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 kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 dStGB und § 321 VAG 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.

Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Der Versicherer speichert Ihre Daten, auch wenn der Vertrag nicht zustande kommt, bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung speichert.

Schluss- erklärungen	Die auf den folgenden Seiten beschriebenen „ Erklärungen und wichtigen Hinweise “ insbesondere zur „ Vorvertraglichen Anzeigepflicht “ und zum „ Rücktrittsrecht “ habe ich zur Kenntnis genommen. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Ich mache sie zum Inhalt dieses Antrags.
Einwilligung zur Daten- verarbeitung	Für den von Ihnen beantragten Versicherungsvertrag wird in Übereinstimmung mit den Verbraucherinformationen österreichisches Recht vereinbart. Bitte beachten Sie, dass wir als deutscher Versicherer den deutschen aufsichtsrechtlichen Bestimmungen unterliegen und daher auch einige Regelungen des deutschen Versicherungsgesetzes Anwendung finden (z. B. zur Überschussbeteiligung). Weiterhin habe ich die auf der Seite „Einwilligung zur Datenverarbeitung“ (S. 7/10) des Antrags abgedruckten Erläuterungen zur „ Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten “, zur „ Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten “ – wie die „ Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung “, die „ Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen und Personen) “, die „ Datenweitergabe an Rückversicherungen “ und die „ Datenweitergabe an selbstständige Vermittler “ – sowie zur „ Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt “ zur Kenntnis genommen und willige durch meine nachstehende Unterschrift in dem dort beschriebenen Umfang in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten durch die Gothaer Lebensversicherung AG ein.
Zusätzlich einzureichen- de Unterlagen	Immer <ul style="list-style-type: none">• Ausweiskopie des Antragstellers mit Vorder -und Rückseite• Vermittlerinformation (216152)

Rücktrittsrecht

Rücktrittsrecht nach § 5b Versicherungsvertragsgesetz

Für den Versicherungsnehmer bestehen bei Vorliegen der jeweiligen Voraussetzungen folgende nachstehend näher umschriebene gesetzliche Rücktrittsrechte:

(die mit * markierten Gesetzesstellen können Sie kostenlos unter <https://www.ris.bka.gv.at/> abrufen)

Sofern der Versicherungsnehmer seine Vertragserklärung dem Versicherer oder dessen Beauftragten persönlich abgibt und (i) keine Kopie seiner Vertragserklärung erhalten hat, oder (ii) die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Festsetzung der Prämie, soweit diese nicht im Antrag bestimmt ist, und über vorgesehene Änderungen der Prämie nicht vor Abgabe seiner Vertragserklärung erhalten hat oder (iii) die in §§ 252, 253 und 255 VAG 2016* und, sofern die Vermittlung durch einen Versicherungsagenten erfolgte, die in §§ 137f Abs. 7 bis 8 und § 137g GewO 1994* unter Beachtung des § 137h GewO 1994 vorgesehenen Mitteilungen nicht erhalten hat, kann der Versicherungsnehmer ab Erhalt der vorgenannten Informationen binnen zweier Wochen vom Vertrag zurücktreten. Die Frist zu diesem Rücktritt beginnt erst zu laufen, wenn der Versicherungsnehmer die Versicherungsurkunde (Polizze) und die Versicherungsbedingungen erhalten hat und über das Rücktrittsrecht belehrt wurde und die vorgenannten Mitteilungspflichten erfüllt worden sind. Der Rücktritt bedarf zu seiner Wirksamkeit der geschriebenen Form. Es genügt, wenn die Erklärung innerhalb der Frist abgesendet wird. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zugang der Versicherungsurkunde (Polizze) einschließlich einer Belehrung über das Rücktrittsrecht. Hat der Versicherer vorläufige Deckung gewährt, so gebührt ihm hierfür die der Dauer der vorläufigen Deckung entsprechende Prämie.

Rücktrittsrecht nach § 5c Versicherungsvertragsgesetz

(gilt nur, sofern der Versicherungsnehmer Verbraucher ist)

Ist der Versicherungsnehmer Verbraucher, so ist ein Rücktritt vom Versicherungsvertrag oder der Vertragserklärung ohne Angabe von Gründen binnen 14 Tagen in geschriebener Form möglich. Für den Fall, dass der Versicherer dem Versicherungsnehmer vorläufige Deckung gewährt hat, gebührt diesem dafür die ihrer Dauer entsprechende Prämie. Die Frist beginnt mit dem Tag zu laufen, an dem dem Versicherungsnehmer (i) der Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder -änderung, (ii) die in §§ 252, 253 und 255 VAG 2016* und, sowie die in §§ 137f Abs. 7 bis 8 und § 137g GewO 1994 in Verbindung mit § 137h GewO 1994* vorgesehenen Informationen und (iii) die Belehrung über das Rücktrittsrecht zugegangen sind. Dieses Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zugang der Versicherungsurkunde (Polizze) einschließlich einer Belehrung über das Rücktrittsrecht.

Rücktrittsrecht nach § 165a Versicherungsvertragsgesetz

1. Sie sind als Versicherungsnehmer berechtigt, von Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen zurückzutreten (davon ausgenommen sind Verträge mit einer Laufzeit von höchstens sechs Monaten und Gruppenversicherungsverträge).
2. Die Rücktrittsfrist von 30 Tagen beginnt mit dem Tag, an dem Sie über das Zustandekommen des Vertrages (= Erhalt der Polizze bzw. des Versicherungsscheines oder einer separaten Annahmeerklärung) verständigt wurden.
3. Die Erklärung des Rücktritts ist an keine bestimmte Form gebunden. Wenn Sie den Rücktritt in geschriebener Form (insbesondere per E-Mail) oder schriftlich erklären, genügt zur Wahrung der Rücktrittsfrist die rechtzeitige Absendung der Rücktrittserklärung.
4. Ist der Versicherer nicht der Verpflichtung zur Bekanntgabe seiner Anschrift nachgekommen, so beginnt die Rücktrittsfrist von 30 Tagen nicht zu laufen, bevor Ihnen diese Anschrift bekanntgegeben wurde.
5. Sind Sie als Versicherungsnehmer Verbraucher im Sinne des Konsumentenschutzgesetzes, so beginnt die Frist zum Rücktritt erst dann zu laufen, wenn Sie über dieses Rücktrittsrecht schriftlich belehrt worden sind.

Rücktrittsrecht nach § 3 Konsumentenschutzgesetz

(gilt nur, sofern der Versicherungsnehmer Verbraucher ist)

Hat der Verbraucher seine Vertragserklärung weder in den vom Unternehmer für seine geschäftlichen Zwecke dauernd benützten Räumen noch bei einem von diesem dafür auf einer Messe oder einem Markt benützten Stand abgegeben, so kann er von seinem Vertragsantrag oder vom Vertrag formfrei zurücktreten. Dieser Rücktritt kann bis zum Zustandekommen des Vertrags oder danach binnen 14 Tagen formfrei erklärt werden; die Frist beginnt mit der Ausfolgung einer Urkunde, die zumindest den Namen und die Anschrift des Unternehmers, die zur Identifizierung des Vertrags notwendigen Angaben sowie eine Belehrung über das Rücktrittsrecht, die Rücktrittsfrist und die Vorgangsweise für die Ausübung des Rücktrittsrechts enthält, an den Verbraucher, frühestens jedoch mit dem Zustandekommen des Vertrags zu laufen. Diese Belehrung ist dem Verbraucher anlässlich der Entgegennahme seiner Vertragserklärung auszufolgen. Das Rücktrittsrecht erlischt bei Versicherungsverträgen spätestens einen Monat nach Zustandekommen des Vertrags. Das Rücktrittsrecht besteht auch dann, wenn der Unternehmer oder ein mit ihm zusammenwirkender Dritter den Verbraucher im Rahmen einer Werbefahrt, einer Ausflugsfahrt oder einer ähnlichen Veranstaltung oder durch persönliches, individuelles Ansprechen auf der Straße in die vom Unternehmer für seine geschäftlichen Zwecke benützten Räume gebracht hat.

Das Rücktrittsrecht steht dem Verbraucher nicht zu,

1. wenn er selbst die geschäftliche Verbindung mit dem Unternehmer oder dessen Beauftragten zwecks Schließung dieses Vertrags angebahnt hat,
2. wenn dem Zustandekommen des Vertrags keine Besprechungen zwischen den Beteiligten oder ihren Beauftragten vorgegangen sind.

Die Rücktrittsfrist ist gewahrt, wenn die Rücktrittserklärung innerhalb der Frist abgegeben wird.

Rücktrittsrecht nach § 3a Konsumentenschutzgesetz

(gilt nur, sofern der Versicherungsnehmer Verbraucher ist)

Wenn für die Einwilligung des Versicherungsnehmers maßgebliche Umstände, deren Eintritt ohne seine Veranlassung durch Versicherer oder Vermittler in den Vertragsverhandlungen als wahrscheinlich dargestellt wurden, nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten, kann der Versicherungsnehmer binnen einer Woche formfrei vom Antrag bzw. Vertrag zurücktreten. Maßgebliche Umstände sind insbesondere die Aussicht auf einen Kredit oder die Aussicht auf steuerliche Vorteile. Die Frist beginnt zu laufen, sobald für den Antragsteller erkennbar ist, dass die maßgeblichen Umstände nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten und er eine schriftliche Belehrung über dieses Rücktrittsrecht erhalten hat. Dieses Rücktrittsrecht steht dem Antragsteller nicht zu, wenn er bei den Vertragsverhandlungen wusste oder wissen musste, dass die maßgeblichen Umstände nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten werden, oder wenn der Ausschluss dieses Rücktrittsrechtes mit dem Antragsteller individuell vereinbart wurde oder sich die Versicherung zu einer angemessenen Anpassung des Vertrags bereit erklärt. Bei Versicherungsverträgen mit einer ein Jahr übersteigenden Vertragsdauer erlischt das Rücktrittsrecht spätestens einen Monat nach dem Zustandekommen des Vertrags. Die Rücktrittsfrist ist gewahrt, wenn die Rücktrittserklärung innerhalb der Frist abgegeben wird.

Rücktrittsrecht nach § 8 Fern-Finanzdienstleistungs-Gesetz

(gilt nur bei Vertragsabschlüssen mit Verbrauchern im Fernabsatz)

Wurde der Vertrag ausschließlich im Wege des Fernabsatzes (z. B. über Internet oder E-mail) abgeschlossen, hat der Versicherungsnehmer die Möglichkeit, innerhalb von 30 Tagen zurückzutreten. Die Rücktrittsfrist ist gewahrt, wenn der Rücktritt schriftlich oder auf einem dauerhaften Datenträger erklärt und vor Ablauf der Frist abgesendet wird. Die Frist beginnt in dem Zeitpunkt, in dem der Verbraucher über den Abschluss des Vertrags informiert wird. Erhält der Verbraucher die Vertragsbedingungen erst nach Vertragsabschluss, so beginnt die Rücktrittsfrist mit dem Erhalt aller dieser Bedingungen und Informationen.

Adressat der Rücktrittserklärungen

Sämtliche Erklärungen der vorgenannten Rücktrittsrechte sind (in der jeweils angegebenen Form) zu richten an:

Gothaer Lebensversicherung AG, 50598 Köln, Deutschland (Postfachanschrift) oder

Gothaer Lebensversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln, Deutschland (Hausanschrift)

Tel.: 0049 551 701 57023

Fax: 0049 551 701 57199

Email: lv_service_austria@gothaer.de

Unterschriften

X

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

Ort, Datum

X

Antragsteller/Versicherungsnehmer

X

Vermittler (ggf. mit Stempel)

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

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

Bitte immer den Antrag (2/2): Tarifdaten beifügen.

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

Erklärungen und wichtige Hinweise

Vorvertragliche Anzeigepflicht	<p>Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen? Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.</p> <p>Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?</p> <p>1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand – weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles – noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil der Prämie zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.</p> <p>2. Kündigung Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine prämienfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.</p> <p>3. Vertragsänderung Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.</p> <p>4. Ausübung unserer Rechte Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.</p> <p>5. Stellvertretung durch eine andere Person Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der rückwirkenden Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.</p>
Vorläufiger Versicherungsschutz	Auf Grund des gestellten Antrags besteht Versicherungsschutz entsprechend den „Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung“.
Gesundheitsprüfung	Wenn die Gothaer Lebensversicherung AG auf eine Gesundheitsprüfung verzichtet, ist sie aber berechtigt, eine Prüfung zu verlangen oder den Antrag abzulehnen, wenn sie Kenntnis von erkennbaren erschwerten Risiken hat.
Prädiktiver Gentest	Gemäß § 67 GTG darf der Versicherer von Versicherten weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages die Vornahme genetischer Untersuchungen oder Analysen verlangen.
Sonstige Hinweise	Für die Aufnahme des Antrags fallen keine gesonderten Gebühren oder Kosten an. Lastschrift-Rückläufergebühren und Kosten eines Mahnverfahrens werden geltend gemacht.
Wechsel des Versicherers	Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer neuen Versicherung ist im Allgemeinen für den Versicherungsnehmer unzumutbar und kann zu wirtschaftlichen Nachteilen führen.
Besondere Vereinbarungen	Der versicherten Person bzw. dem Versicherungsnehmer ist bekannt, dass Sondervereinbarungen der schriftlichen Zustimmung der Gothaer Lebensversicherung AG bedürfen.
Fristenverzicht	Die Gothaer Lebensversicherung AG behält sich die Möglichkeit einer gesonderten Gesundheitsprüfung vor.
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 werden. Mündliche Nebenabreden sind ungültig.
Zahlung des Versicherungsbeitrags und der Versicherungssteuer	Sie zahlen den Versicherungsbeitrag (inkl. Versicherungssteuer) auf eines der angegebenen Konten der Gothaer Lebensversicherung AG, Niederlassung Österreich, ein bzw. lassen den entsprechenden Betrag von Ihrem Konto einziehen. Eine Einzugsermächtigung erteilt der Versicherungsnehmer oder Kontoinhaber, falls dieser nicht der Versicherungsnehmer ist, auf dem Antragsformular. Für die Lebensversicherung ist eine Versicherungssteuer in der vom Gesetzgeber festgelegten Höhe zu entrichten. Die Versicherungssteuer wird auf Basis des im Antrag enthaltenen Zahlbeitrages erhoben. Die Versicherungssteuer ist zum jeweiligen Fälligkeitstermin zusammen mit dem Versicherungsbeitrag an die Gothaer Lebensversicherung AG, Niederlassung Österreich, zu zahlen. Im Falle einer Mahnung ist der angemahnte Betrag zuzüglich der gesetzlich festgelegten Versicherungssteuer zu zahlen.
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.
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 . Dort finden Sie auch weitergehende Informationen zu Ihren Rechten.
Ansprechpartner und Aufsichtsbehörde	Haben Sie zu Ihrem Vertrag Fragen, Wünsche, Bedenken oder Beschwerden, so können Sie sich jederzeit an Ihren Betreuer, unsere Außenstellen oder die Hauptverwaltung wenden. Wir werden gemeinsam versuchen, das Problem zu lösen. Unser Unternehmen ist auch Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 080632, 10006 Berlin, Deutschland. Sie haben somit die Möglichkeit, das kostenlose, außergerichtliche Streitlichtungsverfahren in Anspruch zu nehmen. Generell steht Ihnen die Finanzmarktaufsicht (FMA), Otto-Wagner-Platz 5, 1090 Wien, Österreich, oder die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str.108, 53117 Bonn, Deutschland, als zuständige Aufsichtsbehörde zur Verfügung. Außerdem können Sie sich in allen Beschwerdefällen an unseren Beauftragten für die Anliegen der Mitglieder, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln, Deutschland, wenden.
Ansprechpartner zur außergerichtlichen Schlichtung	Ihre individuelle, persönliche und kompetente Beratung ist unser Ziel. Sollten Sie dennoch einmal nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte an die gesetzlich vorgesehene Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten: Versicherungsombudsmann e.V. Postfach 08 06 32 10006 Berlin Deutschland Internet: www.versicherungsombudsmann.de Ihr Recht, unmittelbar den Rechtsweg zu beschreiten, wird durch diese Einrichtungen nicht berührt. Zudem steht Ihnen die Verbraucherschlichtungsstelle (www.verbraucherschlichtung.at) als Beschwerdestelle zur Verfügung.

Sicherung Ihrer Ansprüche	Zur Absicherung der Ansprüche aus dieser Versicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds, der bei der Protektor Lebensversicherungs-AG, Wilhelmstraße 43 G, 10117 Berlin, Deutschland, www.protektor-ag.de , errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Die Gothaer Lebensversicherung AG gehört dem Sicherungsfonds an, so dass die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag auch für den unwahrscheinlichen Fall der Insolvenz der Gothaer Lebensversicherung AG gesichert sind
Solvabilitätsbericht	Den Solvabilitätsbericht (Geschäftsbericht) können Sie unter folgendem Link einsehen: http://www.gothaer.de/ueber-uns/presse/publikationen/geschaeftsberichte.htm
Allgemeine Versicherungsbedingungen	Die Leistungsbeschreibung und die allgemeinen Bestimmungen zu Ihrem Vertrag entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Niederlassung Österreich
Firmenbuchgericht Wien
FN 225319b

Hausanschrift: Getreidemarkt 3, 9400 Wolfsberg, Österreich
Kommunikation: Telefon (01) 877 26 36; Telefax (01) 877 26 30
Internet: www.gothaer.at

Gesellschaft
Sitz
Aufsichtsrat
Vorstand

Gothaer Lebensversicherung AG
Arnoldiplatz 1, 50969 Köln, Deutschland (Hausanschrift)
Prof. Dr. Werner Görg (Vorsitzender)
Michael Kurtenbach (Vorsitzender)
Oliver Brüß, Dr. Mathias Bühring-Uhle, Dr. Karsten Eichmann,
Harald Ingo Epple

Postanschrift **50598 Köln, Deutschland**

Rechtsform Aktiengesellschaft
Registergericht Amtsgericht Köln, HRB 56769
USt-IdNr. DE207591682