

Antrag

**Die Gothaer
Berufsunfähigkeitsversicherung Premium**

**Die Gothaer
Berufsunfähigkeitsversicherung Basis**

**Die Gothaer
Direktversicherung Berufsunfähigkeitspolice
(nur für Mitarbeitergeschäft)**

Stand: 01.2014

Die Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Premium

Die Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Basis

Die Gothaer Direktversicherung Berufsunfähigkeitspolice



Bitte das Beiblatt zum Antrag beifügen.

Alle Beiträge sind in Euro.

AN215745

Daten des Abschlussvermittlers

Daten des Betreuers

☐ AO/MA/Bank
☐ Makler/Sonstige

Kennnummer

Abrechnungsgruppe

Versicherungsnummer

Fremdaktenzeichen (z. B. Bankkundennummer)

Marketingschlüssel

Antragsteller/
Versicherungs-
nehmer (VN)
und zu
versichernde
Person
wenn VN=VP

☐ Arbeitgeber/Firma
☐ männlich
☐ weiblich

☐ Titel, Vorname, Name

☐ allein stehend
☐ verheiratet

Straße und Hausnummer

StaatPostleitzahlOrt

GeburtsdatumNationalitätSteueridentifikationsnummer

GeburtsnameGeburtslandGeburtsort

☐ angestellt
☐ selbstständig
☐ öffentlicher Dienst
☐ ohne Beschäftigung

derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche

Steuerpflichtig in USA☐ nein☐ jaITIN/EIN

Zu
versichernde
Person
(VP)

☐ männlich
☐ weiblich

☐ allein stehend
☐ verheiratet

Titel, Vorname, Name

Straße und Hausnummer

StaatPostleitzahlOrt

GeburtsdatumNationalität

GeburtsnameGeburtslandGeburtsort

Betriebliche
Alters-
versorgung
(Direkt-
versicherung)

☐ Versicherung aus Entgeltumwandlung

Personalnummer

Eintritt in die Firma

Unverfallbarkeit:☐ gesetzlich☐ vertraglich ab Beginn

Bezugsrecht

Entgeltumwandlung: Unwiderrufliches Bezugsrecht für die versicherte Person.

Angaben
nach dem
Geldwäsche-
gesetz

Der Antragsteller hat sich ausgewiesen durch gültigen☐ Personalausweis☐ Reisepass

Gültig bis

AusstellungsdatumAusweisnummerAusstellende Behörde

Diese Angaben können entfallen bei Lastschrifteinzugsverfahren vom eigenen Konto des Antragstellers bei einem Geldinstitut mit Sitz in der EU. Dies gilt nicht bei einem Monatsbeitrag > 1.000 EUR bzw. einem Einmalbeitrag > 100.000 EUR.

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

StaatPostleitzahlOrtGeburtsdatum

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 expo-
nierte Person

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

Ist der genannte wirtschaftliche Berechtigte eine politisch exponierte Person? (s. Erläuterungen und wichtige Hinweise sowie Definition auf dem Zusatzblatt)☐ nein☐ ja, bitte Zusatzblatt (215284) ausfüllen

Versicherungsbeginn und -umfang	Versicherungsbeginn (12:00 Uhr)	☐ Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Premium ☐ Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Basis ☐ Gothaer Direktversicherung Berufsunfähigkeitspolice		Eintrittsalter
	0 1 2 0			Jahre ☐ Karenzzeit in
	Versicherungsdauer	Beitragszahlungsdauer	Leistungsdauer	
	Jahre bis Alter	Jahre bis Alter	bis Alter	Monaten (max. 24)

Berufs-unfähigkeits-versicherung	Tarif	Zahlrente (pro Rentenfähigkeit)	Zahlweise der Rente
			☐ jährlich ☐ 1/2-jährlich ☐ 1/4-jährlich ☐ monatlich
☐ Starter-BU (Startphase mind. fünf Jahre und höchstens bis Alter 35)			
Überschussystem ☐ Beitragsreduktion (nicht bei Direktversicherung) ☐ mit Familienbonus ☐ Sofortbonus			

Nur ausfüllen, wenn der **Familienbonus** beantragt ist

Partner (Vorname, Name)

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

Kind (Vorname, Name)

Geburtsdatum

Versicherte Person und Partner leben in einer gemeinsamen gesetzlichen Ehe bzw. eingetragenen Lebenspartnerschaft? ☐ ja ☐ nein

Sofern keine gesetzliche Ehe bzw. keine eingetragene Lebenspartnerschaft vorliegt, muss ein gemeinsamer Wohnsitz der versicherten Person und des Partners nachgewiesen werden (Kopie der Personalausweise/Meldebescheinigungen).

Nachweis beigelegt? ☐ ja ☐ nein

Angaben zum Beitrag	Zu zahlender Beitrag gemäß Zahlweise ab Versicherungsbeginn	Bei vereinbarter Starter-BU beträgt der Beitrag ab
		Bitte beachten: Durch Rundungen können sich geringe Beitragsdifferenzen zum Versicherungsschein ergeben.
Zahlweise	☐ jährlich ☐ 1/2-jährlich ☐ 1/4-jährlich ☐ monatlich	

Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht

Bitte immer bestätigen und beantworten. Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Bestätigung der nachfolgenden „Erklärung zur Arbeitsfähigkeit“ sowie 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 in der Schlusserklärung. Zusätzlich beachten Sie bitte die Erläuterungen zur Durchführung genetischer Tests auf der Seite „Erklärungen und wichtige Hinweise“.

Erklärung zur Arbeitsfähigkeit

Die versicherte Person bestätigt, dass

- sie im Zeitpunkt der Abgabe dieser Erklärung ihre berufliche Tätigkeit ohne Einschränkungen aus gesundheitlichen Gründen ausüben kann und in den letzten 12 Monaten nicht mehr als 10 Kalendertage arbeitsunfähig war und
- bei ihr keine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung vorliegt, dass keine derartigen Leistungen beantragt wurden und
- in den letzten fünf Jahren kein Antrag auf eine Versicherung für den Fall der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung gestellt wurde, der zu einer Erschwerung oder Ablehnung führte.
- die für sie beantragte Berufsunfähigkeitsrente sowie die gesamten für sie bestehenden Berufsunfähigkeitsrenten 65 % ihres aktuellen Bruttoeinkommens nicht übersteigen.

Immer zu beantworten.

Fragen zur beruflichen Tätigkeit der versicherten Person

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?

Seit wann?

Branche

☐ Vollzeit
 ☐ Teilzeit
 ☐ Unbefristet
 ☐ Befristet bis:

☐ angestellt
 ☐ selbstständig
 ☐ öffentlicher Dienst
 ☐ ohne Beschäftigung
 ☐ derzeit in Ausbildung/Studium zu:

Welche berufliche Ausbildung haben Sie abgeschlossen?

☐ Kaufmännische Ausbildung:
 ☐ Handwerkliche/technische Ausbildung:
 ☐ Studium:

☐ Sonstiges (z. B. ungelernt; nicht abgeschlossene Ausbildung/Studium):

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

Angaben zu bestehenden und früheren Versicherungen Bestehen für die zu versichernde Person bereits 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, versicherte Rentenhöhe, Versicherungssumme):

Besondere Gefahren der zu versichernden Person Ist die versicherte Person **beruflich oder privat** besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Umgang mit Sprengstoffen, energiereichen Strahlen, gesundheitsschädlichen Stoffen, beim Bergsport, Kampfsport, Rennsport, Flugsport, Motorsport, Fallschirmspringen, Tauchen, Extremsport, Bodybuilding)?

☐ nein ☐ ja (bitte erläutern Sie):

Sind für die versicherte 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):

Besondere Vereinbarungen

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

Empfangsbekennnis

Ich bestätige, dass ich das „**Produktinformationsblatt**“ und die **aufgeführten und angekreuzten Versicherungsbedingungen** vor Antragstellung erhalten habe.

☐ Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Premium

Versionsdatum |

☐ Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Basis

☐ Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Gothaer Direktversicherung Berufsunfähigkeitspolice

☐ Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/Versicherungsnehmers zum Empfangsbekennnis

Schluss-erklärungen

Die auf den folgenden Seiten beschriebenen „**Erklärungen und wichtigen Hinweise**“ insbesondere zur „**Vorvertraglichen Anzeigepflicht**“ sowie zum „**Widerrufsrecht**“ habe ich zur Kenntnis genommen. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Ich mache sie zum Inhalt dieses Antrags.

Einwilligung zur Datenverarbeitung

Weiterhin habe ich die **auf den Folgeseiten** 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**“, der „**Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)**“ 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.

Unterschriften

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

Ort, Datum

Antragsteller/Versicherungsnehmer

Vermittler (ggf. mit Stempel)

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

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

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 DE16ZZZ00000070200
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 _____
Name, Vorname

Straße und Hausnummer

Land PLZ Ort

IBAN (Internationale Bankkontonummer)

BIC (Internationale Bankleitzahl des Geldinstituts) Name des Geldinstituts

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

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

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

Beitrag _____ EUR gemäß Zahlweise

Abbuchungstermin ☐ 1. eines Monats ☐ 15. eines Monats (nicht bei fondsgebundenen Tarifen/nicht bei Einmalbeiträgen) ☐ wie bisher

Erklärungen und wichtige Hinweise

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 in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen . Dies gilt nicht nur, wenn Sie den Antrag selbst ausfüllen, sondern auch dann, wenn ein Dritter (z. B. der Vermittler) in Ihrem Namen den Antrag ausfüllt . Verletzen Sie diese Anzeigepflicht, so können wir vom Vertrag zurücktreten. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. In diesem Fall haben wir das Recht , den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen . Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und unser Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Die anderen Bedingungen werden auf unser Verlangen rückwirkend – bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode – Vertragsbestandteil.
Einwilligung in Auskünfte über das allgemeine Zahlungsverhalten	Ich willige ein , dass die Gothaer Lebensversicherung AG zum Zwecke des Vertragsabschlusses und bei Bedarf im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung zu Zwecken der Vertragsverwaltung und -abwicklung (z.B. im Schadenfall) Informationen zu meinem Zahlungsverhalten und Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten von einer Auskunft (z.B. Creditreform, SCHUFA) bezieht und nutzt. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.
Vorläufiger Versicherungsschutz	Auf Grund des gestellten Antrags besteht Versicherungsschutz entsprechend den „Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung“.
Gesundheitsprüfung	Die Gothaer Lebensversicherung AG verzichtet auf eine Gesundheitsprüfung. Sie ist aber berechtigt, eine Prüfung zu verlangen oder den Antrag abzulehnen, wenn sie Kenntnis von erkennbaren erschwerten Risiken hat.
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 Pflegerentenversicherung eine Leistung von mehr als 300.000 EUR oder mehr als 30.000 EUR Jahresrente vereinbart wird.
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.
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.
Hinweise zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz	Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen und der mit den zuständigen Aufsichtsbehörden abgestimmten Verhaltensregeln. Diese können Sie in der jeweils gültigen Fassung nachlesen unter www.gothaer.de/datenschutz . Stammdaten von Antragstellern und Versicherten sowie Angaben über die Art der bestehenden Verträge werden zur zentralisierten Bearbeitung von bestimmten Verfahrensabschnitten im Geschäftsablauf (z. B. Telefonate, Post, Inkasso) in einem von Mitgliedern der Gothaer Konzerngruppe gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren erhoben, verarbeitet oder genutzt. Eine Liste der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie in der jeweils gültigen Fassung nachlesen unter www.gothaer.de/datenschutz . Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist.
	Die informa IRFP GmbH betreibt das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS). An das HIS melden wir – ebenso wie andere Versicherungsunternehmen – erhöhte Risiken sowie Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten und daher einer näheren Prüfung bedürfen. Eine detaillierte Beschreibung des HIS finden Sie im Internet unter www.informa-irfp.de . Die konkrete Vorgehensweise in den Bereichen Schaden, Rechtsschutz und Leben können Sie nachlesen unter www.gothaer.de/datenschutz .

Widerrufsrecht

Widerrufsfolgen	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. 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 VVG 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. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 VVG wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.
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.

Einwilligung zur Datenverarbeitung

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung	Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Gothaer Lebensversicherung AG (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.
	Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages beim Versicherer unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.
	Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten – durch 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 StGB 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 StGB 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 StGB 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 StGB 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 StGB 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 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.
Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)	Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken kann der Versicherer an das HIS melden. Der Versicherer und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht. Ich entbinde die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden. Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden.
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 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden. Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers 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 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.
Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt	Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert der Versicherer Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass der Versicherer zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem meldet, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird. Der Versicherer speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei dem Versicherer und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert. 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 zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Gesellschaft	Gothaer Lebensversicherung AG	Postanschrift	50598 Köln
Sitz	Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (Hausanschrift)		
Aufsichtsrat	Dr. Roland Schulz (Vorsitzender)		
Vorstand	Michael Kurtenbach (Vorsitzender), Dr. Mathias Bühring-Uhle, Dr. Karsten Eichmann, Harald Ingo Eppe, Dr. Werner Görg, Jürgen Meisch, Dr. Hartmut Nickel-Waninger, Oliver Schoeller	Rechtsform	Aktiengesellschaft
	Landesbank Berlin AG, Berlin (BLZ 10050000), Konto-Nr. 6632040657	Registergericht	Amtsgericht Köln, HRB 56769
Kontoverbindung		USt-IdNr.	DE207591682
		SWIFT: BIC / IBAN	BELADEBE / DE56100500006632040657

Tariferläuterungen und Leistungsbeschreibungen

	Tarif	Tarifbeschreibung	Leistungsbeschreibung
Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Premium	BU13 T	Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Premium.	Befreiung von der Beitragszahlungspflicht und Zahlung der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente während der Dauer einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung.
	BU13 ST	Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Premium nach Tarif BU13T mit abgesenkten Anfangsbeiträgen in der Startphase.	Die Rente wird gemäß vereinbarter Zahlweise im voraus, erstmalig anteilig bis zum Ende der laufenden Rentenzahlungsperiode gezahlt. - Versicherungsbedingungen in Premiumqualität - Zusatzleistungen bei Rehamaßnahmen, Wiedereingliederung und Umorganisation - Zusatzleistung bei Eintritt einer schweren Erkrankung eines eigenen Kindes - Nachversicherungsoption bei bestimmten Anlässen - Einmalige Nachversicherungsoption ohne besonderen Anlass in den ersten fünf Jahren - Lebenslange Rentenzahlung bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit möglich - Garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall sofern gewählt
Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Basis	BU13 B	Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Basis.	Befreiung von der Beitragszahlungspflicht und Zahlung der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente während der Dauer einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung.
	BU13 SB	Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Basis nach Tarif BU13B mit abgesenkten Anfangsbeiträgen in der Startphase.	Die Rente wird gemäß vereinbarter Zahlweise im voraus, erstmalig anteilig bis zum Ende der laufenden Rentenzahlungsperiode gezahlt. - Versicherungsbedingungen in Basisqualität und entsprechendem Beitragsniveau - Wechselmöglichkeit in die Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Premium zu bestimmten Anlässen - Zusatzleistung bei Eintritt einer schweren Erkrankung eines eigenen Kindes - Nachversicherungsoption bei bestimmten Anlässen - Garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall sofern gewählt
Gothaer Direktversicherung Berufsunfähigkeitspolice	BU13 DV	Gothaer Direktversicherung Berufsunfähigkeitspolice mit gleicher Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer. Die Leistungsdauer kann gegenüber der Versicherungsdauer verlängert sein.	Befreiung von der Beitragszahlungspflicht und Zahlung der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente während der Dauer einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung.
	BU13 SDV	Gothaer Direktversicherung Berufsunfähigkeitspolice nach Tarif BU13 DV mit abgesenkten Anfangsbeiträgen in der Startphase.	Die Rente wird gemäß vereinbarter Zahlweise im voraus, erstmalig anteilig bis zum Ende der laufenden Rentenzahlungsperiode gezahlt. - Berufsunfähigkeitsversicherung im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge
Überschuss-system		leistungsfreie Zeit	leistungspflichtige Zeit
		Beitragsreduktion – Die Überschüsse werden dazu verwendet, die Beiträge für die Berufsunfähigkeitversicherung zu reduzieren. Der Reduktionssatz ist jeweils für ein Versicherungsjahr Sofortbonus – Die Überschüsse werden zur Erhöhung der versicherten Rente aus dieser Berufsunfähigkeitsversicherung verwendet. Diese werden von Versicherungsbeginn an jeweils für ein Versicherungsjahr gewährt und erhöhen die Versicherungsleistung im Falle der Berufsunfähigkeit. Familienbonus – Lebt die Versicherte Person in einem gemeinsamen Haushalt mit dem Ehegatten/Lebenspartner und einem gemeinsamen Kind, so werden in der leistungsfreien Zeit höhere Überschüsse gewährt.	Gewinnrente – Es wird eine jährlich steigende Gewinnrente gezahlt. Der Zuwachs bemisst sich in Prozent der gesamten Vorjahresrente inkl. etwaigem Sofortbonus und der erreichten Gewinnrente.
Tarife mit besonderen Zugangsvoraussetzungen	(K, G, Q, R)	Es gelten die Versicherungsbedingungen für die Grundtarife nach Maßgabe der Vereinbarungen im Kollektivvertrag.	