

Lösungen für Firmenkunden



**Entspannt in den Vorruhestand:
Das Krankentagegeld für
Altersteilzeitbeschäftigte im
Rahmen von Kollektivverträgen.**

Wir machen das. **Gothaer**

Arbeitsunfähigkeit kann jeden treffen. Der Einkommensverlust auch.

Wer ab 55 Jahren ganz allmählich seinen Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand mit Altersteilzeit versüßen möchte, hat meist eine Menge privater Pläne: das Leben in vollen Zügen genießen, endlich mehr Zeit für Hobbys haben. Ein einziger Augenblick kann diese Träume zerplatzen lassen. Wer nämlich durch Unfall oder Krankheit in der Arbeitsphase für einen längeren Zeitraum ausfällt, dem drohte bislang auch ganz schnell ein finanzieller Engpass mit unabsehbaren Folgen.

Die Lohn- und Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber erfolgt in der Regel sechs Wochen lang. Danach treten die gesetzlichen Krankenkassen in die Pflicht. Auf Grund des durch Altersteilzeit reduzierten Einkommens sind natürlich auch die Krankengeldzahlungen geringer, zumal vom Krankengeld noch die Arbeitnehmeranteile zur Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung abgezogen werden müssen. **Fazit:** Plötzlich können mehr als 20% des gewohnten Einkommens fehlen. Damit ist Ihr Lebensstandard – vielleicht sogar Ihre Existenz – gefährdet.

Berechnen Sie Ihre individuelle Versorgungslücke.

Berechnen Sie den Tagessatz, der Ihre persönliche Versorgungslücke schließt. Mit Hilfe des vorgegebenen vereinfachten Berechnungsschemas können Sie die Höhe Ihres Tagessatzes berechnen, den Sie im Falle einer längeren Erkrankung während der Arbeitsphase benötigen, um die Versorgungslücke im Rahmen der Altersteilzeit zu schließen.

Berechnung Ihrer Versorgungslücke

Ihr monatliches Bruttoeinkommen im Rahmen des Altersteilzeitmodells

_____ EUR

Ihr monatliches Nettoeinkommen im Rahmen des Altersteilzeitmodells

_____ EUR

Wenn Sie pflichtversichert sind

1. Bitte tragen Sie hier 70 % vom Brutto- oder 90 % vom Nettoeinkommen ein (bitte den geringeren Betrag nehmen). Dies entspricht Ihrem persönlichen Krankengeldanspruch.

_____ EUR

2. Ziehen Sie von dem Betrag 1 die Arbeitnehmeranteile für Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung (gegebenenfalls in der Personalabteilung erfragen) ab.

_____ EUR

Berechnung Ihrer Versorgungslücke

3. Aus dem Ergebnis 1 abzüglich 2 ergibt sich die Höhe Ihres tatsächlichen Krankengeldes von der gesetzlichen Krankenkasse.

_____ EUR

► Die Differenz zwischen Ihrem monatlichen Nettoeinkommen und dem tatsächlichen Krankengeldanspruch nach Punkt 3 ergibt **Ihre monatliche Versorgungslücke** von

_____ EUR

Wenn Sie freiwillig versichert sind

1. Bitte tragen Sie hier 70 % von der jeweiligen Jahresarbeitsentgeltgrenze oder 90 % vom Nettoeinkommen ein (bitte den geringeren Betrag nehmen). Dies entspricht Ihrem persönlichen Krankengeldanspruch.

_____ EUR

2. Ziehen Sie von dem Betrag 1 die Arbeitnehmeranteile für Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung (gegebenenfalls in der Personalabteilung erfragen) ab.

_____ EUR

3. Aus dem Ergebnis 1 abzüglich 2 ergibt sich die Höhe Ihres tatsächlichen Krankengeldes von der gesetzlichen Krankenkasse.

_____ EUR

► Die Differenz zwischen Ihrem monatlichen Nettoeinkommen und dem tatsächlichen Krankengeldanspruch nach Punkt 3 ergibt **Ihre monatliche Versorgungslücke** von

_____ EUR

Die errechnete Versorgungslücke können Sie durch den Altersteilzeittarif bei der Gothaer Krankenversicherung abdecken.

Sie werden wieder gesund, wir erledigen den Rest.

Schutz bietet in diesem Fall das einmalige Leistungspaket der Gothaer Krankenversicherung: die Krankentagegeldversicherung für Altersteilzeitbeschäftigte in der Arbeitsphase. Sie können sich ganz entspannt um Ihre vollständige Genesung kümmern. Die Krankentagegeldversicherung schließt die entstehende Versorgungslücke.

- Mit der Krankentagegeldversicherung, die ab dem 43. Krankheitstag voll absichert.
- Den benötigten Tagegeldsatz können Sie sich individuell berechnen.
- Ihr Lebensstandard ist auch bei länger anhaltender Arbeitsunfähigkeit gesichert.
- Sie kommen in den Genuss von äußerst günstigen Beiträgen, da der Altersteilzeittarif nur im Rahmen von betrieblichen Kollektivverträgen abgeschlossen werden kann.



Alle Vorteile auf einen Blick:

- Sicherung des Lebensstandards bei längerer Arbeitsunfähigkeit
- Individuell zugeschnittener Versicherungsschutz
- Inanspruchnahme günstiger Kollektivbeiträge
- Sofortiger Versicherungsschutz
- Einfache Beantragung

Gothaer
Krankenversicherung AG
Abteilung:
Gesundheit Betrieb Leistung (GBL)
Arnoldplatz 1
50969 Köln
Postfachanschrift:
50598 Köln
Telefon (02 21) 30 90 - 25 17
Telefax (02 21) 30 90 - 25 00
Gothaer im Internet:
www.gothaer.de

Überreicht durch:

Die private Krankentagegeldversicherung nach Tarif ATZ (Altersteilzeit)



Kollektiv-
geschäftsart /
Vertragspartner Gruppenvertrag Sammelversicherungsvertrag Rahmenvertrag (Vertragsart ggf. beim Arbeitgeber/Verband/Personalbüro erfragen)

Firma / Verband (Name und Ort) GKR-Firmen-Nr.

Antragsteller /
Versicherungs-
nehmer (VN) /
1. zu versichernde
Person

Neuantrag Änderung

Versicherungsnummer GKR-Agentur-Nr. **0** GKR-Mitarbeiter-Nr.

VD- / Agentur-Nr. **1** Antragskennung **0 6 5 0 7**

Antragsteller und zu versichernde Person (Vorname, Name) Mitarbeiter/Mitglied des o. g. Vertragspartners

männlich allein stehend
 weiblich zus.-lebend / verheiratet

Anschrift (Straße und Hausnummer)

Nationalität Geburtsdatum

LKZ PLZ Ort

Derzeitiger Beruf / Branche / Betriebsart Berufsschlüssel

E-Mail Telefon Telefax

Beginn und
Dauer der
Versicherung

Versicherungsbeginn **0 1** Versicherungsende

Die Versicherung ist befristet und endet zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn nicht zuvor ein anderer Beendigungsgrund eintritt (vgl. § 16 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen).

Angaben zur
Beitragszahlung

Zahlweise jährlich 1/2jährlich 1/4jährlich monatlich

Nachlässe **4 %** - - - -

Einzugsermächtigung (LSV) **Bitte beachten: Der Vertragsabschluss ist nur mit einer Einzugsermächtigung möglich.**

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

Konto-Nr. Kontoinhaber (Vorname, Name – falls nicht Antragsteller)

Bankleitzahl Geldinstitut (Name und Ort)

Versicherungs-
umfang /
Beitrags-
berechnung

Tarif ATZ
gewünschten Tagessatz in 2,50 Euro-Stufen angeben

7,50 EUR 10,00 EUR 15,00 EUR
 17,50 EUR 20,00 EUR 25,00 EUR oder EUR

Beitragsberechnung
Beitragsrate für 2,50 EUR (s. Antragsrückseite) Anzahl der 2,50 EUR-Stufen

x = Zu zahlender monatlicher Gesamt-Tarif-Beitrag in EUR

Erklärungen
zum Gesundheits-
zustand der zu
versichernden
Person

Bitte beantworten Sie folgende Fragen vollständig und richtig. Sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.

- Körpergröße, Körpergewicht _____ cm _____ kg
- Bestehen **Gesundheitsstörungen**, körperliche/geistige Schäden, chronische Leiden/Unfallfolgen? nein ja
- Haben in den letzten **3 Jahren** ambulante Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Behandler, stattgefunden oder/und bestand Arbeitsunfähigkeit (AU)? nein ja
- Wurde jemals eine **HIV-Infektion** festgestellt (positiver AIDS-Test)? nein ja
- Haben in den letzten **5 Jahren** Krankenhaus-, Heilstätten-, Lazarett- oder Sanatoriumsaufenthalte stattgefunden? nein ja

Ergänzende
Angaben zu den
mit „ja“ beant-
worteten Fragen

Person	Frage	Genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose, Art der Beschwerden/Fehlsichtigkeit). Wortlaut laut Amtlichem Bescheid. Falls Arbeitsunfähigkeit bestand, bitte Grund angeben.	Wiederholt aufgetreten? nein ja	Zeitraum (bei Arbeitsunfähigkeit auch: Dauer in Tagen) von / bis / Tage	Operation nein ja	Name, Anschrift der Heilbehandler bzw. der Krankenanstalten oder Sanatorien	Sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei? nein ja seit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Sofern der vorgesehene Raum zu den mit „ja“ beantworteten Fragen nicht ausreicht, sind entsprechende Angaben auf einem gesonderten Blatt unter Angabe der Nummer der Frage zu machen und von der zu versichernden Person zu unterschreiben. **Gesondertes Blatt:** ja

Vorversicherung
(Weiterer bzw. früherer Krankenversicherungsschutz)

Besteht, bestand oder wurde privater/gesetzlicher Krankenversicherungsschutz beantragt? nein ja (Bitte beachten: ggf. auch Berlin-Kölnische/Gothaer Krankenversicherung AG angeben)

Gesetzliche Krankenkasse (GKV) Private Krankenversicherung (PKV)

GKV PKV Versicherer / Krankenkasse von bis Krankenhaustagegeld Tagessatz Krankentagegeld Tagessatz

Durchschnittlicher monatlicher Nettoverdienst während der Altersteilzeit als Arbeitnehmer? Für welche Dauer besteht Anspruch auf Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit? Tage Wochen

Verantwortlichkeit,
Schluss-
erklärungen,
Widerspruchsrecht
und Unterschriften

Bevor Sie den Antrag unterschreiben: Lesen Sie bitte die nachstehend und auf der Rückseite des Antrags beschriebenen Schlusserklärungen, wichtigen Hinweise und Verbraucherinformationen. Diese Erklärungen enthalten unter anderem die Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung; sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärungen sowie die „Wichtigen Hinweise und Erklärungen“ zum Inhalt dieses Antrags.

Schlusserklärung des Antragstellers: Die gegenseitigen Rechte und Pflichten richten sich nach diesem Antrag, von dem mir bei Antragstellung eine Durchschrift ausgehändigt wird, den gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland, sowie nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die mir mit dem Versicherungsschein übersandt werden.

Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn der Versicherungsschein mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und dem Informationsblatt des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen gemäß § 10 a Abs. 1 a VAG sowie ein Auszug aus dem Kollektivversicherungsvertrag übermittelt wird.

Widerspruchsrecht: Nach Erhalt der Unterlagen habe ich das Recht, dem Vertrag innerhalb von 14 Tagen in Textform zu widersprechen.

Ort/Datum Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller)

Vermittler Antragsteller (zu versichernde Person)

Wichtige Hinweise und Erklärungen

Verantwortlichkeit für den Antrag

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 16 des Versicherungsvertragsgesetzes die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und schriftlich beantworten und dabei auch von mir für unwesentlich gehaltene Erkrankungen oder Beschwerden angeben muss. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

Verpflichtungen bis zur Annahme des Antrags

Ich verpflichte mich, alle Heilbehandlungen (einschließlich Beratungen und Untersuchungen), alle Veränderungen im Gesundheitszustand, alle Veränderungen hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit und/oder – sofern eine Krankentagegeldversicherung beantragt wird – eine Verminderung des Nettoeinkommens der zu versichernden Personen, die bis zur Annahme dieses Antrags eintreten, dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Das Gleiche gilt für eine zwischenzeitliche festgestellte Schwangerschaft und einen vorgenommenen Schwangerschaftsabbruch.

Schweigepflicht-entbindungsklausel

Mir ist bekannt, dass der Versicherer – soweit hierzu ein Anlass besteht – Angaben über meinen Gesundheitszustand und bei anderen Krankenversicherern auch Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertragsabschlusses überprüft. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, die mich in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über meinen Tod hinaus – und ermächtige sie, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Dies gilt auch für Angehörige eines Heilberufes ergeben. Auch zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht; dabei hat die Geltendmachung eines Leistungsanspruches die Bedeutung einer Schweigepflichtentbindung für den Einzelfall. Von der Schweigepflicht entbinde ich auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen von anderen Kranken- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen. Diese Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass die Gothaer Krankenversicherung AG, Köln, im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko- / Vertragsveränderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und / oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Gothaer Krankenversicherung AG und die mit ihr konzernmäßig verbundenen Unternehmen und Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen oder im Rahmen einer vom Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen vorgelegten oder von ihm genehmigten Funktionsausgliederung durch besonders auf die Einhaltung der Schweigepflicht und des Datenschutzes verpflichtete Dritte führen lassen und an den / die für mich zuständigen Vermittler weitergeben. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler jedoch nur, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiterhin ein, dass der / die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf / dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich die Möglichkeit hatte, in zumutbarer Weise vom Inhalt des vom Versicherer bereitgehaltenen Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen.

Bei Anträgen auf Krankentagegeld

Erklärungen zum Nettoeinkommen bei Anträgen auf Krankentagegeld:

Ich bestätige, dass das beantragte Krankentagegeld zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen (Bruttoeinkommen ./ . Steuern) nicht übersteigt.

Annahmefrist

Zur Prüfung meines Antrags steht dem Versicherer eine Zeit von längstens sechs Wochen zur Verfügung. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung. Sofern der Erlass von Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird, beginnt die Frist an dem Tage, an dem die Untersuchungsberichte dem Versicherer zugehen, spätestens aber am Tage nach Ablauf der Einreichfrist von 28 Tagen.

Wechsel des Krankenversicherers

Die Aufgabe eines bestehenden Versicherungsverhältnisses zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im allgemeinen für den Versicherungsnehmer unzweckmäßig und für beide Unternehmen unerwünscht.

Ansprechpartner / Aufsichtsbehörde

Sollten Sie im Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsvertrag, Ihrem Versicherungsschutz oder auch unserer Beratung und Betreuung Fragen, Wünsche, Bedenken oder Beschwerden haben, so können Sie sich jederzeit vertrauensvoll an Ihren Betreuer, unsere Außenstellen oder die Hauptverwaltung wenden. Für Mitglieder der Gothaer Versicherungsbank VVaG steht in allen Beschwerdefällen der Beauftragter für die Anliegen der Mitglieder, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln, zur Verfügung.

Generell steht Ihnen die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, als zuständige Aufsichtsbehörde in Beschwerdefällen zur Verfügung.

Monatliche Beitragsraten

Tarif ATZ – Monatliche Beitragsraten je 2,50 EUR Tagessatz für

Eintrittsalter	max. Vertragsdauer Jahre	Gruppenverträge		Sammelversicherungsverträge		Rahmenverträge	
		männlich in EUR	weiblich in EUR	männlich in EUR	weiblich in EUR	männlich in EUR	weiblich in EUR
55	3	1,81	2,15	1,84	2,18	1,89	2,25
56	3	1,91	2,21	1,94	2,24	2,00	2,32
57	3	2,01	2,27	2,05	2,31	2,11	2,38
58	3	2,12	2,32	2,15	2,36	2,22	2,43
59	3	2,24	2,37	2,27	2,40	2,34	2,48
60	1,5	2,30	2,40	2,33	2,43	2,40	2,51
61	1,5	2,41	2,44	2,45	2,48	2,53	2,56
62	1,5	2,53	2,49	2,56	2,53	2,64	2,61

Gesellschaft Aufsichtsratsvorsitzender Vorstand Rechtsform Hausanschrift Postanschrift

Gothaer Krankenversicherung AG

Dr. Roland Schulz (Vorsitzender)
 Dr. Karl-Josef Bierth (Vorsitzender), Dr. Reinhard Blei, Dr. Werner Görg, Michael Kurtenbach, Dr. Herbert Schmitz, Helmut Söhler
 Aktiengesellschaft · Sitz Köln · Registergericht: AG Köln, HRB 35505
 Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln
 Gothaer Krankenversicherung AG, 50598 Köln