

Antrag 1/2 Persönliche Daten mit Gesundheitsprüfung

Antragsschlüssel					
Daten des Abschlussvermittlers		Daten des Betreuers		Kennnummer-Abrechnungsgruppe	
Versicherungsnummer		Fremdaktenzeichen		Marketingschlüssel	
Antragsteller	Titel, Vorname, Name/Firma				☐ männlich
	Straße und Hausnummer				☐ weiblich
	Staat	Postleitzahl	Ort		
	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		Nationalität	Geburtsname	
	Geburtsland		Geburtsort		
	Telefonnummer		E-Mailadresse		
	☐ Ich möchte meine Vertragsdokumente an die angegebene E-Mailadresse erhalten.				
	Beschäftigungsverhältnis: ☐ angestellt ☐ selbstständig ☐ öffentlicher Dienst ☐ ohne Beschäftigung				
	Derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche			Steueridentifikationsnummer	
	Zu versichernde Person, nur wenn Antragsteller ungleich der zu versichernden Person	Titel, Vorname, Name			
Straße und Hausnummer				☐ weiblich	
Staat		Postleitzahl	Ort		
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		Nationalität	Geburtsname		
Geburtsland		Geburtsort	Steueridentifikationsnummer		
☐ 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:					
Wirtschaftlich Berechtigter	Titel, Vorname, Name				☐ männlich
	Straße und Hausnummer				☐ weiblich
	Staat	Postleitzahl	Ort	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
	Ist der Antragsteller und/oder der wirtschaftlich Berechtigte eine juristische Person (z. B. AG, GmbH, KG, Stiftung etc.)? ☐ nein ☐ ja				
	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 unter der Druckartikelnummer 114193 im Materialverzeichnis.				

Neue Geschäftsbeziehung	Nur zu beantworten, wenn eine Direktversicherung beantragt wird. Handelt es sich um eine neu zu begründende Geschäftsbeziehung mit der Gothaer Lebensversicherung AG oder der Gothaer Pensionskasse AG? ☐ nein ☐ ja Falls ja, dann reichen Sie uns bitte einen aktuellen Auszug der Firma aus einem amtlichen Register (z. B. Handelsregister) ein.
Auftretende Person	Gibt es für den Antragsteller/unseren Vertragspartner eine natürliche Person, die für diesen ausdrücklich auftritt (sogenannte Auftretende Person)? Zu identifizieren ist diejenige Person, die nachweislich im Namen und in Vollmacht des Vertragspartners handelt. ☐ nein ☐ ja Falls ja, bitte das Zusatzblatt (www.gothaer.de/216653) ausfüllen (wichtige Hinweise sowie Definitionen auf dem Zusatzblatt).

Angaben der zu versichernden Person

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 Grundfähigkeits-, Lebens-, Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-(Zusatz-)versicherungen und/oder Versicherungen gegen schwere Krankheiten bei anderen Versicherungsunternehmen 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	Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus? _____ Seit wann? _____ Ist die Probezeit zu Ende? ☐ nein ☐ ja Branche _____ Beschäftigungsverhältnis ☐ angestellt ☐ selbstständig ☐ öffentlicher Dienst ☐ ohne Beschäftigung ☐ derzeit Ausbildung/Studium zu: _____ Welche berufliche Ausbildung haben Sie abgeschlossen? ☐ kaufmännische Ausbildung ☐ handwerkliche/technische Ausbildung ☐ Studium ☐ derzeit in Ausbildung/Studium ☐ sonstiges (z. B. ungelernt, nicht abgeschlossene(s) 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: _____

Nur zu beantworten, wenn eine BU-Rente > 18.000 EUR jährlich (jeweils inkl. bestehender Vorversicherungen und inkl. Sofortbonus) beantragt ist oder ein ärztliches Zeugnis erforderlich ist.

Wie hoch war Ihr jährliches Bruttoarbeitseinkommen (bei Selbstständigen: Gewinn bzw. Jahresüberschuss vor Steuern) während der letzten drei Jahre?

Im Jahr _____ : _____ **EUR** Im Jahr 20 _____ : _____ **EUR** Im Jahr 20 _____ : _____ **EUR**

Bei Berufsstartern: Wie hoch ist Ihr vereinbartes jährliches Bruttoarbeitseinkommen? _____ **EUR**

Zusatzfragen	1. Zu wieviel Prozent üben Sie eine Innendiensttätigkeit mit kaufmännischen Aufgaben oder Büro-, Planungs-, Entwicklungs-, Beratungs- oder Verwaltungsarbeiten aus? ☐ mindestens 75 % ☐ weniger als 75 % 2. 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 % 3. Wie viele fest angestellte Voll- bzw. Teilzeitmitarbeiter (nicht: geringfügig Beschäftigte) führen Sie als disziplinarischer Vorgesetzter? ☐ mindestens 7 ☐ weniger als 7 4. Bitte geben Sie Ihren höchsten Ausbildungsabschluss an: ☐ abgeschlossenes Studium an einer staatlich anerkannten Hoch- oder Fachhochschule ☐ beruflicher Abschluss als Techniker/Meister oder an einer Fachschule ☐ Abschluss eines staatlich anerkannten Ausbildungsberufs ☐ schulischer Abschluss ☐ keinen
---------------------	---

Angaben
zum Ge-
sundheits-
zustand

Bitte immer beantworten, da eine Gesundheitsprüfung erforderlich ist. 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“ (215905) auszufüllen und beizufügen.

gesondertes Beiblatt? ☐ ja

Bitte geben Sie Ihre Größe und Ihr Gewicht an: **Größe** in cm _____ **Gewicht** in kg _____

nein ja



1. Waren Sie in den **letzten 36 Monaten** länger als ununterbrochen **10 Tage** arbeitsunfähig bzw. länger als **10 Tage** nicht in der Lage Ihrer ärztlichen Tätigkeit nachzugehen? ☐ ☐
2. Haben Sie in den **letzten 36 Monaten** Ihre Arbeitszeit reduziert? ☐ ☐
3. Bestehen und bestanden bei Ihnen in den **letzten 36 Monaten** Gesundheitsstörungen, Krankheiten oder Beschwerden des Rückens, des Bewegungsapparates, der Psyche, des Herzens oder des Kreislaufs, des Magen-Darm-Traktes, Zuckerkrankheit, neurologische Erkrankungen, Multiple Sklerose, Krebserkrankungen, Beschwerden der Augen, der Atmungsorgane, rheumatische Erkrankungen oder Infektionskrankheiten? ☐ ☐
Ausgenommen hiervon sind sogenannte Bagatellerkrankungen, ausdrücklich temporäre Grippeerkrankungen.
4. Wurde bei Ihnen ein Grad der Behinderung (GDB), ein Grad der Schädigungsfolgen (GDS), eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder eine Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit zuerkannt, bzw. haben Sie jemals einen Antrag gestellt? ☐ ☐
5. Haben Sie jemals einen Antrag auf Leistungen bei dem für Sie zuständigen ärztlichen Versorgungswerk gestellt? Hierzu zählen auch Anträge auf Leistungen zur Einstellung einer Ersatzkraft oder Übergangsleistungen? ☐ ☐
6. Haben Sie in den **letzten 36 Monaten** verschreibungspflichtige Medikamente eingenommen? ☐ ☐
7. Haben Sie in den **letzten 12 Monaten** geraucht, gedampft (nikotinhaltig sowie nikotinfrei) oder in sonstiger Form Nikotin konsumiert? Hierzu zählt z. B. der Genuss von Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Kautabak, Snus, Pfeifen, Shishas (Wasserpfeifen) oder auch die Verwendung elektrischer Verdampfer wie beispielsweise E-Zigaretten, E-Zigarren oder E-Pfeifen, wie auch die Verwendung von Tabakerhitzern wie z. B. IQOS. ☐ ☐

Ergänzende
Angaben zu
den mit „ja“
beantworteten Fragen
(ggf. Beiblatt
215905
nutzen)**Frage Nr. 1**

Genauere Krankheitsbezeichnung, Diagnose (Art der Beschwerden, Behandlungen, Operationen und Untersuchungen).
Medikamente (Name, Dosis, Dauer der Einnahme)? Bestehen Folgen der Erkrankung? Wenn ja, welche?
Erfolgte ein stationärer Aufenthalt? Wenn ja, welcher? Ist die Erkrankung wiederholt aufgetreten?

Beginn, Ende, Dauer

Bei wem? Wo (Arzt, Krankenanstalten, Sanatorien etc. mit Name, PLZ, Ort)?

Frage Nr. 2

Wann haben Sie die Arbeitszeit reduziert?

Aus welchen Gründen wurde die Arbeitszeit reduziert?

Wie hoch war die vereinbarte Wochenarbeitszeit vor der Reduzierung?

Wie hoch ist die aktuell vereinbarte Wochenarbeitszeit?

Frage Nr. 3

Genauere Krankheitsbezeichnung, Diagnose (Art der Beschwerden, Behandlungen, Operationen und Untersuchungen).
Medikamente (Name, Dosis, Dauer der Einnahme)? Bestehen Folgen der Erkrankung? Wenn ja, welche?
Erfolgte ein stationärer Aufenthalt? Wenn ja, welcher? Ist die Erkrankung wiederholt aufgetreten?

Beginn, Ende, Dauer

Bei wem? Wo (Arzt, Krankenanstalten, Sanatorien etc. mit Name, PLZ, Ort)?

Frage Nr. 4

Aufgrund welcher Erkrankung wurde ein GDB, ein GDS, eine MdE oder eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit zuerkannt bzw. ein Antrag gestellt?

Welche Einschränkungen bestehen aktuell?

Bei einem anerkannten GDB, GDS, einer anerkannten MdE oder Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit reichen Sie uns bitte eine Kopie des Anerkennungsbescheides ein.

Frage Nr. 5

Aus welchen Gründen haben Sie einen Antrag auf Leistungen des Versorgungswerkes gestellt?

Über welchen Zeitraum haben Sie Leistungen aus dem Versorgungswerk bezogen?

Frage Nr. 6

Genaue Krankheitsbezeichnung, Diagnose (Art der Beschwerden, Behandlungen, Operationen und Untersuchungen).
Medikamente (Name, Dosis, Dauer der Einnahme)? Bestehen Folgen der Erkrankung? Wenn ja, welche?
Erfolgte ein stationärer Aufenthalt? Wenn ja, welcher? Ist die Erkrankung wiederholt aufgetreten?

Beginn, Ende, Dauer

Bei wem? Wo (Arzt, Krankenanstalten, Sanatorien etc. mit Name, PLZ, Ort)?

Hausarzt

Gibt es einen Hausarzt bzw. Arzt, der am besten über die gesundheitlichen Verhältnisse der zu versichernden Person Bescheid weiß? ☐ nein ☐ ja

Vorname, Name und vollständige Anschrift

Fachrichtung in Behandlung seit

Besondere Gefahren der zu versichernden Person

Sind Sie beruflich besonderen Gefahren ausgesetzt, z. B. Umgang mit Sprengstoffen, energiereichen Strahlen, gesundheitsschädlichen Stoffen? ☐ nein ☐ ja

Bitte erläutern Sie: _____

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

Falls ja, wann, wohin und wie lange? _____

Bezugsrecht im Erlebensfall

Für den Erlebensfall wird als bezugsberechtigt festgelegt: **Versicherungsnehmer**

Betriebliche Altersversorgung (Direktversicherung)

Versicherung aus	Unverfallbarkeit
☐ Entgeltumwandlung	☐ gesetzlich
☐ Arbeitgeberfinanzierung	☐ vertraglich ab Beginn
Personalnummer _____	
Eintritt in die Firma _____	

Bezugsrecht

Entgeltumwandlung:	Unwiderrufliches Bezugsrecht für die versicherte Person.
Firmenfinanzierung:	Unwiderrufliches Bezugsrecht für die versicherte Person, sofern die Voraussetzungen für die Unverfallbarkeit eingetreten sind, ansonsten widerruflich.

Besondere Vereinbarungen

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 Arnoldiplatz 1 50969 Köln	Gläubiger ID DE16ZZZ00000070200	
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) Im europäischen Währungsraum nicht erforderlich.		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		
Abbuchungs-termin	☐ 1. eines Monats ☐ 15. eines Monats (nicht bei fondsgebundenen Tarifen/nicht bei Einmalbeiträgen) ☐ wie bisher		
Hinweise zur Datenverarbeitung und den Ihnen zustehenden Rechten nach Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO)	Nach Art. 13 DS-GVO möchten wir Ihnen Informationen zur Datenverarbeitung geben. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die Gothaer Pensionskasse AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln, E-Mail info@gothaer.de . Alle weiteren Informationen nach Art. 13 DS-GVO 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 .		

Einwilligungserklärung

Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

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 für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

☐ Ich willige ein, dass der Versicherer – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und –verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an den Versicherer übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch den Versicherer an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

☐ Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

☐ Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe Abfrage von Gesundheitsfragen bei Dritten).

Möglichkeit II:

☐ Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

Hinweis zum Bezugsrecht

Hiermit bestätige ich, dass die bezugsberechtigte Person der Versicherungsleistung im Fall der Berufsunfähigkeit die versicherte Person oder ein Angehöriger der versicherten Person gemäß §15 Abs. 1 Nr. 2 bis 7 der Abgabenordnung (AO) ist.

(Das sind: Ehegatten oder Lebenspartner, Verwandte und Verschwägerter in gerader Linie, Geschwister, Kinder der Geschwister, Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner, Geschwister der Eltern.)

- Schluss-
erklärungen** Die auf den folgenden Seiten beschriebenen „**Erklärungen und wichtigen Hinweise**“ insbesondere zur „**Vorvertraglichen Anzeigepflicht**“, und zur „**Einwilligung in Auskünfte über das allgemeine Zahlungsverhalten**“ habe ich zur Kenntnis genommen. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Ich mache sie zum Inhalt dieses Antrags. Ich halte mich an meinen Antrag einen Monat gebunden. Mein Widerrufsrecht bleibt hiervon unberührt. Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.
- Einwilligung
zur Daten-
verarbeitung** 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**“ 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.**

**Unter-
schriften**

 Ort, Datum

 Zu versichernde Person

 Gesetzlicher Vertreter

 Antragsteller/Versicherungsnehmer

 Vermittler

 Kommunikationsdaten Vermittler

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

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

**Empfangs-
bekenntnis** Ich bestätige, dass ich den „**Antrag (2/2): Tarifdaten**“ sowie alle **nachfolgend aufgeführten** Unterlagen vor Antragstellung erhalten habe:

- ☐ Produktinformationsblatt
- ☐ Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Premium mit Arbeitsunfähigkeitsleistungen
- ☐ Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Premium ohne Arbeitsunfähigkeitsleistungen
- ☐ Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Gothaer Direktversicherung Berufsunfähigkeitspolice
- ☐ Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Invest
- ☐ Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung

 Ort, Datum

 Unterschrift des Antragstellers/Versicherungsnehmers zum Empfangsbekenntnis

Erklärungen und wichtige Hinweise

Vorvertragliche Anzeigepflicht

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 Vertragsanbahnung in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

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 Rückkaufswertes.

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.

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.

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.

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.

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

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 § 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 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 ausgehändigt wurden. Mündliche Nebenabreden sind ungültig.
Hinweise zur Datenverarbeitung und den Ihnen zustehenden Rechten nach Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO)	Nach Art. 13 DS-GVO 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 DS-GVO finden Sie im entsprechenden Informationsblatt, welches diesem Antrag als Anlage beigelegt ist. 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 auch unter www.gothaer.de/datenschutz .

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, 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 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.

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. Der Versicherer speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei dem Versicherer 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.