Die private Gothaer Zahn-Ergänzungsversicherung MediZ Smile 75/85 für GKV-Versicherte

Gothaer

Dieser Antrag ist im Adobe PDF Reader auszufüllen zwecks vollständiger Funktionalität.

Bedienungsanleitung

>> Neue Eingabe

Für EV/MA/SAD: 1 (RD-AGT-Nr.) | Für Makler/Sonstige: 0 (GKR-AGT-Nr.)

Stand: 10.2024 **AN118245**

Bestehende Versicherungsnummer

Antragsteller/ Versicherungs-nehmer (VN)

Titel, Vorname, Name — ☐ männlich ☐ weiblich

Straße und Hausnummer

Postleitzahl | Ort | E-Mail-Adresse — ☐ **VN ist VP 1**

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Zu versichernde Person 1 (VP)
Wenn VN = VP hier bitte keine Angaben machen

Titel, Vorname, Name | Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) — ☐ männlich ☐ weiblich

Zu versichernde Person 2 (VP)

Titel, Vorname, Name | Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) — ☐ männlich ☐ weiblich

Zu versichernde Person 3 (VP)

Titel, Vorname, Name | Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) — ☐ männlich ☐ weiblich

Zu versichernde Person 4 (VP)

Titel, Vorname, Name | Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) — ☐ männlich ☐ weiblich

Bestehende gesetzliche Kranken-versicherung

Besteht eine deutsche gesetzliche Krankenversicherung (GKV)?

VP 1 ☐ nein ☐ ja — Name GKV

VP 2 ☐ nein ☐ ja — Name GKV

VP 3 ☐ nein ☐ ja — Name GKV

VP 4 ☐ nein ☐ ja — Name GKV

Zahlweise

☐ jährlich (4 % Nachlass) ☐ 1/2-jährlich ☐ 1/4-jährlich ☐ monatlich ☐ wie bisher

Teilnahme am SEPA-Lastschriftverfahren ☐ nein ☐ ja

Beginn und Dauer der Versicherung

0 1 . . 2 0
Versicherungsbeginn

Der Versicherungsvertrag nach Krankheitskostentarifen wird für die Dauer von 2 Jahren abgeschlossen (zum Versicherungsjahr siehe Allgemeine Versicherungsbedingungen). Er verlängert sich stillschweigend um jeweils 1 Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Versicherungs-umfang und Beitrags-berechnung

VP	Tarifname			Monatlicher Beitrag (Alle Beiträge in Euro.)
1	MediZ Smile	☐ 75	☐ 85	
2	MediZ Smile	☐ 75	☐ 85	
3	MediZ Smile	☐ 75	☐ 85	
4	MediZ Smile	☐ 75	☐ 85	

Monatlicher Gesamtbeitrag ▶

Angaben zum Zahnzustand

Bitte beachten Sie unsere wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht (§19 Abs. 5 VVG) auf S. 5/6.

Weitere Erläuterungen zu den Zahnfragen finden Sie auf der nachfolgenden Seite.

Sind zum Zeitpunkt der Antragstellung Behandlungen von Ihrem/Ihrer Zahnarzt/Zahnärztin angeraten oder wurden sie bereits begonnen, besteht für diese bis zum Abschluss der Maßnahme kein Versicherungsschutz. Dies gilt entsprechend auch
– für das Entfernen nicht erhaltungswürdiger Zähne und den darauffolgenden Zahnersatz
– für die Versorgung bereits bei Antragstellung fehlender Zähne mit Zahnersatz.

Für nach Vertragsschluss **erstmals** angeratene und begonnene zahnärztliche Behandlungen besteht Versicherungsschutz im tariflichen Umfang.

	VP 1		VP 2		VP 3		VP 4	
	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja
1. Gab es in den letzten 3 Jahren behandlungsbedürftige Parodontalbefunde bzw. fand eine Behandlung wegen Parodontitis/Parodontose* statt oder wurde eine solche angeraten? (* Bakterielle Entzündung mit Rückgang des Zahnfleisches)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Haben Sie aktuell fehlende Zähne, die noch nicht ersetzt sind? (Außer Weisheitszähne, vollständige Lückenschlüsse sowie Milchzähne im Wechselgebiss)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Anzahl								
3. Haben Sie aktuell Zahnersatz für 6 oder mehr Zähne? (Teilkronen, Kronen, Prothesen, Brücken inkl. Ankerzähne, Implantate)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Erläuterungen zu den Zahnfragen

Zu Frage 1

Tritt eine Parodontoseerkrankung nach Vertragsabschluss auf, besteht Versicherungsschutz im tariflichen Umfang.
Wenn es jedoch **in den letzten 3 Jahren** behandlungsbedürftige Parodontalbefunde gab oder eine Behandlung wegen Parodontitis/Parodontose stattfand, kann kein Versicherungsschutz angeboten werden. Dies gilt entsprechend, wenn eine Behandlung wegen Parodontitis/Parodontose **angeraten** wurde.

Zu Frage 2

Fehlt **1 Zahn,** sind zukünftige zahnärztliche Maßnahmen an diesem im tariflichen Umfang mitversichert, falls die Behandlungsmaßnahmen zu seinem Ersatz **erstmals nach Vertragsabschluss** angeraten oder begonnen werden.
Sind zahnärztliche Behandlungen für den Ersatz dieses Zahnes bereits angeraten oder begonnen worden, besteht für diese kein Versicherungsschutz.
Fehlen **2 oder 3 Zähne,** besteht kein Versicherungsschutz für alle zahnärztlichen Behandlungen, die für den Ersatz der bei Antragstellung fehlenden Zähne erforderlich sind.
Fehlen **4 und mehr Zähne,** kann kein Versicherungsschutz angeboten werden.

Zu Frage 3

Wir versichern Sie **ohne Einschränkungen,** wenn aktuell **nicht mehr als 5 Zähne** mit Zahnersatz versorgt sind.
Bei Zahnersatz für **6 oder mehr Zähne** kann kein Versicherungsschutz angeboten werden.
Nicht versichert sind bereits angeratene oder begonnene zahnärztliche Behandlungen an dem vorhandenen Zahnersatz.

MediZ Smile 75/85

Wechselvorteil bei Vorversicherung
Es besteht bis zum Versicherungsbeginn eine private Zusatzversicherung für Zahnersatz mit einer vorgesehenen tariflichen Erstattung von mindestens 70 % bei MediZ Smile 75 bzw. 80 % bei MediZ Smile 85 bei dem folgenden Unternehmen:

	Nein	Ja	Name Ihres bisherigen Versicherungsunternehmens
VP1	☐	☐	.....
VP2	☐	☐	.....
VP3	☐	☐	.....
VP4	☐	☐	.....

Wenn Sie die Frage mit „Ja“ beantworten können, so verkürzt sich Ihre Leistungsbegrenzung. Die Leistungen für Zahnbehandlung und Zahnersatz sind zusammen in den ersten drei Versicherungsjahren begrenzt auf einen Erstattungshöchstbetrag von insgesamt: 1.000 Euro im ersten Versicherungsjahr, 2.000 Euro in den ersten zwei Versicherungsjahren, 3.000 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren (vgl. Abschnitt B.4. der AVB Teil II).

Monatsbeiträge Tarif MediZ Smile

Alter	MediZ Smile 75 in Euro	MediZ Smile 85 in Euro	Alter	MediZ Smile 75 in Euro	MediZ Smile 85 in Euro
0–20	5,50	6,50	41–45	17,00	20,70
21–25	9,15	10,65	46–50	19,50	23,70
26–30	9,50	12,00	51–55	22,50	27,50
31–35	12,00	14,70	56–60	25,00	33,00
36–40	14,40	17,35	61–67	29,50	39,00

Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist

Ich stimme zu, dass mein beantragter Versicherungsschutz **vor** Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Abweichend von den dem Versicherungsvertrag zugrundeliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen wird der erste Beitrag mit Beginn des Versicherungsschutzes fällig.

Empfangsbekenntnis

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

Einwilligung in die Datenverarbeitung

Weiterhin habe ich die auf den Folgeseiten des Antrags abgedruckten Erläuterungen zur

1. Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten durch die Gothaer Krankenversicherung AG
2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten
3. Weitergabe meiner Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Gothaer Krankenversicherung AG sowie Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit der unter 3.1 bis 3.4 genannten Stellen – wie die
   - 3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung
   - 3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
   - 3.3 Datenweitergabe an Rückversicherer
   - 3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
4. Speicherung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

und meine **Widerrufsmöglichkeit** zur Kenntnis genommen und willige durch meine nachstehende Unterschrift in dem dort beschriebenen Umfang in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützten Daten durch die Gothaer Krankenversicherung AG ein.

Schlusserklärungen

Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben und Erklärungen, die Sie oder der/die Vermittler/-in für Sie in diesem Antrag gemacht haben auf **Richtigkeit und Vollständigkeit. Beachten Sie** hierzu auch die **auf den folgenden Seiten** beschriebenen **„Erklärungen und wichtigen Hinweise“,** den **Hinweis auf das Widerrufsrecht** sowie die **„Wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht“.** Sie sind **wichtiger Bestandteil des Vertrages. Ich mache mit meiner Unterschrift die „Erklärungen und wichtigen Hinweise“, den Hinweis auf das Widerrufsrecht sowie die „Wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht“ zum Inhalt dieses Antrags.**

Unterschriften

..... ✗ .....
Ort, Datum (immer angeben) **Antragsteller/Versicherungsnehmer**

✗ ✗ ✗ ✗

VP1 **Zu versichernde Person ab 16 Jahren** (bei Minderjährigen zusätzlich gesetzl. Vertreter)

VP2 **Zu versichernde Person ab 16 Jahren** (bei Minderjährigen zusätzlich gesetzl. Vertreter)

VP3 **Zu versichernde Person ab 16 Jahren** (bei Minderjährigen zusätzlich gesetzl. Vertreter)

VP4 **Zu versichernde Person ab 16 Jahren** (bei Minderjährigen zusätzlich gesetzl. Vertreter)

Vermittlerdaten

..... ✗ .....
Vorname, Name, Telefon-/Faxnummer in Klarschrift/ggf. Stempel **Vermittler**

SEPA-Lastschrift-Mandat

Antwort: Gothaer Krankenversicherung AG, 50598 Köln

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 Krankenversicherung AG
Arnoldiplatz 1
50969 Köln

Gläubiger ID DE52ZZZ00000070522

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

Hinweise zur Datenverarbeitung und den Ihnen zustehenden Rechten nach Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

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

>>Neue Eingabe >>Speichern >>Drucken

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Einwilligung in die Verarbeitung* von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag verarbeiten zu dürfen, benötigt die Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (kurz Gothaer) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die Gothaer Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, verarbeiten zu dürfen. Die Gothaer 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 die Gothaer selbst (unter 1.),
– im Zusammenhang mit der Erhebung oder Erfassung bei Dritten (unter 2.),
– bei der Übermittlung an Stellen außerhalb der Gothaer (unter 3.) und
– wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).
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.

* Nach Art. 4 Ziffer 2 DSGVO umfasst die „Verarbeitung" u. a. das Erheben, das Erfassen, die Organisation, das Ordnen, die Speicherung, die Anpassung oder Veränderung, das Auslesen, das Abfragen, die Verwendung, die Offenlegung durch Übermittlung oder Verbreitung personenbezogener Daten.

1. Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten

Verarbeitung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Gothaer.

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

2. Erhebung oder Erfassung von Gesundheitsdaten bei Dritten

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen zu erheben oder erfassen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die Gothaer 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. Die dazu erforderliche Einverständniserklärung wird im Einzelfall eingeholt.

3. Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten

Die Gothaer verpflichtet die unter 3.1 bis 3.4 genannten Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1 Übermittlung von Daten zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Gothaer 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 die Gothaer 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 die Gothaer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Gothaer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die Gothaer führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Verarbeitung 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 übermittelt, benötigt die Gothaer Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.
Die Gothaer führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Gothaer verarbeiten 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 Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Gothaer Ihre Einwilligung.

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

3.3 Übermittlung von Daten an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Gothaer 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 die Gothaer Ihren Versicherungsantrag 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 die Gothaer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risikoprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.
Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Gothaer das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.
Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen übermittelt, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen übermittelt 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 die Gothaer 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 die Gothaer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Übermittlung von Daten an selbstständige Vermittler

Die Gothaer 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 auf einen anderen Vermittler 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 auf einen anderen Vermittler vor der Übermittlung von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die Gothaer 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 verarbeitet und zu Beratungszwecken verwendet werden dürfen.

4. Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die Gothaer Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die Gothaer speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können bzw. selbst notwendige Anfragen an Mitglieder des PKV-Verbandes zu richten. Ihre Daten werden bei der Gothaer bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die Gothaer 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 verarbeitet.

Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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 des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.
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.
Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag 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 drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

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.

Erklärungen und wichtige Hinweise

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, vollständig und wahrheitsgemäß anzugeben,** sofern der Versicherer nach Antragstellung bis zur Zusendung des Versicherungsscheins erneut Fragen hiernach stellt.

Antragsbindefrist

An meinen Antrag bei der Gothaer Krankenversicherung AG, dessen Durchschrift mir nach meiner Unterschrift ausgehändigt wird, halte ich mich 6 Wochen gebunden, sofern ich ihn nicht nach Zugang des Versicherungsscheins innerhalb von 14 Tagen widerrufe. Die Frist beginnt mit dem Tag, an dem der Antrag unterschrieben ist.

Änderung von Anschrift u. Namen

Mir ist bekannt, dass Änderungen von Anschrift oder Namen des Versicherungsnehmers und/oder der versicherten Person/-en dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen sind.

Zustandekommen des Vertrages

Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn vor Antragstellung die nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und der Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) erforderlichen Unterlagen und Informationen übergeben worden sind und der Versicherungsnehmer nach Erhalt des Versicherungsscheins nicht innerhalb von 14 Tagen seine Vertragserklärung widerruft.

Vertragsgrundlagen

Die gegenseitigen **Rechte und Pflichten** richten sich nach diesem Antrag, von dem mir **bei Antragstellung eine Durchschrift/Kopie** ausgehändigt wird, und evtl. dazu abgegebenen schriftlichen Erklärungen, den gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland sowie nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, einschließlich Tarifbeschreibung. Mündliche Nebenabreden sind ungültig.

Widerrufsrecht

Sämtliche Informationen zu Ausübung und Frist Ihres Widerrufsrechts finden Sie in den Allgemeinen Kundeninformationen sowie in Ihrem Versicherungsschein, jeweils unter der Überschrift „Widerrufsbelehrung“.

> Beiblatt Allgemeine Kundeninformation
> Beiblatt IPID MediZ Smile 75
> Beiblatt IPID MediZ Smile 85
> Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil I
> Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil II MediZ Smile 75
> Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil II MediZ Smile 85

>>Neue Eingabe >>Speichern >>Drucken

Hinweise zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz

Hinweise zur Datenverarbeitung und den Ihnen zustehenden Rechten nach Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Nach Art. 13 DSGVO möchten wir Ihnen Informationen zur Datenverarbeitung geben. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die **Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln, E-Mail info@gothaer.de**. Alle weiteren Informationen nach Art. 13 DSGVO finden Sie im entsprechenden Informationsblatt, welches diesem Antrag als Anlage beigefügt 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.

> **Dienstleisterliste**

> **Datenschutz-Informationsblatt**

Zu beachten bei Faxanträgen

Bitte fügen Sie bei Faxanträgen **immer** die Seiten „Einwilligung zur Schweigepflichtentbindung“, „Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht“/„Erklärungen und wichtige Hinweise“ und „SEPA-Lastschrift-Mandat“ hinzu.

RisikoHotline – nur für Vermittler

In der Zeit von montags bis freitags 08:00 – 18:00 Uhr steht Ihnen die RisikoHotline unter der **Telefonnummer 0221 308-24096** zur Verfügung.

Nutzen Sie die RisikoHotline, um vorab telefonisch eine verbindliche Risikoeinschätzung zu erhalten und profitieren Sie von den Vorteilen:

- Schnelle Information an den Kunden
- Vermeidung von Arztberichten und Attesten
- Hohe Direktentscheidungsquote
- Einheitliche und transparente Risikopolitik

Gesellschaft **Gothaer Krankenversicherung AG**
Sitz Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (Hausanschrift)
Aufsichtsrat Prof. Dr. Werner Görg (Vorsitzender)
Vorstand Christian Ritz (Vorsitzender),
Thomas Bischof, Dr. Mathias Bühring-Uhle,
Dr. Sylvia Eichelberg, Harald Ingo Epple, Dr. Andreas Eurich,
Frank Lamsfuß, Oliver Schoeller, Alina vom Bruck

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