

Antrag

Die private Gothaer

- Krankheitskostenvollversicherung
- Pflegepflichtversicherung
- Ergänzungsversicherung

Stand: 07.2017

Die private Gothaer Kranken- und Pflegepflichtversicherung



Änderungsantrag

Für AO/MA/SAD

Für Makler/Sonstige

1

0

Bestehende Versicherungsnummer

VD-AGT-Nr.

GKR-AGT-Nr.

Stand: 07.2017 **AN204734**

Antragsteller/
Versicherungs-
nehmer
(VN)

Titel, Vorname, Name

männlich
 weiblich

Straße und Hausnummer

VN ist VP1

Postleitzahl

Ort

alleinstehend
 verheiratet/
zus.lebend

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Hauptwohnsitz in D seit (MM.JJJJ)

E-Mailadresse (freiwillige Angabe)

derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit und Branche

angestellt
 selbstständig

öffentlicher Dienst
 ohne Beschäftigung

Identifikationsnummer (SteuerID) nur bei Vollversicherung

Zu versichernde Person 1 (VP)

Wenn VN = VP hier bitte keine Angaben machen!

Titel, Vorname, Name

männlich
 weiblich

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Hauptwohnsitz in D seit (MM.JJJJ)

alleinstehend

abweichende Anschrift (immer angeben
Beiblatt 211377 ist beizufügen)

verheiratet/zus.lebend

derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit und Branche

angestellt
 selbstständig

öffentlicher Dienst
 ohne Beschäftigung

Identifikationsnummer (SteuerID) nur bei Vollversicherung

Zu versichernde Person 2

Titel, Vorname, Name

männlich
 weiblich

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Hauptwohnsitz in D seit (MM.JJJJ)

alleinstehend

abweichende Anschrift (immer angeben
Beiblatt 211377 ist beizufügen)

verheiratet/zus.lebend

derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit und Branche

angestellt
 selbstständig

öffentlicher Dienst
 ohne Beschäftigung

Identifikationsnummer (SteuerID) nur bei Vollversicherung

Für Beantragung Beihilfe

VP Für die **Beantragung von Beihilfetarifen** bitte **immer** die folgenden Angaben machen.

1 Beihilfberechtigter Versorgungsempfänger berücksichtigungs-fähiger Ehepartner berücksichtigungs-fähiges Kind Bund Bundesland ambulant stationär Beihilfesatz (in %)

2 Beihilfberechtigter Versorgungsempfänger berücksichtigungs-fähiger Ehepartner berücksichtigungs-fähiges Kind Bund Bundesland ambulant stationär Beihilfesatz (in %)

Für Beantragung Krankentagegeld und/oder KV-Vollversicherung/OPT G für Selbstständige

Für die **Beantragung eines Krankentagegeldes bzw. einer Krankheitskostenvollversicherung/OPT G für Selbstständige** bitte **immer** die folgenden Angaben machen.
Wichtiger Hinweis: Mit Ihrer Unterschrift unter dem Antrag bestätigen Sie, dass das beantragte Krankentagegeld zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigt.

1 angestellt Wochen Gehaltsfortzahlung selbstständig seit (MM.JJJJ) Anzahl sozialvers. pfl. Angestellte Stammkapital Anteil (in %) bei GmbH-Geschäftsführern

selbstständig nur aufsichtsführend auch mitarbeitend

2 angestellt Wochen Gehaltsfortzahlung selbstständig seit (MM.JJJJ) Anzahl sozialvers. pfl. Angestellte Stammkapital Anteil (in %) bei GmbH-Geschäftsführern

selbstständig nur aufsichtsführend auch mitarbeitend

Beginn und Dauer der Versicherung

0 1 . . 2 0
Versicherungsbeginn

Der Versicherungsvertrag nach Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldtarifen – ausgenommen bei Tarif PSKV – 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	Gesetzlicher Zuschlag	Medizinischer Wagnisausgleich	Monatlicher Gesamt-(Mehr)Beitrag
1			+		=
			+		=
			+		=
			+		=
			+		=
	<input type="checkbox"/> PVN <input type="checkbox"/> PVB		+		=
	<input type="checkbox"/> MediR Single 8 Wochen		+		=

Für Tarif MediVita

Ich trage Sehhilfen und möchte dafür Leistungen (Zuschlag 5 EUR mtl.) keine Leistungen

Monatlicher Gesamtbeitrag VP 1

2			+		=
			+		=
			+		=
			+		=
			+		=
	<input type="checkbox"/> PVN <input type="checkbox"/> PVB		+		=
	<input type="checkbox"/> MediR Single 8 Wochen		+		=

Für Tarif MediVita

Ich trage Sehhilfen und möchte dafür Leistungen (Zuschlag 5 EUR mtl.) keine Leistungen

Monatlicher Gesamtbeitrag VP 2

Tarifabgang

VP 1

VP 2

Monatlicher Gesamtbeitrag

Angaben zum Gesundheitszustand Im Gendiagnostikgesetz hat der Gesetzgeber in §18 festgelegt: Der Versicherer darf von Versicherten weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages die Vornahme genetischer Analysen verlangen oder Ergebnisse aus bereits vorgenommenen Gentests entgegennehmen oder verwenden. Bekannte Vorerkrankungen sind unabhängig von dieser gesetzlichen Regelung stets anzugeben.

Sofern Sie während des Vertragsverhältnisses durch schriftliche Erklärungen und Leistungsanträge **bereits vollständige Informationen** zu den **Fragen 2. -4. und 7.-10.** gegeben haben, müssen diese nicht wiederholt werden. **Die Fragen 1., 5. sowie 6. (Ausnahme: bei Zahntarifen die Fragen 11. und 12.) sind immer zu beantworten.** Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar der Gothaer Krankenversicherung AG schriftlich mitzuteilen.
Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Bitte geben Sie auch solche Krankheiten und Beschwerden an, die Sie für unwesentlich halten. Sie gefährden sonst Ihren Versicherungsschutz.
Bitte beachten Sie unsere wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht (§19 Abs. 5 VVG) auf S. 6/7.

Nicht bei Zahn- tarifen beantworten

1. **Körpergröße** (in cm) und **-gewicht** (in kg) **1** cm kg **2** cm kg

		Person 1	Person 2
		nein ja	nein ja
2. Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen aufgrund Vorerkrankungen), Beratungen, Behandlungen oder Operationen durch Ärzte, Heilpraktiker oder Angehörige anderer Heilberufe statt bzw. sind solche beabsichtigt oder angeraten?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Behandlungen oder Operationen statt oder sind solche beabsichtigt oder angeraten? Bitte auch Aufenthalte in Kurkliniken oder Sanatorien angeben.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fanden in den letzten 5 Jahren Behandlungen , Therapien/Gesprächstherapien, Untersuchungen oder Beratungen aufgrund psychischer oder psychosomatischer Erkrankungen/Störungen statt oder sind solche angeraten oder beabsichtigt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (positiver Aids-Test)? Steht noch ein Testergebnis aus?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen zurzeit Krankheiten, andauernde oder wiederkehrende Beschwerden, Anomalien, Funktionsbeeinträchtigungen körperlicher/geistiger Art, Körperimplantate/-prothesen (außer Zahn), die nicht ärztlich und nicht durch Angehörige anderer Heilberufe behandelt worden sind?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Bestehen Fruchtbarkeitsstörungen (männlich/weiblich)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ist das Tragen einer Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen) notwendig/angeraten? Wenn ja, Dioptrien angeben.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dioptrien VP1 li <input type="text"/> re <input type="text"/>	VP2 li <input type="text"/> re <input type="text"/>	
9. Bestehen anerkannte Schwerbehinderungen , Erwerbsminderungen, Kriegs- bzw. Wehrdienstbeschädigungen? Beziehen Sie eine Rente aus einer privaten Unfallversicherung bzw. Berufsgenossenschaft? Wenn ja, amtlichen Bescheid beifügen und den Grad der Behinderung angeben.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/> %	<input type="text"/> %

Bei Vollversicherungen und OPT G beantworten

10. Werden oder wurden in den letzten **3 Jahren** wiederholt oder **regelmäßig** Arzneimittel (auch nicht ärztlich verordnete) eingenommen und/oder äußerlich angewendet?

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bei Tarifen mit Zahnschutz beantworten

Bei Zahnergängungstarifen gelten die Vereinbarungen zu fehlenden Zähnen und begonnenen/angeratenen Behandlungen auf Seite 7/7

11. **Fehlen Zähne** (außer Weisheitszähne, Lückenschlüsse bzw. Milchzähne, die aufgrund des natürlichen Zahnwechsels aktuell fehlen) die noch nicht ersetzt sind?

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anzahl <input type="text"/>		<input type="text"/>	

12. Findet eine **zahnärztliche Behandlung** (auch Zahnersatz-, Kronen-, Inlays-, Kieferorthopädie- oder Parodontosebehandlung) statt bzw. ist eine solche beabsichtigt oder angeraten? Wenn ja, Heil- und Kostenplan beifügen (nicht bei Neuantrag von Zahnergängungstarifen).

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Tarif MediVita Z 70/90

13. Nur bei **Tarif MediVita Z 70/90** beantworten: Ist Ihr Gebiss mit künstlichen Zähnen, Brücken, Kronen, Zahnprothesen oder Inlays versorgt, die älter als 60 Monate sind? Wenn nein, werden die Höchstsätze ab dem 4. Kalenderjahr aufgehoben.

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ergänzende Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen	VP/Frage	Genauere Krankheitsbezeichnungen (Diagnosen), Art der Beschwerden, Behandlungen/Untersuchungsergebnisse, Arzneimittelname und Dosis	Behandlungszeiträume von – bis (TT.MM.JJ)	Behandlungsfrei?		Beschwerdefrei?		Operationen?		Ärzte oder Angehörige anderer Heilberufe (auch Krankenanstalten und Sanatorien) Name, Postleitzahl und Ort
				nein	ja, seit (TT.MM.JJ)	nein	ja, seit (TT.MM.JJ)	nein	ja	
/				<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"/>	
/				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Gesondertes Beiblatt Sofern der vorgesehene Raum für die Angaben nicht ausreicht, sind diese auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt zu machen oder das **Beiblatt** „Ergänzende Angaben zum Gesundheitszustand“ 211377 auszufüllen und **beizufügen**. **Gesondertes Beiblatt?** nein ja

Hausarzt (Tarife MediVita / MediStart)

VP **1** Name und Anschrift (auch Internist, Allgemeinmediziner oder Kinderarzt) Fachrichtung

2

Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich werden.

Vorversicherung Bitte geben Sie uns **immer** an, welche Krankenversicherung (privat oder gesetzlich) zurzeit besteht bzw. wann Ihre letzte Vorversicherung bestanden hat. Ein abgelehnter oder gekündigter Versicherungsschutz ist auch anzugeben, wenn dieser bereits fünf Jahre oder länger zurück liegt. **Ohne diese Angaben können wir die Versicherbarkeit nicht prüfen. Abkürzungen: GKV = Gesetzliche Krankenversicherung / PKV = Private Krankenversicherung / VU = Versicherungsunternehmen**

Derzeitiger Versicherungsschutz

Wie sind Sie zurzeit versichert?	in der GKV		Deutsche Pflegepflichtversicherung		Bei welcher PKV bzw. GKV?	Versicherungszeitraum (MM.JJ)
	in der PKV privat versichert	in der GKV versicherungspflichtig	freiwillig versichert	nein ja		von <input type="text"/> bis <input type="text"/>
VP 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		von <input type="text"/> bis <input type="text"/>
VP 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		von <input type="text"/> bis <input type="text"/>

Kein bestehender Versicherungsschutz Wenn Sie zurzeit weder in der PKV noch in der GKV versichert sind, geben Sie hier bitte immer Ihre letzte bestandene Vorversicherung an. Bei welcher GKV bzw. PKV waren Sie zuletzt versichert? Versicherungszeitraum (TT.MM.JJ)

VP 1 von bis

VP 2 von bis

Gekündigter bzw. abgelehnter Versicherungsschutz	Ist eine bestehende oder bestandene PKV gekündigt bzw. ein Antrag von einem Versicherungsunternehmen abgelehnt oder wegen Beitragsrückstand ruhend gestellt worden?						Name PKV
	Wurde ein Antrag abgelehnt?		Wurde ein Vertrag vom VU gekündigt?		Wurde ein Vertrag ruhend gestellt?		
	nein	ja (MM.JJ)	nein	ja (MM.JJ)	nein	ja (MM.JJ) vom bis	
VP 1	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
VP 2	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Übertragungswertbescheinigung Wenn Sie von einer PKV zu uns wechseln möchten, benötigen wir eine Übertragungswertbescheinigung Ihres jetzigen PKV-Unternehmens. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.
 Eine Übertragungswertbescheinigung habe ich beigelegt reiche ich nach

Angaben zu bestehenden Ergänzungsversicherungen Bitte geben Sie bereits bestehende Ergänzungsversicherungen (auch bei einem anderen Unternehmen) an.

	Keine	Stationäre Ergänzung		Krankentagegeld	Krankentagegeld
		1-/2-Bettzimmer	privatärztl. Behandlung		
VP 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tagessatz _____	Tagessatz _____
VP 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tagessatz _____	Tagessatz _____

Private Pflegepflichtversicherung (PPV) Alle krankenversicherten Personen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen müssen eine PPV abschließen und aufrechterhalten. Privat Krankenversicherte haben grundsätzlich bei ihrem Krankenversicherer eine private PPV abzuschließen (Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung). Grundlage der privaten PPV sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Pflegeversicherungstarif PV sowie das Pflegeversicherungsgesetz. Wird keine private PPV beantragt und das anderweitige Bestehen einer PPV nicht nachgewiesen, sind wir zur Meldung beim Bundesversicherungsamt verpflichtet.

Vorversicherung Für die **Beantragung einer privaten Pflegepflichtversicherung** bitte immer die folgenden Angaben machen. Bei welchem Unternehmen/welcher Pflegekasse waren Sie bisher pflegeversichert?

VP 1	_____ Unternehmen/Pflegekasse	Versicherungszeitraum von _____ bis _____
VP 2	_____ Unternehmen/Pflegekasse	Versicherungszeitraum von _____ bis _____

Sie haben die Möglichkeit Ihren Beitrag zur privaten PPV anzupassen, wenn eine/mehrere der folgenden Voraussetzungen zutreffen. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Ich beantrage eine Beitragsbegrenzung für Ehe-/Lebenspartner(in), da die folgenden Voraussetzungen für eine Beitragsbegrenzung von mir erfüllt werden. Für die Beantragung füge ich den Fragebogen zur privaten PPV (111978) ausgefüllt und unterschrieben diesem Antrag bei.
Voraussetzung für die Erlangung der Beitragsbegrenzung ist, dass mindestens ein Ehe-/Lebenspartner(in)¹ seit dem 1. Januar 1995 der privaten PPV angehört und das Gesamteinkommen² eines Ehe-/Lebenspartner(in)s monatlich den gesetzlich vorgegebenen Betrag (s. 111978) nicht überschreitet.

Ich beantrage eine Beitragsfreistellung für Kinder, Schüler und Studenten. Für die Beantragung füge ich den Fragebogen zur privaten PPV (111978) ausgefüllt und unterschrieben diesem Antrag bei.
Voraussetzung ist, dass die zu versichernde Person sich in einer Schul- oder Berufsausbildung, einem freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahr, Wehr- oder Bundesfreiwilligendienst befindet oder als Student/-in immatrikuliert (unter 25 Jahre) ist. Kinder mit einer geistigen, seelischen oder körperlichen Behinderung sind grundsätzlich beitragsfrei.

Ich beantrage eine Beitragsermäßigung nach dem Studententarif für Studenten, Fach- bzw. Berufsfachschüler bzw. Praktikanten. Für die Beantragung füge ich den Fragebogen zur privaten PPV (111978) ausgefüllt und unterschrieben diesem Antrag bei.

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

Teilnahme am SEPA-Lastschriftverfahren nein ja

Gruppenvertrag Sammelinkasso Einzelinkasso Arbeitgeber/Dienstherr/Firma (Name ist nur bei Sammelinkasso anzugeben)

Erlass der Wartezeiten Bitte beachten: **Nur bei Ergänzungsversicherungen zu beantworten.** Ich beantrage den Erlass der allgemeinen und besonderen Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung. Geht der Befundbericht auf einem mir ausgehändigten Formblatt des Versicherers nicht innerhalb von 28 Tagen nach Antragstellung beim Versicherer ein, gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten. **Die Untersuchungskosten übernehme ich.**

	Person 1	Person 2
	nein ja	nein ja
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Besondere Vereinbarungen Ist der Antrag von besonderen Vereinbarungen abhängig? nein ja, und zwar _____

Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist Ich stimme zu, dass mein beantragter Versicherungsschutz – unter Berücksichtigung etwaiger tariflich vereinbarter Wartezeiten – 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.

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

Einwilligungs-erklärung/ Steuer-ID Ich willige ein, dass die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zu erstatteten Beiträgen) von der Gothaer Krankenversicherung AG den Finanzbehörden übermittelt werden. Mir ist bewusst, dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Krankenversicherungs- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge mindert, wenn ich diese Einwilligung nicht oder eingeschränkt erteile oder nach Erteilung von meinem Recht Gebrauch mache, meine Einwilligung ganz oder teilweise zu widerrufen.

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

- Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten durch die Gothaer Krankenversicherung AG
- Weitergabe meiner Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Gothaer Krankenversicherung AG – wie die
 - Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung
 - Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen und Personen)
 - Datenweitergabe an Rückversicherer
 - Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
- Speicherung und Verwendung meiner 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 Krankenversicherung AG ein.

Schluss-erklärungen 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“ sowie die „Wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht“. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Ich mache mit meiner Unterschrift die „Erklärungen und wichtigen Hinweise“ sowie die „Wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht“ zum Inhalt dieses Antrags.

Unterschriften Ort, Datum (immer angeben) _____ Antragsteller/Versicherungsnehmer _____ Zu versichernde Personen ab 16 Jahren (bei Minderjährigen zusätzlich gesetzl. Vertreter)

Vermittler-daten Vorname, Name, Telefon-/Faxnummer in Klarschrift/ggf. Stempel _____ Vermittler _____
 Original für Gothaer · 1. Durchschlag/Kopie für Vermittler · 2. Durchschlag/Kopie für Antragsteller/Versicherungsnehmer

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 Gläubiger ID DE52ZZZ00000070522
 Arnoldiplatz 1
 50969 Köln

Mandatsreferenz _____ Vom Zahlungsempfänger auszufüllen.

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

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

Zahlungsart Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Datum erster Einzug/ Gültig ab _____

Angaben zur Kontoverbindung des Zahlungspflichtigen _____
 Anrede, Vorname, Name

 Straße und Hausnummer

 Land PLZ Ort

 IBAN (Internationale Bankkontonummer)

 BIC (Internationale Bankleitzahl des Geldinstituts) Name des Geldinstituts
 Im europäischen Währungsraum nicht erforderlich.

Ort, Datum und Unterschriften _____ 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

Einwilligung zur Schweigepflichtentbindung

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 Krankenversicherung AG (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, erheben zu dürfen. Die Gothaer benötigt Ihre Schweigepflichtentbindung fern-er, 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 bei der Gothaer 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 die Gothaer selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe 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.

1. Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten

Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Gothaer.

Ich willige ein, dass die Gothaer 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.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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 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. Weitergabe 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 Datenweitergabe 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 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 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 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 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 erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Gothaer 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.

3.3 Datenweitergabe 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 weitergegeben, 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 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 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 Datenweitergabe 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 Weitergabe 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 erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung 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 speichert und nutzt.

Vorvertragliche Anzeigepflichten

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**. Hiervon umfasst sind auch von Ihnen für unwesentlich gehaltene Beschwerden, Erkrankungen oder Unfallfolgen. Fragen wir nach Ihrer Vertragserklärung aber vor Vertragsannahme in Textform erneut nach gefahrerheblichen Umständen im Sinn des Satzes 1, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet. 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.

Mögliche Folgen

Verletzen Sie diese Anzeigepflicht, so können wir vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag kündigen oder (auch rückwirkend) eine Vertragsänderung durchführen.

Rücktritt

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. Die 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.

Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben.

Kündigung

In diesem Fall (einfache Fahrlässigkeit) haben wir das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

Vertragsänderung

Sind unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und unser Kündigungsrecht ausgeschlossen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig (auch einfache Fahrlässigkeit) verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Im Falle der rückwirkenden Vertragsänderung ab Vertragsbeginn kann dies den Ausschluss der von Ihnen fahrlässig nicht oder unvollständig angezeigten Gefahrumstände bedeuten. Ein solcher Ausschluss kann dazu führen, dass bereits entstandene Aufwendungen für Heilbehandlungen, die ursächlich mit den Gefahrumständen zusammenhängen, nicht vom Versicherungsschutz umfasst und folglich von Ihnen selbst zu tragen sind. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Ausübung der Rechte

Wir können unsere **Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats** schriftlich geltend machen. 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.

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 Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte sowohl 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. 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 einrechnerischen von 28 Tagen.

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 nicht übersteigt.

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 unzulässig.

Erklärung zur PPV

Ich bestätige die Richtigkeit aller vorstehenden Angaben und **verpflichte mich**, die notwendigen **Nachweise**, sofern noch nicht geschehen – innerhalb der nächsten 4 Wochen – vorzulegen. Bei Veränderungen, die Einfluss auf die Beitragseinstufung zur privaten Pflegepflichtversicherung haben, informiere ich den Krankenversicherer unverzüglich und lege auf Anforderung entsprechende Nachweise vor. Aufgrund einer **unrichtigen Beitragseinstufung** zu wenig gezahlte Beiträge werde ich nachentrichten.

Beitragsbegrenzung für Ehe-/Lebenspartner(in)

1) Definition Lebenspartner(-in):

Für Lebenspartner kann die Beitragsbegrenzung nur gewährt werden, wenn es sich um eine eingetragene Lebenspartnerschaft nach § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes handelt.

2) Definition Gesamteinkommen:

Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (§ 2 Abs. 3 EStG), z.B. Dienstbezüge und Gehälter, Mieteinnahmen, Kapitalerträge, Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit usw.. Folgende Erträge sind nicht abzuziehen: der Altersentlastungsbetrag, die Sonderausgaben, die außergewöhnlichen Belastungen, der Kinderfreibetrag, der Haushaltsfreibetrag und die sonstigen steuerrechtlich vom Einkommen abzuziehenden Beträge. Abzuziehen sind dagegen Werbungskosten – außer bei pauschal besteuertem Arbeitslohn- und bei Kapitaleinkünften der Sparer-Freibetrag. Bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallende Teil berücksichtigt. Einmalige Zahlungen, z.B. Zinszahlungen, sind auf alle Monate des Jahres zu verteilen. Nicht zum Einkommen zählen z.B. Mutterschaftsgeld, Erziehungsgeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, BaFöG, Wohngeld sowie Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung **innerhalb von 14 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 in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln.

Widerrufsfolgen

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 um einen Betrag in Höhe von 1/360 des von Ihnen für ein Jahr zu zahlenden Beitrags. **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 zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes 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. **Das Widerrufsrecht besteht nicht** bei Verträgen mit einer **Laufzeit von weniger als einem Monat**. Soweit eine **vorläufige Deckung** erteilt wurde, endet diese mit dem Zugang des Widerrufs bei uns.

Ende der Widerrufsbelehrung

Gesellschaft Sitz Aufsichtsrat Vorstand

Gothaer Krankenversicherung AG
Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (Hausanschrift)
Prof. Dr. Werner Görg (Vorsitzender)
Oliver Schoeller (Vorsitzender),
Oliver Brüß, Dr. Mathias Bühring-Uhle, Dr. Karsten Eichmann,
Harald Ingo Eppler

Postanschrift 50598 Köln

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

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen und der mit den zuständigen Aufsichtsbehörden abgestimmten Verhaltensregeln. Diese können Sie in der jeweils gültigen Fassung nachlesen unter www.gothaer.de/datenschutz.

Stammdaten von Antragstellern und Versicherten sowie Angaben über die Art der bestehenden Verträge werden zur zentralisierten Bearbeitung von bestimmten Verfahrensabschnitten im Geschäftsablauf (z.B. Telefonate, Post, Inkasso) in einem von Mitgliedern der Gothaer Konzerngruppe gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren erhoben, verarbeitet oder genutzt.

Eine Liste der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen können Sie in der jeweils gültigen Fassung nachlesen unter www.gothaer.de/datenschutz. Dort finden Sie auch weitergehende Informationen zu Ihren Rechten.

Sie können beispielsweise 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.

Informationen zur Antragstellung der Zahnergängungstarife MediDent, MediProphy, MediProphy Basis, MediZ Basis, MediZ Plus und MediZ Premium

- Versicherungsfähigkeit**

Sie sind in den Zahnergängungstarifen versicherungsfähig, wenn Ihnen bei Antragstellung maximal 3 Zähne fehlen, die noch nicht ersetzt sind. Entfernte Weisheitszähne, Lückenschlüsse bzw. Milchzähne, die aufgrund des natürlichen Zahnwechsels aktuell fehlen, zählen nicht als fehlende Zähne. Bei 4 und mehr fehlenden, noch nicht ersetzten Zähnen können wir Ihnen leider keinen Versicherungsschutz anbieten.

Kein Versicherungsschutz besteht für alle zahnärztlichen und kieferorthopädischen Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits angeraten, geplant oder begonnen worden sind.
- Einschränkung des Leistungsumfanges bei fehlenden Zähnen in den Tarifen MediDent, MediZ Basis, MediZ Plus und MediZ Premium**

Fehlende, noch nicht ersetzte Zähne (außer Weisheitszähne und Lückenschlüsse bzw. Milchzähne, die aufgrund des natürlichen Zahnwechsels aktuell fehlen)

Kein oder 1 fehlender Zahn:
Der Abschluss des Versicherungsvertrages erfolgt ohne besondere Vereinbarung.
Sie haben Anspruch auf die tariflichen Leistungen, falls die medizinisch notwendigen zahnärztlichen Maßnahmen **nach** dem Vertragsabschluss **erstmals** angeraten und durchgeführt werden.

2 oder 3 fehlende Zähne:
Der Abschluss des Versicherungsvertrages ist nur mit der folgenden besonderen Vereinbarung möglich: **Die Kosten aller zahnärztlichen Maßnahmen, die erforderlich sind, um die bei Antragstellung fehlenden, noch nicht ersetzten Zähne (außer Weisheitszähne und Lückenschlüsse bzw. Milchzähne, die aufgrund des natürlichen Zahnwechsels aktuell fehlen) zu vergüten, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.**
Für sonstige zahnärztliche Maßnahmen haben Sie Anspruch auf die tariflichen Leistungen, falls die medizinisch notwendigen zahnärztlichen Maßnahmen **nach** dem Vertragsabschluss **erstmals** angeraten und durchgeführt werden.

Ausfüllhilfe für die Ergänzungsversicherung

Mit diesem Antrag können Sie eine Krankheitskostenvollversicherung, eine private Pflegepflichtversicherung oder eine Ergänzungsversicherung beantragen.

Bitte beachten:

- Zur Beantragung einer Krankheitskostenvollversicherung beantworten Sie bitte alle Gesundheitsfragen.

Für die Beantragung einer Ergänzungsversicherung müssen nicht immer alle Gesundheitsfragen beantwortet werden. Die folgende Tabelle erläutert, welche Fragen für welche Tarife beantwortet werden müssen. Die relevanten Fragen sind mit einem „x“ gekennzeichnet.

Antragsfragen													
Tarife: Ergänzung/Tagegeld	1.	2.	3.	4	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	
AVL N2	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	
K	x	x	x	x	x	x	x		x				
MediAmbulant	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
MediClinic Basis				Es müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden.									
MediClinic Plus / MediClinic Premium	x	x	x	x	x	x	x		x				
MediDent											x		
MediMPlus				Es müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden.									
MediNatura P*	x	x	x	x	x	x	x		x				
MediPG	x	x	x	x	x	x			x				
MediPrävent Basis / MediPrävent Premium				Es müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden.									
MediProphy / MediProphy Basis											x		
MediR				Es müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden.									
MediZ Basis / Plus / Premium											x		
OPT G	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
P 3	x	x	x	x	x	x			x				
TG/MTG 6	x	x	x	x	x	x	x		x				

* nur in Verbindung mit einer privaten Krankheitskostenvollversicherung

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

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.

Bundesländer-Abkürzungen

B = Berlin	HB = Bremen	NS = Niedersachsen	SL = Saarland
BB = Brandenburg	H = Hessen	NRW = Nordrhein-Westfalen	SA = Sachsen
BW = Baden-Württemberg	HH = Hamburg	RP = Rheinland-Pfalz	SAA = Sachsen-Anhalt
BY = Bayern	MV = Mecklenburg-Vorpommern	SH = Schleswig-Holstein	TH = Thüringen