

Die Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Premium  
Die Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Basis  
Die Gothaer Direktversicherung Berufsunfähigkeitspolice  
(mit erweiterter Dienstobliegenheitserklärung – nur für das Großkollektivgeschäft)



Bitte das Beiblatt zum Antrag beifügen.

Alle Beiträge sind in Euro.

AN216131

Daten des Abschlussvermittlers \_\_\_\_\_ Daten des Betreuers \_\_\_\_\_ Kennnummer \_\_\_\_\_ Abrechnungsgruppe \_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer \_\_\_\_\_ Antragsnummer / Fremdaktenzeichen \_\_\_\_\_ Marketingschlüssel \_\_\_\_\_

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

Arbeitgeber/Firma  männlich  
 Titel, Vorname, Name  weiblich  
Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_  allein stehend  
Staat \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  verheiratet  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_ Steueridentifikationsnummer\* \_\_\_\_\_  
Geburtsname \_\_\_\_\_ Geburtsland \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_  
E-Mailadresse\*\* \_\_\_\_\_ Telefonnummer\*\* \_\_\_\_\_ \*\*freiwillige Angaben  
 Ich möchte meine Vertragsdokumente an die oben angegebene E-Mailadresse erhalten.  
**Bei bAV:** zentrale E-Mailadresse (z. B. Personalabteilung) des Arbeitgebers.  
 angestellt  öffentlicher Dienst  
 selbstständig  ohne Beschäftigung \_\_\_\_\_  
derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche \_\_\_\_\_

Zu  
versichernde  
Person  
(VP)

Titel, Vorname, Name \_\_\_\_\_  männlich  
Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_  weiblich  
Staat \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  allein stehend  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_  verheiratet  
Geburtsname \_\_\_\_\_ Geburtsland \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Betriebliche  
Alters-  
versorgung  
(Direkt-  
versicherung)

Versicherung aus Entgeltumwandlung  
 Versicherung aus Arbeitgeberfinanzierung Personalnummer \_\_\_\_\_ Eintritt in die Firma \_\_\_\_\_  
Unverfallbarkeit:  gesetzlich  vertraglich ab Beginn

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.

Angaben  
nach dem  
Geldwäsche-  
gesetz

Der Antragsteller hat sich ausgewiesen durch gültigen  Personalausweis  Reisepass Gültig bis \_\_\_\_\_  
Ausstellungsdatum \_\_\_\_\_ Ausweisnummer \_\_\_\_\_ Ausstellende Behörde \_\_\_\_\_

Wirtschaftlich  
Berechtigter

Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung sowie die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf meine **eigene Veranlassung**. Ich wurde hierzu von keinem Dritten beauftragt.  
 Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung sowie die damit verbundenen Transaktionen erfolgen **nicht** auf eigene Veranlassung. Ich wurde hierzu von einem Dritten beauftragt:  
Titel, Vorname, Name, Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_  männlich  weiblich  
Staat \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Juristische  
Person

Ist der Antragsteller und/oder der wirtschaftlich Berechtigte eine juristische Person (z. B. AG, GmbH, KG, Stiftung etc.).  ja  nein  
Falls ja, ist das Zusatzblatt „Identifizierung einer juristischen Person“ auszufüllen und zusammen mit den **hierin genannten Unterlagen** dem Antrag beizufügen. Das Zusatzblatt finden Sie unter der Druckartikelnummer 114193 im Materialverzeichnis.

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

**Versicherungsbeginn und -umfang**

**Versicherungsbeginn** (12:00 Uhr)  **Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Premium**  **Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Basis**  **Gothaer Direktversicherung Berufsunfähigkeitspolice**

**Eintrittsalter** \_\_\_\_\_ Jahre

**Versicherungsdauer** \_\_\_\_\_ Jahre bis \_\_\_\_\_ Alter **Beitragszahlungsdauer** \_\_\_\_\_ Jahre bis \_\_\_\_\_ Alter **Leistungsdauer** bis Alter \_\_\_\_\_  **Karenzzeit** in \_\_\_\_\_ Monaten (max. 24)

**Berufsunfähigkeitsversicherung**

**Tarif** \_\_\_\_\_ **BU-Rente** (pro Rentenfähigkeit) \_\_\_\_\_ **Zahlweise der Rente**  jährlich  1/2-jährlich  1/4-jährlich  monatlich

**Starter-BU** (Startphase mind. fünf Jahre und höchstens bis Alter 35) \_\_\_\_\_ Jahre bis \_\_\_\_\_ Alter

**Überschusssystem**  Beitragsreduktion (nicht bei Direktversicherung)  mit Familienbonus  Sofortbonus

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

**Partner** (Vorname, Name) \_\_\_\_\_

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

**Kind** (Vorname, Name) \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

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

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

Nachweis beigelegt?  ja  nein

**Angaben zum Beitrag**

**Zu zahlender Beitrag gemäß Zahlweise ab Versicherungsbeginn**  **Bei vereinbarter Starter-BU beträgt der Beitrag ab**

**Zahlweise**  jährlich  1/2-jährlich  1/4-jährlich  monatlich

**Bitte beachten:** Durch Rundungen können sich geringe Beitragsdifferenzen zum Versicherungsschein ergeben.

**Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht**

**Bitte immer bestätigen und beantworten.** Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Bestätigung der nachfolgenden „Erklärung zur Arbeitsfähigkeit“ sowie auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann. Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Schlusserklärung. Zusätzlich beachten Sie bitte die Erläuterungen zur Durchführung genetischer Tests auf der Seite „Erläuterungen und wichtige Hinweise“.

**Erklärung zur Arbeitsfähigkeit**

Die versicherte Person bestätigt, dass

- sie im Zeitpunkt der Abgabe dieser Erklärung ihre berufliche Tätigkeit ohne Einschränkungen aus gesundheitlichen Gründen ausüben kann und in den letzten 24 Monaten nicht mehr als 14 Kalendertage ununterbrochen arbeitsunfähig war und
- bei ihr keine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung vorliegt, dass keine derartigen Leistungen beantragt wurden und
- in den letzten fünf Jahren kein Antrag auf eine Versicherung für den Fall der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung gestellt wurde, der zu einer Erschwernis oder Ablehnung führte.

**Fragen zur beruflichen Tätigkeit der versicherten Person** **Immer zu beantworten.**

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

**Nur zu beantworten bei einer BU Rente > 12.000 EUR jährlich (inkl. bestehender Vorversicherung)**

Wie hoch war Ihr jährliches Bruttoarbeitsseinkommen\* während der letzten 3 Jahre?

Jahr 20\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ EUR Jahr 20\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ EUR Jahr 20\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ EUR

\*Bei Selbstständigen: Gewinn bzw. Jahresüberschuss (vor Steuern)

**Bei Berufsstartern:** Wie hoch ist Ihr vereinbartes jährliches Bruttoarbeitsseinkommen? \_\_\_\_\_ EUR

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 \_\_\_\_\_

Branche \_\_\_\_\_  Vollzeit  Teilzeit  unbefristet  befristet bis: \_\_\_\_\_

angestellt  selbstständig  öffentlicher Dienst  ohne Beschäftigung  derzeit Ausbildung/Studium zu: \_\_\_\_\_

Welche berufliche Ausbildung haben Sie abgeschlossen?

kaufmännische Ausbildung: \_\_\_\_\_  handwerkliche/technische Ausbildung: \_\_\_\_\_  Studium: \_\_\_\_\_

Sonstiges (z. B. ungelern; nicht abgeschlossene Ausbildung/Studium): \_\_\_\_\_

**Zusatzfragen**

1. Zu wie viel 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 Vorgesetzter?  mindestens 7  weniger als 7
4. Bitte geben Sie Ihren höchsten Ausbildungsabschluss an:
  - abgeschlossenes Studium an einer staatlich anerkannten Hoch- oder Fachhochschule  schulischer Abschluss
  - beruflicher Abschluss als Techniker/Meister oder an einer Fachschule  keinen
  - Abschluss eines staatlich anerkannten Ausbildungsberufs

**Angaben zu bestehenden und früheren Versicherungen**

Bestehen für die zu versichernde Person bereits Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits(Zusatz-)Versicherungen und/oder Versicherungen gegen schwere Krankheiten bei anderen Lebensversicherungsunternehmen oder sind solche Anträge in den **letzten 12 Monaten** gestellt worden?

nein  ja (Versicherung, versicherte Rentenhöhe, Versicherungssumme): .....

**Besondere Gefahren der zu versichernden Person**

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

nein  ja (bitte erläutern Sie): .....

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

nein  ja (bitte erläutern Sie): .....

**Besondere Vereinbarungen**

.....

**Empfangsbekanntnis**

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

- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Premium
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Basis
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Gothaer Direktversicherung Berufsunfähigkeitspolice
- Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung

X

.....  
Ort, Datum

.....  
**Unterschrift des Antragstellers/Versichernehmers zum Empfangsbekanntnis**

**Einwilligungs-  
erklärung**

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.

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

**Schluss-  
erklärungen**

Die auf den folgenden Seiten beschriebenen „**Erklärungen und wichtigen Hinweise**“ insbesondere zur „**Vorvertraglichen Anzeigepflicht**“, zur „**Widerrufsbelehrung**“ sowie 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.

**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**“, der „**Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)**“ und die „**Datenweitergabe an selbstständige Vermittler**“ – sowie zur „**Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt**“ zur Kenntnis genommen und willige durch meine nachstehende Unterschrift in dem dort beschriebenen Umfang in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten durch die Gothaer Lebensversicherung AG ein.

**Unterschriften****X**

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

Ort, Datum

**X**

Antragsteller/Versicherungsnehmer

**X**

Vermittler (ggf. mit Stempel)

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

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

## SEPA-Lastschrift-Mandat



**Hinweise** Bitte **alle Felder** zur **Zahlungsart und Kontoverbindung ausfüllen**.  
**Ihre Rechte** zum SEPA-Lastschrift-Mandat sind in einem **Merkblatt** enthalten, das Sie **von Ihrem Geldinstitut** erhalten.  
 Sie können **innerhalb von 8 Wochen**, beginnend mit dem Belastungsdatum, **die Erstattung des belasteten Betrages verlangen**.  
 Es gelten dabei die mit Ihrem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Angaben zum Zahlungsempfänger** Gothaer Lebensversicherung AG Gläubiger ID DE16ZZZ00000070200  
 Arnoldiplatz 1  
 50969 Köln

**Mandatsreferenz** \_\_\_\_\_ Vom Zahlungsempfänger auszufüllen.

**Verwendungszweck** \_\_\_\_\_  
 Versicherungsschein-/ Antragsnummer des zugrunde liegenden Vertrages (falls bekannt)

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

**Zahlungsart**  Wiederkehrende Zahlung  Einmalige Zahlung

**Datum erster Einzug/ Gültig ab** \_\_\_\_\_

**Angaben zur Kontoverbindung des Zahlungspflichtigen** \_\_\_\_\_  
 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** \_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_ **X**  
 Ort Datum Unterschrift des Zahlungspflichtigen Unterschrift des 2. Zahlungspflichtigen

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

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

**Beitrag** \_\_\_\_\_ EUR gemäß Zahlweise

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

## Erklärungen und wichtige Hinweise

<b>Vorvertragliche Anzeigepflicht</b>	<p><b>Sie haben uns</b> als Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung <b>die Ihnen bekannten Gefahrumstände</b>, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit Ihnen und dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir in Textform gefragt haben, <b>wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen</b>. Dies gilt nicht nur, wenn Sie den Antrag selbst ausfüllen, sondern <b>auch dann, wenn ein Dritter</b> (z. B. der Vermittler) in Ihrem Namen <b>den Antrag ausfüllt</b>. Verletzen Sie diese Anzeigepflicht, so können wir vom Vertrag zurücktreten.</p> <p><b>Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn</b> Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. <b>In diesem Fall</b> haben wir das <b>Recht</b>, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu <b>kündigen</b>.</p> <p><b>Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und unser Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn</b> wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Die anderen Bedingungen werden auf unser Verlangen rückwirkend – bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode – Vertragsbestandteil.</p>
<b>Einwilligung in Auskünfte über das allgemeine Zahlungsverhalten</b>	<p><b>Ich willige ein</b>, 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.</p>
<b>Vorläufiger Versicherungsschutz</b>	<p>Auf Grund des gestellten Antrags besteht Versicherungsschutz entsprechend den „Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung“.</p>
<b>Gesundheitsprüfung</b>	<p>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.</p>
<b>Prädiktiver Gentest</b>	<p>Gemäß § 18 GenDG darf der Versicherer von Versicherten weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrags die Vornahme genetischer Untersuchungen oder Analysen verlangen.</p> <p>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.</p>
<b>Sonstige Hinweise</b>	<p>Für die <b>Aufnahme des Antrags</b> fallen <b>keine gesonderten Gebühren oder Kosten</b> an.</p> <p>Lastschrift-Rückläufergebühren und Kosten eines Mahnverfahrens werden geltend gemacht.</p>
<b>Wechsel des Versicherers</b>	<p>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.</p>
<b>Ansprechpartner/ Aufsichtsbehörde/ Schlichtungsstelle</b>	<p>Ihren Ansprechpartner im Außendienst und Ihre Kundenbetreuer in unseren Außenstellen oder der Hauptverwaltung entnehmen Sie bitte dem Versicherungsschein/Nachtrag zum Versicherungsschein oder dem jeweiligen Korrespondenzbrief. Die Aufsichtsbehörden und Schlichtungsstellen zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten entnehmen Sie bitte den Ihnen vor Antragstellung ausgehändigten Kundeninformationen.</p>
<b>Vertragsgrundlagen</b>	<p>Die gegenseitigen <b>Rechte und Pflichten</b> richten sich nach diesem Antrag, von dem mir <b>bei Antragstellung eine Durchschrift/Kopie</b> ausgehändigt wird, eventuell dazu abgegebenen schriftlichen Erklärungen, den gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland sowie nach den genannten Versicherungsbedingungen und Kundeninformationen, einschließlich der Tarif- und Leistungsbeschreibungen, die mir vor Antragstellung ausgehändigt wurden. Mündliche Nebenabreden sind unzulässig.</p>
<b>Politisch exponierte Person</b>	<p>Eine PEP ist eine natürliche Person, die ein wichtiges öffentliches Amt ausübt (oder ausgeübt hat), ein unmittelbares Familienmitglied oder eine ihr bekanntermaßen nahe stehende Person ist.</p>
<b>Hinweise zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz</b>	<p>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 <a href="http://www.gothaer.de/datenschutz">www.gothaer.de/datenschutz</a>. 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.</p> <p>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 <a href="http://www.gothaer.de/datenschutz">www.gothaer.de/datenschutz</a>. Dort finden Sie auch weitergehende Informationen zu Ihren Rechten. Sie können bspw. 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.</p> <p>Die informa HIS GmbH betreibt das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS). An das HIS melden wir – ebenso wie andere Versicherungsunternehmen – erhöhte Risiken sowie Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten und daher einer näheren Prüfung bedürfen. Eine detaillierte Beschreibung des HIS finden Sie im Internet unter <a href="http://www.informa-his.de">www.informa-his.de</a>. Die konkrete Vorgehensweise in den Bereichen Schaden, Rechtsschutz und Leben können Sie nachlesen unter <a href="http://www.gothaer.de/datenschutz">www.gothaer.de/datenschutz</a>.</p>

## Widerrufsbelehrung

<b>Widerrufsrecht</b>	<p>Sie können Ihre Vertragserklärung <b>innerhalb von 30 Tagen</b> ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) <b>widerrufen</b>. Die <b>Frist beginnt, nachdem</b> 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 Gesetzbuches 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 Lebensversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln.</p>
<b>Widerrufsfolgen</b>	<p>Im Falle eines wirksamen Widerrufs <b>endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen</b> den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden <b>Teil der Beiträge</b>, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es um einen Betrag in Höhe von 1/360 des von Ihnen für ein Jahr zu zahlenden Beitrags. Den Rückkaufwert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes zahlen wir Ihnen aus. <b>Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs</b>. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurück-zugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.</p> <p>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.</p>
<b>Besondere Hinweise</b>	<p><b>Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn</b> der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.</p> <p>Ende der Widerrufsbelehrung</p>

## Einwilligung zur Datenverarbeitung

<b>Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung</b>	<p>Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Gothaer Lebensversicherung AG (im folgenden Versicherer genannt) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Der Versicherer benötigt Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen weiterleiten zu dürfen.</p> <p>Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages beim Versicherer unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.</p> <p>Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– durch den Versicherer selbst,</li> <li>– bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers und</li> <li>– wenn der Vertrag nicht zustande kommt.</li> </ul> <p>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.</p>
---	--

<b>Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten</b>	<p><b>Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer.</b></p> <p><b>Ich willige ein,</b> 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.</p>
<b>Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten</b>	<p><b>Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers.</b></p> <p>Der Versicherer verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.</p>
<b>Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung</b>	<p>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.</p> <p><b>Ich willige ein,</b> 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.</p>
<b>Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)</b>	<p>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.</p> <p>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 <a href="http://www.gothaer.de/datenschutz">www.gothaer.de/datenschutz</a> eingesehen oder bei <a href="mailto:info@gothaer.de">info@gothaer.de</a> angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung.</p> <p><b>Ich willige ein,</b> 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.</p>
<b>Datenweitergabe an Rückversicherungen</b>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob der Versicherer das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p><b>Ich willige ein,</b> 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.</p>
<b>Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)</b>	<p>Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa HIS GmbH (Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, <a href="http://www.informa-his.de">www.informa-his.de</a>) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken kann der Versicherer an das HIS melden. Der Versicherer und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.</p> <p><b>Ich entbinde</b> die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.</p> <p>Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden.</p>
<b>Datenweitergabe an selbstständige Vermittler</b>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p><b>Ich willige ein,</b> 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.</p>
<b>Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt</b>	<p>Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert der Versicherer Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass der Versicherer zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem meldet, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird. Der Versicherer speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei dem Versicherer und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.</p> <p><b>Ich willige ein,</b> 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.</p>

# Tariferläuterungen und Leistungsbeschreibungen

	Tarif	Tarifbeschreibung	Leistungsbeschreibung
Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Premium	BU17 T	Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Premium.	Befreiung von der Beitragszahlungspflicht und Zahlung der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente während der Dauer einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung.
	BU17 ST	Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Premium nach Tarif BU17T mit abgesenkten Anfangsbeiträgen in der Startphase.	Die Rente wird gemäß vereinbarter Zahlweise im voraus, erstmalig anteilig bis zum Ende der laufenden Rentenzahlungsperiode gezahlt.  - Versicherungsbedingungen in Premiumqualität - Zusatzleistungen bei Rehamaßnahmen, Wiedereingliederung und Umorganisation - Zusatzleistung bei Eintritt einer schweren Erkrankung eines eigenen Kindes - Nachversicherungsoption bei bestimmten Anlässen - Einmalige Nachversicherungsoption ohne besonderen Anlass in den ersten fünf Jahren - Lebenslange Rentenzahlung bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit möglich - Garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall sofern gewählt
Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Basis	BU17 B	Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Basis.	Befreiung von der Beitragszahlungspflicht und Zahlung der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente während der Dauer einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung.
	BU17 SB	Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Basis nach Tarif BU17B mit abgesenkten Anfangsbeiträgen in der Startphase.	Die Rente wird gemäß vereinbarter Zahlweise im voraus, erstmalig anteilig bis zum Ende der laufenden Rentenzahlungsperiode gezahlt.  - Versicherungsbedingungen in Basisqualität und entsprechendem Beitragsniveau - Wechselmöglichkeit in die Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Premium zu bestimmten Anlässen - Zusatzleistung bei Eintritt einer schweren Erkrankung eines eigenen Kindes - Nachversicherungsoption bei bestimmten Anlässen - Garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall sofern gewählt
Gothaer Direktversicherung Berufsunfähigkeitspolice	BU17 DV	Gothaer Direktversicherung Berufsunfähigkeitspolice mit gleicher Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer. Die Leistungsdauer kann gegenüber der Versicherungsdauer verlängert sein.	Befreiung von der Beitragszahlungspflicht und Zahlung der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente während der Dauer einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung.
	BU17 SDV	Gothaer Direktversicherung Berufsunfähigkeitspolice nach Tarif BU17 DV mit abgesenkten Anfangsbeiträgen in der Startphase.	Die Rente wird gemäß vereinbarter Zahlweise im voraus, erstmalig anteilig bis zum Ende der laufenden Rentenzahlungsperiode gezahlt.  - Berufsunfähigkeitsversicherung im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge
Überschuss-system		<b>leistungsfreie Zeit</b>	<b>leistungspflichtige Zeit</b>
		<p><b>Beitragsreduktion</b> – Die Überschüsse werden dazu verwendet, die Beiträge für die Berufsunfähigkeitsversicherung zu reduzieren. Der Reduktionssatz ist jeweils für ein Versicherungsjahr</p> <p><b>Sofortbonus</b> – Die Überschüsse werden zur Erhöhung der versicherten Rente aus dieser Berufsunfähigkeitsversicherung verwendet. Diese werden von Versicherungsbeginn an jeweils für ein Versicherungsjahr gewährt und erhöhen die Versicherungsleistung im Falle der Berufsunfähigkeit.</p> <p><b>Familienbonus</b> – Lebt die Versicherte Person in einem gemeinsamen Haushalt mit dem Ehegatten/Lebenspartner und einem gemeinsamen Kind, so werden in der leistungsfreien Zeit höhere Überschüsse gewährt.</p>	<p><b>Gewinnrente</b> – Es wird eine jährlich steigende Gewinnrente gezahlt. Der Zuwachs bemisst sich in Prozent der gesamten Vorjahresrente inkl. etwaigem Sofortbonus und der erreichten Gewinnrente.</p>
Tarife mit besonderen Zugangsvoraussetzungen	(K, G, Q, R)	Es gelten die Versicherungsbedingungen für die Grundtarife nach Maßgabe der Vereinbarungen im Kollektivvertrag.	