

Antrag (1/2):

Persönliche Daten

Risikolebensversicherung zur Absicherung einer Immobilienfinanzierung mit vereinfachten Zugangsvoraussetzungen

Vermittlerdaten	Antragschlüssel			e-BDE-Nummer
	Daten des Abschlussvermittlers	Daten des Betreuers	Kennnummer	Abrechnungsgruppe
	versicherungsnummer	Antragsnummer/est. Maklenummer/FremdaktENZEICHEN	Marketingchlüssel	

Antragsteller/ Versicherungsnehmer (VN) und zu versichernde Person WENN VN=VP:	Titel, Vorname, Name oder Firma			<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	Straße und Hausnummer			<input type="checkbox"/> alleinstehend <input type="checkbox"/> verheiratet/ verpartnert
	Staat	Postleitzahl	Ort	
	Geburtsdatum	Nationalität	Steueridentifikationsnummer*	
	Geburtsname	Geburtsland	Geburtsort	
	E-Mailadresse (für eine schnellere Bearbeitung bei Rückfragen)		Telefonnummer (freiwillige Angabe)	
	<input type="checkbox"/> Ich möchte meine Vertragsdokumente an die oben angegebene E-Mailadresse erhalten.			
	<input type="checkbox"/> angestellt	<input type="checkbox"/> öffentlicher Dienst		
	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> ohne Beschäftigung	Derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche	

*Bei Besoldung, Entgeltsteigerungen und selbstbestimmten
Rentenversicherungen bereits bei Antragsaufnahme erforderlich.

Zu versichernde Person (VP)	Titel, Vorname, Name			<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	Straße und Hausnummer			<input type="checkbox"/> alleinstehend <input type="checkbox"/> verheiratet/ verpartnert
	Staat	Postleitzahl	Ort	
	Geburtsdatum	Nationalität		
	Geburtsname	Geburtsland	Geburtsort	

Angaben nach dem Geldwäschegesetz	Der Antragsteller hat sich ausgewiesen durch gültigen	<input type="checkbox"/> Personalausweis	<input type="checkbox"/> Reisepass	gültig bis
	Ausstellungsdatum	Ausweisnummer	Ausstellende Behörde	

Bitte immer eine deutlich lesbare Kopie (Vorder- und Rückseite) des Personalausweises oder Reisepasses beifügen.

Wichtig! Nach dem Geldwäschegesetz durch den Vermittler
Der Gesetzgeber fordert eine vorrangigere Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz. Dies bedeutet, dass der Antragsteller zum Zeitpunkt der Identifizierung persönlich erschienen ist und sich durch das (digitale) Antragsformular ausweist und eine Kopie dieses Dokumentes eingereicht wird. Das Antragsformular wurde dabei von dem Vermittler auf Echtheit und Gültigkeit geprüft.
- keine Beschränkungen
- keine Nachlässe (außer eventuelle Nebenstadt)
- Gültigkeitsverhältnis (Hilfsdokumente) nicht gegeben!

Wirtschaftlich Berechtigter	<input type="checkbox"/> Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung sowie die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf meine eigene Veranlassung . Ich wurde hierzu von keinem Dritten beauftragt.			
	<input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> 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.)? Falls ja, ist das Zusatzblatt „ Erweiterte Auskunft zu einer juristischen Person “ auszufüllen und zusammen mit den hierin genannten Unterlagen dem Antrag beizufügen. Das Zusatzblatt finden Sie unter der Druckauftragsnummer 114193 im Materialverzeichnis.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
---------------------------	---	---

Politisch exponierte Person	Ist der Antragsteller eine politisch exponierte Person? (s. Erläuterungen und wichtige Hinweise sowie Definition auf dem Zusatzblatt)	<input type="checkbox"/> ja, bitte Zusatzblatt (215284) ausfüllen
	Ist der genannte wirtschaftliche Berechtigte eine politisch exponierte Person? (s. Erläuterungen und wichtige Hinweise sowie Definition auf dem Zusatzblatt)	<input type="checkbox"/> ja, bitte Zusatzblatt (215284) ausfüllen

Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht

Bitte immer beantworten. Achten Sie bitte 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 vorweigern kann. Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Schlussverklärung und in den „Erklärungen und wichtigen Hinweisen“.

Zusätzlich beachten Sie bitte die Erläuterungen zur Durchführung genetischer Tests auf der Seite „Erklärungen und wichtige Hinweise“.

Allgemeine Frage

Größe und Gewicht

Größe in cm

Gewicht in kg

Angaben zum Gesundheitszustand

1. Haben Sie in den letzten 36 Monaten geraucht (z. B. Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeifen)?

Wenn ja, Was? _____

Wie viel täglich? _____

2. Hindern Sie derzeit gesundheitliche Gründe daran, Ihre berufliche Tätigkeit ohne Einschränkungen auszuüben?

3. Waren Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 4 Kalenderwochen ununterbrochen arbeitsunfähig?

4. Wurde bei Ihnen in den letzten 5 Jahren eine der folgenden Erkrankungen festgestellt oder behandelt: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Schlaganfall, Gehirntumor, Nierenversagen, Diabetes, Lebererkrankungen, psychische Erkrankungen, HIV-Infektion/AIDS?

nein ja

Fragen zur beruflichen Tätigkeit der zu versichernden Person

Immer zu beantworten.

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus? _____

Angaben zu bestehenden und früheren Versicherungen

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

 nein ja

(Versicherung, Versicherungssumme, Versicherungsunternehmen, gekündigt, nicht gekündigt): _____

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 Badesport, Kampfsport, Reinsport, 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, Großbritannien, Norwegen, Island, USA, Kanada von mehr als 12 Wochen geplant?

 nein ja

(bitte erläutern Sie): _____

Fährt die zu versichernde Person Motorrad mit einem Hubraum > 125 ccm oder einer Leistung > 15 PS / 11 kW im Straßenverkehr?

 nein ja

Widerräufliches Bezugsrecht für den Todesfall (der VP)

Antragsteller/Versicherungsnehmer der dann in gültiger Ehe lebende Ehepartner (Bitte nicht zusätzlich namentlich benennen.)

 folgende Person

Vorname, Name: _____

 männlich weiblich

Geburtsdatum: _____

Das Bezugsrecht gilt auch für ein etwaiges Beitragsdepot.

Nur ausfüllen, wenn der Familienbonus beantragt ist

Partner (Vorname, Name) _____

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

Kind (Vorname, Name) _____

Geburtsdatum

Zu versichernde 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 zu versichernden Person und des Partners nachgewiesen werden (Kopie der Personalausweise/Meldebescheinigungen).

Nachweis beigefügt?

 ja nein

Besondere Vereinbarungen

Empfangsbeleg

Ich bestätige, dass ich das „Produktinformationsblatt“, den Antrag: Tarifdaten (2/2) und die aufgeführten und angekreuzten Versicherungsbedingungen vor Antragstellung erhalten habe:

 Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Gothjer Risikolebensversicherung Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung

Ort, Datum: _____

X

Unterschrift des Antragstellers/Versicherungsnehmers zum Empfangsbeleg

**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 Schweigepflichtbindung 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 Leistungspflichtprüfung 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 welcher Person 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 bebringe.

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

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

**Erklärungen
für den Fall
Ihres Todes**

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

Möglichkeit I:

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

Möglichkeit II:

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

**Schluss-
erklärungen**

Die auf den folgenden Seiten beschriebenen „Erklärungen und wichtigen Hinweise“ insbesondere zur „Vorvertraglichen Anzeigepflicht“ und zur „Einwilligung in Auskünfte über das allgemeine Zahlungsverhalten“ habe ich zur Kenntnis genommen. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Ich mache sie zum Inhalt dieses Antrags.

**Einwilligung
zur
Daten-
verarbeitung**

Weiterhin habe ich die auf den Folgeseiten des Antrags abgedruckten Erläuterungen zur „Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten“, zur „Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten“ – wie die „Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung“, die „Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen und Personen)“, die „Datenweitergabe an Rückversicherungen“ und die „Datenweitergabe an selbstständige Vermittler“ – sowie zur „Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt“ zur Kenntnis genommen und willige durch meine nachstehende Unterschrift in dem dort beschriebenen Umfang in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten durch die Gothaer Lebensversicherung AG ein.

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 **Werkblatt** 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
 Arnoldplatz 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 _____

(BAN (International Bank Account Number)) _____

BIC (International Bank Code) des Geldinstituts Name des Geldinstituts
Im europäischen Währungsraum nicht erforderlich.

Ort, Datum und Unterschriften

Ort _____ Datum _____ Unterschrift des Zahlungspflichtigen Unterschrift des 2. Zahlungspflichtigen

Zur Information Angaben zum Vertragsverhältnis zwischen Zahlungsempfänger und Zahlungspflichtigen. _____

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

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

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

Erklärungen und wichtige Hinweise

Vorvertragliche Anzeigepflicht	<p>Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen? Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragsanmeldung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben. Wenn wir nach Ihrer Vertragsanmeldung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.</p> <p>Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?</p> <p>1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand – weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles – noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil der Prämie zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.</p> <p>2. Kündigung Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine prämienfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.</p> <p>3. Vertragsänderung Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrenumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.</p> <p>4. Ausübung unserer Rechte Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrenumstand oder die Inrichtigkeit der Anzeige kannten. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.</p> <p>5. Stellvertretung durch eine andere Person Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der rückwirkenden Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihnen Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.</p>
Einwilligung in Auskünfte über das allgemeine Zahlungsverhalten	<p>Ich willige ein, dass die Gothaer Lebensversicherung AG zum Zwecke des Vertragsabschlusses und bei Bedarf im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung zu Zwecken der Vertragsverwaltung und -abwicklung (z. B. im Schadensfall Informationen zu meinem Zahlungsverhalten und Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschaffendaten von einer Auskunft (z. B. Creditreform, SCHUFA) bezieht und nutzt. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.</p>
Vorläufiger Versicherungsschutz	<p>Auf Grund des gestellten Antrags besteht Versicherungsschutz entsprechend den „Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung“.</p>
Gesundheitsprüfung	<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>
Prädiktiver Gentest	<p>Gemäß § 18 GenDG darf der Versicherte vor Versicherten weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrags die Vornahme genetischer Untersuchungen oder Analysen verlangen. Die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen darf der Versicherer nur dann verlangen, entgegennehmen oder verwenden, wenn für eine Lebensversicherung, eine Berufsunfähigkeitsversicherung, eine Erwerbsunfähigkeitsversicherung oder eine Pflegeversicherung eine Leistung von mehr als 300.000 EUR oder mehr als 30.000 EUR Jahresrente vereinbart wird.</p>
Sonstige Hinweise	<p>Für die Aufnahme des Antrags fallen keine gesonderten Gebühren oder Kosten an. Lastschrift-Rücklaufgebühren und Kosten eines Mahnverfahrens werden geltend gemacht.</p>
Wechsel des Versicherers	<p>Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer neuen Versicherung ist im Allgemeinen für den Versicherungsnehmer unzweckmäßig und kann zu wirtschaftlichen Nachteilen führen.</p>
Ansprechpartner/ Aufsichtsbehörde/ Schlichtungsstelle	<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 sind Schlichtungsstellen zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten entnehmen Sie bitte den Ihnen vor Antragstellung ausgehändigten Kundeninformationen.</p>
Vertragsgrundlagen	<p>Die gegenseitigen Rechte und Pflichten richten sich nach diesem Antrag, von dem mir bei Antragstellung eine Durchschrift/Kopie ausgehändigt wird, eventuell dazu übergebenen 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>
Politisch exponierte Person	<p>Eine PEP ist eine natürliche Person, die ein wichtiges öffentliches Amt ausübt (oder ausübt hat), ein unmittelbares Familienmitglied oder eine ihr bekanntermaßen nahe stehende Person ist.</p>
Hinweise zur Datenverarbeitung und den Ihnen zustehenden Rechten nach Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)	<p>Nach Art. 13 DSGVO möchten wir Ihnen Informationen zur Datenverarbeitung geben. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die Gothaer Lebensversicherung AG, Amulkiplatz 1, 50969 Köln, E-Mail: info@gothaer.de. Alle weiteren Informationen nach Art. 13 DSGVO finden Sie im entsprechenden Informationsblatt, welches diesem Antrag als Anlage beigefügt ist. Dieses enthält insbesondere Angaben zur Kontaktmöglichkeit zum Datenschutzbeauftragten, zum Zweck und zur Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung, zu den Empfängern personenbezogener Daten, zu Speicherdauer, zu Ihren Betroffenenrechten und zu eventuell eingesetzten automatisierten Entscheidungen. Das Informationsblatt finden Sie in der jeweils aktuellen Fassung auch unter www.gothaer.de/datenschutz.</p>

Einwilligung zur Datenverarbeitung

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Gothaer Lebensversicherung AG, Arnoldplatz 1, 50969 Köln (im folgenden Versicherer genannt) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Der Versicherer benötigt Ihre Schweigepflichtentbindung freiwillig, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten:

- durch den Versicherer selbst,
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt.

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten

Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer.

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

Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten

Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers.

Der Versicherer verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Der Versicherer benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Der Versicherer führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft unserer Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Der Versicherer führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für den Versicherer erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.gothaer.de/datenschutz eingesehen oder bei info@gothaer.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung.

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

Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann der Versicherer Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass der Versicherer Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einschätzendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung den Versicherer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob der Versicherer das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben; damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch den Versicherer unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Der Versicherer gibt grundsätzlich keine Angabe zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützte Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermitteln und diese dort erheben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert der Versicherer Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. 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.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Gesellschaft
Sitz
Aufsichtsrat
Vorstand

Gothaer Lebensversicherung AG
Arnoldplatz 1, 50969 Köln (Hausanschrift)
Prof. Dr. Werner Glog (Vorsitzender)
Michael Kartenbach (Vorsitzender)
Oliver Brühl, Dr. Mathias Bühring-Uhle, Oliver Schellert
Harald Ingo Eppe

Postanschrift 50598 Köln

Rechtsform Aktiengesellschaft
Registriergericht Amtsgericht Köln, HRB 56769
USt-IdNr. DE207591687