

Antrag

Die private Gothaer

- Krankheitskostenvollversicherung
- Pflegepflichtversicherung
- Ergänzungsversicherung

Stand: 12.2012

Die private Gothaer Kranken- und Pflegepflichtversicherung



Änderungsantrag

Für AO/MA/SAD

Für Makler/Sonstige

AN204734

Antragsteller/
Versicherungs-
nehmer
(VN)

Bestehende Versicherungsnummer

1
VD-AGT-Nr.

0
GKR-AGT-Nr.

Titel, Vorname, Name

männlich
 weiblich

Straße und Hausnummer

VN ist VP

Postleitzahl

Ort

alleinstehend
 verheiratet/
zus.lebend

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Hauptwohnsitz in D seit (MM.JJJJ)

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 (Bruttoeinkommen ./. Steuern) nicht übersteigt.

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

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

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 Tarifbedingungen). Er verlängert sich stillschweigend um jeweils 1 Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. **Die Mindestzahlungsrate beträgt 10 Euro.**

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"/> MediTravel Single 6 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"/> MediTravel Single 6 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

Sofern Sie während des Vertragsverhältnisses durch schriftliche Erklärungen und Leistungsanträge **bereits vollständige Informationen** zu den **Fragen 2. -4. und 7.-11.** gegeben haben, müssen diese nicht wiederholt werden. **Die Fragen 1., 5. sowie 6. (Ausnahme: bei Zahntarifen die Fragen 12. und 13.) 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 auf der Rückseite.**
 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.

Nicht bei Zahntarifen 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 und 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.	Besteht eine Schwangerschaft ? Wenn ja, bitte voraussichtlichen Entbindungstermin angeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Entbindungstermin (TT.MM.JJ)		
9.	Ist das Tragen einer Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen) notwendig/angeraten? Wenn ja, Dioptrien angeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dioptrien VP1 li _____ re _____ VP2 li _____ re _____		
10.	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"/>
		_____ %	_____ %

Bei Vollversicherungen und OPT G beantworten

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

Bei Tarifen mit Zahnschutz beantworten

Bei Tarif MediDent/MediProphy gelten die Vereinbarungen zu fehlenden Zähnen und begonnenen/angeratenen Behandlungen auf S. 6/6

12. **Fehlen Zähne** (außer Weisheitszähne, Lückenschlüsse bzw. Milchzähne, die aufgrund des natürlichen Zahnwechsels aktuell fehlen)? Anzahl _____

13. 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 MediDent und MediProphy). ja nein

Tarif MediVita Z 70/90

14. 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. ja nein

Ergänzende Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen

VP/Frage /

Genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose), Art der Beschwerden, Behandlungen/Untersuchungsergebnisse, Arzneimittelname und Dosis	Ärzte oder Angehörige anderer Heilberufe – Name, PLZ, Ort (auch Krankenanstalten und Sanatorien)	
Behandlungszeitraum von bis (TT.MM.JJ)	Behandlungsfrei? <input type="checkbox"/> ja, seit _____	Beschwerdefrei? <input type="checkbox"/> ja, seit _____
	<input type="checkbox"/> nein (TT.MM.JJ)	<input type="checkbox"/> nein (TT.MM.JJ)
		Operationen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

/

Genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose), Art der Beschwerden, Behandlungen/Untersuchungsergebnisse, Arzneimittelname und Dosis	Ärzte oder Angehörige anderer Heilberufe – Name, PLZ, Ort (auch Krankenanstalten und Sanatorien)	
Behandlungszeitraum von bis (TT.MM.JJ)	Behandlungsfrei? <input type="checkbox"/> ja, seit _____	Beschwerdefrei? <input type="checkbox"/> ja, seit _____
	<input type="checkbox"/> nein (TT.MM.JJ)	<input type="checkbox"/> nein (TT.MM.JJ)
		Operationen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

/

Genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose), Art der Beschwerden, Behandlungen/Untersuchungsergebnisse, Arzneimittelname und Dosis	Ärzte oder Angehörige anderer Heilberufe – Name, PLZ, Ort (auch Krankenanstalten und Sanatorien)	
Behandlungszeitraum von bis (TT.MM.JJ)	Behandlungsfrei? <input type="checkbox"/> ja, seit _____	Beschwerdefrei? <input type="checkbox"/> ja, seit _____
	<input type="checkbox"/> nein (TT.MM.JJ)	<input type="checkbox"/> nein (TT.MM.JJ)
		Operationen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

/

Genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose), Art der Beschwerden, Behandlungen/Untersuchungsergebnisse, Arzneimittelname und Dosis	Ärzte oder Angehörige anderer Heilberufe – Name, PLZ, Ort (auch Krankenanstalten und Sanatorien)	
Behandlungszeitraum von bis (TT.MM.JJ)	Behandlungsfrei? <input type="checkbox"/> ja, seit _____	Beschwerdefrei? <input type="checkbox"/> ja, seit _____
	<input type="checkbox"/> nein (TT.MM.JJ)	<input type="checkbox"/> nein (TT.MM.JJ)
		Operationen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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?** ja nein

Hausarzt

VP nein Name und Anschrift _____ Fachrichtung _____ in Behandlung seit _____

1 _____

2 _____

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 PKV privat versichert	in der GKV versicherungspflichtig	in der GKV freiwillig versichert	Bei welcher PKV bzw. GKV?	Versicherungszeitraum (TT.MM.JJ)
VP 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	von _____ bis _____
VP 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	von _____ bis _____

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	von _____ bis _____
VP 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	von _____ bis _____

Gekündigt 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? Nein Ja (MM.JJ)	Wurde ein Vertrag vom VU gekündigt? Nein Ja (MM.JJ)	Wurde ein Vertrag ruhend gestellt? Nein Ja (MM.JJ)	
VP 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
VP 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <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 1-/2-Bettzimmer privatärztl. Behandlung	Krankentagegeld Tagessatz	Krankentagegeld Tagessatz	Pflegezeitgeld Tagessatz
VP 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VP 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 Betrag von 375 Euro bzw. 400 Euro für geringfügig Beschäftigte 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 Wenn die gewünschte Zahlweise **nicht** angekreuzt ist, werden Verträge mit einem monatlichen Beitrag über 10 Euro **automatisch mit monatlicher Zahlweise policiert.**
 jährlich (4 % Nachlass) 1/2-jährlich 1/4-jährlich monatlich

Einzugsermächtigung (LSV) Die jeweils fälligen Beiträge sollen bis auf Widerruf von folgendem Konto abgebucht werden: wie bisher

Kontonummer Kontoinhaber (Vorname, Name – falls nicht mit Antragsteller identisch)

Bankleitzahl Geldinstitut (Name und Ort)

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

Kommunikationsdaten Ich bin (**jederzeit widerruflich**) damit einverstanden, dass mir durch die Vermittler und deren Mitarbeiter sowie die Unternehmen der Gothaer Versicherungsgruppe schriftlich (auch per Telefax oder E-Mail) und telefonisch Informationen über die Leistungsangebote des Gothaer Konzerns gegeben werden.

(freiwillige Angaben) Telefonnummer Telefaxnummer E-Mailadresse
Der Widerruf ist jederzeit möglich: Telefon 0221 308 00 / E-Mail: info@gothaer.de

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

Einwilligungserklärung 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 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.

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 die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben. Die dazu erforderliche Einverständniserklärung wird im Einzelfall eingeholt.
- 3. 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 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.
- 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 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 Versicherungs-schutz 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.

Schluss-erklärungen Die auf den folgenden Seiten beschriebenen „**Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht**“, die „**Erklärungen und wichtige Hinweise**“ und die „**Hinweise zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz**“ habe ich zur Kenntnis genommen. Ich mache diese mit meiner Unterschrift zum Inhalt dieses Antrags und bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der eingetragenen Antworten auf allen Antragsseiten.

Versicherungs-schutz 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.

Empfangs-bekennnis **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) 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.

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

Kontoinhaber

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

Vorvertragliche Anzeigepflichten

Damit die Gothaer Krankenversicherung AG (kurz: Gothaer) Ihren Antrag ordnungsgemäß prüfen kann, ist es notwendig, dass Sie die im Antrag gestellten **Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten**. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den **Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht** können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Bestehende vorvertragliche Anzeigepflichten

Sie sind gemäß § 19 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) **verpflichtet**, die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig zu beantworten und dabei auch von Ihnen für unwesentlich gehaltenen Erkrankungen, Unfallfolgen oder Beschwerden anzugeben.

Wenn die Gothaer nach Ihrer Vertragserklärung aber vor Vertragsannahme in Textform erneut nach gefahrerheblichen Umständen fragt, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine Obliegenheit vor Vertragsschluss verletzt wird?

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die Gothaer vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht hat die Gothaer kein Rücktrittsrecht, wenn sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt die Gothaer den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleibt sie 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 der Gothaer der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

Kann die Gothaer nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, kann sie den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Kann die Gothaer nicht zurücktreten oder kündigen, weil sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf ihr Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht der Gothaer das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Die Gothaer kann ihre **Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats** schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem sie von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihr geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung ihrer Rechte hat sie die Umstände anzugeben, auf die sie ihre Erklärung stützt. Zur Begründung kann sie nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Die Gothaer kann sich auf die **Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn sie den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte**. Ihre 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.

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 der Rechte der Gothaer 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 zu Last fällt.

Mögliche Folgen

• Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

• Kündigung

• Vertragsänderung

• Ausübung der Rechte

• Stellvertretung durch eine andere Person

Erklärungen und wichtige Hinweise

Verpflichtungen bis zur Annahme des Antrags

Ich verpflichte mich, alle Heilbehandlungen (einschließlich Beratungen und Untersuchungen), alle Veränderungen im Gesundheitszustand, eine zwischenzeitlich festgestellte Schwangerschaft und einen vorgenommenen Schwangerschaftsabbruch, 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 Einreichfrist 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 (Bruttoeinkommen ./. Steuern) 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 ungültig.

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 nachrichten.

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, Wohnungsgeld sowie Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung.

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 (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. 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 pro Tag 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 und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

• 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.

Gesellschaft

Gothaer Krankenversicherung AG
 Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (Hausanschrift)
 Dr. Roland Schulz (Vorsitzender)
 Michael Kurtenbach (Vorsitzender),
 Dr. Werner Görg, Dr. Helmut Hofmeier, Jürgen Meisch,
 Dr. Hartmut Nickel-Waninger, Oliver Schoeller

Postanschrift

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

Mit diesem Antrag können Sie eine Krankheitskostenvollversicherung, 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.	13.
AVL N2	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x
K	x	x	x	x	x	x	x	x		x			
MediAmbulant	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
MediClinic 1/MediClinic 2	x	x	x	x	x	x	x	x		x			
MediClinic U	Es müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden.												
MediDent												x	
MediNatura P	x	x	x	x	x	x	x	x		x			
MediPrävent	Es müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden.												
MediProphy												x	
MediTravel	Es müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden.												
OPT G	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
P 3	x	x	x	x	x	x				x			
PTG / PT 2 / PT 3	x	x	x	x	x	x				x			
TG	x	x	x	x	x	x	x	x		x			

**RisikoHotline
– nur für
Vermittler**

In der Zeit von montags bis freitags 08:00 – 18:00 Uhr steht Ihnen die RisikoHotline unter der **Telefonnummer 0221 3090-4096** 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 „Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht“, „Erklärungen und wichtige Hinweise“ und „Hinweise zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz“ 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

Hinweise zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz

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.

Informationen zur Antragstellung der Tarife MediDent und MediProphy

- 1. Versicherungsfähigkeit** Sie sind im Tarif MediDent und/oder MediProphy 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 Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits angeraten, geplant oder begonnen worden sind.
- 2. Einschränkung des Leistungsumfanges bei fehlenden Zähnen im Tarif MediDent** 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.

Dienstleisterliste

Konzerngesellschaften mit einer gemeinsamen Verarbeitung von Daten innerhalb der Unternehmensgruppe

Asstel Lebensversicherung AG	Janitos Versicherung AG
Asstel Sachversicherung AG	Gothaer Pensionskasse AG *
Asstel ProKunde Versicherungskonzepte GmbH	Gothaer Asset Management AG
Gothaer Allgemeine Versicherung AG *	Gothaer Risk-Management GmbH
Gothaer Finanzholding AG * (**)	Gothaer Invest- und Finanzservice GmbH
Gothaer Krankenversicherung AG * (**)	GSC Gothaer Schaden-Service-Center GmbH
Gothaer Lebensversicherung AG *	GKC Gothaer Kunden-Service-Center GmbH
Gothaer Versicherungsbank VVaG *	Gothaer Systems GmbH

Gesellschaften, die Datenverarbeitung in Funktionsübertragung an Dienstleister oder im Auftrag erbringen

a) in Einzelnennung

Auftraggeber	Auftragnehmer	Hauptgegenstand des Auftrags	Gesundheitsdaten
Versicherungsgesellschaften (siehe *)	Alpha Com Deutschland GmbH	Postbearbeitung (Scannen)	ja
	Gothaer Systems GmbH	Rechenzentrum	ja
	GKC Gothaer Kunden-Service-Center GmbH [nicht für (**)]	Bestandsverwaltung	ja
	Roland Assistance GmbH	Telefonischer Kundendienst	teilweise ja
	Gothaer Finanzholding AG	Zahlungsverkehr (Inkasso), Recht, Beschwerdemanagement, Geldwäschebeauftragter, Datenschutz, IT-Sicherheit	teilweise ja
	Versicherungsgesellschaften (siehe*)	Betreuungs-, Verkaufsförderungs- und Steuerungsaktivitäten in den Vertriebswegen	teilweise ja
Gothaer Allgemeine Versicherung AG	Malteser Hilfsdienst gGmbH	Hilfs- und Pflegeleistungen	ja
	GSC Gothaer Schaden-Service-Center GmbH	Schadenbearbeitung	teilweise ja
Gothaer Lebensversicherung AG	GBG Consulting für betriebliche Altersversorgung GmbH	Mathematische Gutachten	nein
	Pensus Pensionsmanagement GmbH	Pensionsmanagement	nein
	General Reinsurance AG	Leistungsbearbeitung	ja
Gothaer Krankenversicherung AG	COMPASS Private Pflegeberatung GmbH	Pflegeberatung	ja
Gothaer Pensionskasse AG	Gothaer Lebensversicherung AG	Bestandsverwaltung / Leistungsbearbeitung	ja
	Pensus Pensionsmanagement GmbH	Pensionsmanagement	nein
	GBG Consulting für betriebliche Altersversorgung GmbH	Mathematische Gutachten	nein
Gothaer Versicherungsbank VVaG	GSC Gothaer Schaden-Service-Center GmbH	Schadenbearbeitung	nein
	Gothaer Allgemeine Versicherung AG	Bestandsverwaltung / Schadenbearbeitung	ja
	Gothaer Krankenversicherung AG	Leistungsbearbeitung	ja

b) Kategorien von Gesellschaften

Auftraggeber	Dienstleisterkategorie	Hauptgegenstand des Auftrags	Gesundheitsdaten
Versicherungsgesellschaften (siehe *)	Adressermittler	Adressprüfung	nein
	Gutachter	Antrags-/Leistungsprüfung	teilweise ja
	Rechtsanwälte	juristische Beratung	teilweise ja
	Servicekartenhersteller	Kundenkarten	nein
	Marktforschungsunternehmen	Marktforschung	nein
	Forderungsmanagement	Realisierung von Forderungen	nein
Gothaer Allgemeine Versicherung AG	Werkstätten	Reparaturen	nein
	Rehadienste	Rehaassistance-Leistungen	ja
	Handwerker	Reparaturen und Sanierungen	nein
Gothaer Lebensversicherung AG	Anbieter medizinischer Produkte	Hilfsmittelversorgung	ja
Gothaer Krankenversicherung AG	Anbieter medizinischer Produkte	Hilfsmittelversorgung	ja