

Änderungsantrag

Für AO/MA/SAD

Für Makler/Sonstige

Bestehende Versicherungsnummer

1
VD-AGT-Nr.

0
GKR-AGT-Nr.

AN215945
**Antragsteller/
Versicherungs-
nehmer
(VN)**

Titel, Vorname, Name

 männlich
 weiblich

Straße und Hausnummer

Postleitzahl Ort

 VN ist VP

Geburtsdatum Staatsangehörigkeit derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit und Branche

**zu versichernde
Person (VP)
wenn VN = VP
hier bitte keine
Angaben
machen**

Titel, Vorname, Name

 männlich
 weiblich

Geburtsdatum Staatsangehörigkeit derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit und Branche

 Abweichende Anschrift
**(immer angeben Beiblatt
211377 ist beizufügen)**
**Beginn und
Dauer der
Versicherung**
0 1 2 0
Versicherungsbeginn

 Der Versicherungsvertrag für die privaten Pflegeergänzungversicherungen 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 EUR.**
**Versicherungs-
umfang und
Beitragsberechnung
in Euro**

MediP 0	MediP 1	MediP 2	MediP 3	MediP EZ	
Pflegetagegeld in EUR	Pflegetagegeld in EUR	Pflegetagegeld in EUR	Pflegetagegeld in EUR	Einmalzahlung in EUR	
Tarif MediP 0 monatlicher Beitrag	Tarif MediP 1 monatlicher Beitrag	Tarif MediP 2 monatlicher Beitrag	Tarif MediP 3 monatlicher Beitrag	Tarif MediP EZ monatlicher Beitrag	Tarif P3 monatlicher Beitrag

▶ Ihr zu zahlender monatlicher Gesamtbeitrag

Das Pflegetagegeld darf in Tarif MediP 0 max. 50 EUR, in den Tarifen MediP 1, MediP 2 und MediP 3 max je 130 EUR betragen. Im Tarif MediP EZ sind max 15.000 EUR absicherbar

Zahlweise

 Wenn die gewünschte Zahlweise **nicht** angekreuzt ist, werden Verträge mit einem monatlichen Beitrag über 10 Euro **automatisch mit monatlicher Zahlweise poliziert.**
 jährlich (4 % Nachlass) 1/2-jährlich 1/4-jährlich monatlich wie bisher
 Teilnahme am SEPA-Lastschriftverfahren nein ja

Versicherbarkeit

Keine Versicherungsfähigkeit besteht,

- falls Erwerbsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit (SPV, PPV) beantragt oder festgestellt wurde
- falls Leistung aus einer Pflegeversicherung beantragt oder bezogen wurde
- falls folgende Erkrankungen bestehen oder bei Antragstellung in Abklärung sind bzw. in den letzten 5 Jahren bestanden haben:
 ALS (amyotrophe Lateralsklerose), Alkoholabhängigkeit, Alzheimer, Aortenaneurysma, Apallisches Syndrom (Wachkoma), Arteriosklerose, Bluter (Hämophilie), Bösartige Neubildungen/Krebserkrankungen, Chorea Huntington, M. Crohn, Demenz, Diabetes mellitus, Epilepsie, chron. Hepatitis, Herzinsuffizienz/-infarkt, HIV-Infektion (auch bei ausstehendem Testergebnis), Hirntumor/-blutung/-leistungsstörungen, Leberzellschäden, Lungenembolie/-infarkt, Multiple Sklerose, Myastenie (krankhafte Muskelschwäche), Niereninsuffizienz, Organtransplantation, Parkinson, Polyarthrit/Polyarthrose, Querschnittslähmung, Rheuma, Schizophrenie, Schlaganfall

**Angaben zum
Gesundheits-
zustand**
Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Sie gefährden sonst Ihren Versicherungsschutz.

Folgende Erkrankungen müssen nicht angezeigt werden:

Allergien ohne Asthma, Akne, Erkältungskrankheiten/Grippler Infekt, Gallenstein, Gastritis, Harnwegsinfekt, Hexenschuss, Kopfschmerz/Migräne, akuter Magendarminfekt, akute Muskelverspannungen, Neurodermitis, Nierenstein, Schilddrüsenüber- oder unterfunktion sowie nicht angeborener Jodmangel, gutartige Prostatavergrößerung, Schuppenflechte/Psoriasis (Teilkörper), Sodbrennen (Refluxösophagitis), Wechseljahresstörungen (Menopausensyndrom)

Körpergröße (in cm) und **-gewicht** (in kg) _____ cm _____ kg

 nein ja
 ▼ ▼

Gesundheitsfragen

- Besteht (Schwer-)Behinderung, Kriegs- bzw. Wehrdienstbeschädigung, Invalidität oder Berufsunfähigkeit oder wurde ihre Feststellung bzw. eine Leistungserbringung beantragt?
- Bestehen Erkrankungen, Unfallfolgen, Anomalien oder Funktionsbeeinträchtigungen körperlicher und geistiger Art, aufgrund derer Behandlungen/Kontrolluntersuchungen durch Ärzte oder Angehörige anderer Heilberufe durchgeführt werden oder zukünftig erforderlich/angeraten sind?
- Ab Alter **60** zu beantworten:
 Fanden in den letzten **3 Jahren** ambulante (Kontroll-)Untersuchungen, Behandlungen, Beratungen, Operationen oder in den letzten **5 Jahren** psychotherapeutische Maßnahmen/Gesprächstherapien oder Aufenthalte in stationären Einrichtungen statt?

 Ab Alter **65** muss stets ein aktueller Untersuchungsbericht des Hausarztes beigelegt werden.

**Ergänzende
Angaben zu
den mit „ja“
beantworteten
Fragen**
Genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose), Art der Beschwerden, Behandlungen/Untersuchungsergebnisse, Arzneimittelname und Dosis

Ärzte oder Angehörige anderer Heilberufe (auch Krankenanstalten und Sanatorien) Name, PLZ, Ort

Behandlungszeitraum von bis (TT.MM.JJ) Behandlungsfrei? nein (TT.MM.JJ) Beschwerdefrei? nein (TT.MM.JJ) Operationen? ja, seit _____ ja, seit _____ nein ja

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

Angaben zu bestehenden und früheren Versicherungen der letzten 5 Jahre

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

Bitte beachten: Ein in den letzten 5 Jahren abgelehnter oder gekündigter Versicherungsschutz ist ebenfalls anzugeben.

Abkürzungen: GKV = Gesetzliche Krankenversicherung / PKV = Private Krankenversicherung / VU = Versicherungsunternehmen / VN = Versicherungsnehmer

Wie und wo sind Sie versichert?

GKV **GKV** **PKV** (VU)

Pflicht Freiwillig

Pflegezeitgeld
Höhe

Wurde ein Antrag abgelehnt?

nein ja, am

Wurde ein Vertrag gekündigt?

nein ja, Laufzeit von/bis

Wer kündigte?

VU VN

Bestehende Pflegepflichtversicherungen

Besteht eine deutsche Pflegepflichtversicherung?

nein

ja

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.

Telefonnummer

Telefaxnummer

E-Mailadresse

(freiwillige Angaben)

Der Widerruf ist jederzeit formfrei unter: Telefon 0221 308 00 / E-Mail: info@gothaer.de möglich

Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist

Ich stimme zu, dass mein beantragter Versicherungsschutz – unter Berücksichtigung etwaiger tariflich vereinbarter Wartezeiten – **vor** Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn).

Abweichend von den dem Versicherungsvertrag zugrundeliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen wird der erste Beitrag mit Beginn des Versicherungsschutzes fällig.

Empfangsbekanntnis

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

Einwilligung in die Datenverarbeitung

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

- I. Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten durch die Gothaer Krankenversicherung AG
- II. Weitergabe meiner Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Gothaer Krankenversicherung AG – wie die
 1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung
 2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen und Personen)
 3. Datenweitergabe an Rückversicherer
 4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
- III. Speicherung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

zur Kenntnis genommen und willige durch meine nachstehende Unterschrift in dem dort beschriebenen Umfang in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten durch die Gothaer Krankenversicherung AG ein.

Schluss-erklärungen

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

Unterschriften

Ort, Datum (immer angeben)

Antragsteller/Versicherungsnehmer

Zu versichernde Personen ab 16 Jahren
(bei Minderjährigen zusätzlich gesetzl. Vertreter)

Vermittlerdaten

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

Vermittler

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

SEPA-Lastschrift-Mandat



Antwort: Gothaer Krankenversicherung AG, 50598 Köln

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

Angaben zum Zahlungsempfänger Gothaer Krankenversicherung AG Gläubiger ID DE52ZZZ00000070522
Arnoldiplatz 1
50969 Köln

Mandatsreferenz _____ Vom Zahlungsempfänger auszufüllen.

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

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

Zahlungsart Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Datum erster Einzug/ Gültig ab _____

Angaben zur Kontoverbindung des Zahlungspflichtigen
Name, Vorname _____
Straße und Hausnummer _____
Land _____ PLZ _____ Ort _____
IBAN (Internationale Bankkontonummer) _____
BIC (Internationale Bankleitzahl des Geldinstituts) _____ Name des Geldinstituts _____

Ort, Datum und Unterschriften
Ort _____ Datum _____ Unterschrift des Zahlungspflichtigen _____ Unterschrift des 2. Zahlungspflichtigen _____

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

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

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 die Gothaer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Versicherungsgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

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

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die Gothaer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risikoprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Gothaer das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

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

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

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

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

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

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

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen.

Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die Gothaer meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

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

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

Vorvertragliche Anzeigepflichten

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.

Mögliche Folgen

• Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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.

• Vertragsänderung

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.

• Ausübung der Rechte

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.

• Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung 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.

Erklärungen und wichtige Hinweise

Verpflichtungen bis zur Annahme des Antrags

Ich verpflichte mich, alle Heilbehandlungen (einschließlich Beratungen und Untersuchungen), alle Veränderungen im Gesundheitszustand, alle Veränderungen hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit und/oder – sofern eine Krankentagegeldversicherung beantragt wird – eine Verminderung des Nettoeinkommens der zu versichernden Personen, **die bis zur Annahme dieses Antrags eintreten, vollständig und wahrheitsgemäß anzugeben**, sofern der Versicherer nach Antragstellung bis zur Zusendung des Versicherungsscheins erneut Fragen hiernach stellt.

Antragsbindefrist

An meinen Antrag bei der Gothaer Krankenversicherung AG, dessen Durchschrift mir nach meiner Unterschrift ausgehändigt wird, halte ich mich 6 Wochen gebunden, sofern ich ihn nicht nach Zugang des Versicherungsscheins innerhalb von 14 Tagen widerrufe. Die Frist beginnt mit dem Tag, an dem der Antrag unterschrieben ist. Sofern der Erlass von Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird, beginnt die Frist an dem Tage, an dem die Untersuchungsberichte dem Versicherer zugehen, spätestens aber am Tage nach Ablauf der Einreichfrist von 28 Tagen.

Änderung von Anschrift u. Namen

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

Zustandekommen des Vertrages

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

Vertragsgrundlagen

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

Widerrufsrecht

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.

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.

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

Sie können beispielsweise Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist.

Gesellschaft Sitz Aufsichtsrat Vorstand

Gothaer Krankenversicherung AG
Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (Hausanschrift)
Dr. Roland Schulz (Vorsitzender)
Michael Kurtenbach (Vorsitzender), Dr. Mathias Bühring-Uhle,
Dr. Karsten Eichmann, Harald Ingo Epple, Dr. Werner Görg, Jürgen Meisch,
Dr. Hartmut Nickel-Waninger, Oliver Schoeller

Postanschrift 50598 Köln

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