

Anlage zum Antrag auf eine Barmenia DirektRente Index

vom _____

Wichtiger Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht

Im Rahmen der Antragsaufnahme bitten wir Sie, einige Fragen zu beantworten. Ihre Angaben sind Grundlage für die weitere Bearbeitung des Antrages und werden auch Bestandteil des angestrebten Versicherungsvertrages. Mit Ihren Antworten tragen Sie in bedeutendem Maße dazu bei, uns die Beurteilung des Versicherungsrisikos zu ermöglichen.

Wichtig ist dabei die Angabe aller Ihnen bekannten Gefahrumstände. Wir fragen Sie daher nach allen Umständen, die Einfluss auf einen möglichen Eintritt des versicherten Risikos haben könnten. Dazu zählen z. B. Ihre berufliche Situation, die Ausübung von sportlichen Aktivitäten, Ihre persönliche medizinische Vorgeschichte und Ihr aktueller Gesundheitszustand.

Bitte beachten Sie, dass Sie gesetzlich verpflichtet sind, uns vor Vertragsabschluss alle Ihnen bekannten Umstände sorgfältig, vollständig und ausführlich anzugeben. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Auf diesem Wege erreichen Sie einen individuell auf Sie abgestellten und wirksamen Versicherungsschutz.

Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder nicht vollständig beantworten, kann dies dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren oder dass später Vertragsanpassungen - auch rückwirkend - notwendig werden. Wir möchten dies gerne vermeiden, müssten aber bei Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht im Interesse der anderen Versicherten von rechtlichen Maßnahmen wie z. B. Rücktritt vom Vertrag oder Anfechtung des Vertrages oder auch Verweigerung der beantragten Leistung Gebrauch machen. Beachten Sie hierzu die "Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht". Bitte tragen Sie durch Ihre Antworten zu einem dauerhaft wirksamen Versicherungsschutz bei.

Antragsteller (Versicherungsnehmer = Arbeitgeber)

Firmenname (Arbeitgeber)

persönliche Identifikationsnummer (Steuer-ID) der zu versichernden Person *)

Derzeit ausgeübter Beruf der zu versichernden Person (genaue Bezeichnung)

Zu versichernde Personen (Arbeitnehmer)

Pers. Herr Frau divers Name, Vorname, Titel

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

E-Mail *)

Geburtsdatum Diensteintritt Datum der Zusage

*) Freiwillige Angaben, die bei der Bearbeitung weiterhelfen. Die Steuer-ID ist zwingend erforderlich, wenn Sie Ihren Gothaer-Vertrag im Onlineportal „Digitale Rentenübersicht“ finden möchten.

Berufsstellung: (Bitte Ziffer eintragen)
3 = Arbeitnehmer 5 = in Ausbildung

Staatsangehörigkeit

Rechtsnachfolge bei Ausscheiden des Arbeitnehmers aus den Diensten des Arbeitgebers

Scheidet der Arbeitnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles aus den Diensten des Arbeitgebers mit unverfallbaren Ansprüchen aus, verpflichtet sich der Arbeitgeber, die Versicherungsnehmerstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens auf den Arbeitnehmer zu übertragen.

Beantragte Versicherung

Die Einzelheiten zur beantragten Versicherung ergeben sich aus dem beiliegenden Vorschlag mit der Nummer:

Finanzierungsart

arbeitnehmerfinanziert (Entgeltumwandlung)

arbeitgeberfinanziert mit sofortiger vertraglicher Unverfallbarkeit (ohne Vorbehalt)

arbeitgeberfinanziert mit gesetzlicher Unverfallbarkeit (mit Vorbehalt)

Gesundheitsfragen an die zu versichernde Person (nur bei Einschluss einer Barmenia StarBUZ)

Bitte reichen Sie die Gesundheitserklärung zusammen mit dieser Anlage zum Antrag ein.

Empfänger der Versicherungsleistungen

Verfügung des Antragstellers (Arbeitgeber) zu Gunsten des Arbeitnehmers

Unwiderrufliches Bezugsrecht ohne Vorbehalt (möglich bei allen Finanzierungsarten)
Die versicherte Person ist aus der auf ihr Leben genommenen Versicherung sowohl für den Todes- als auch für den Erlebensfall unwiderruflich bezugsberechtigt.

Unwiderrufliches Bezugsrecht mit Vorbehalt (nur möglich bei arbeitgeberfinanzierter Direktversicherung)
Die versicherte Person ist aus der auf ihr Leben genommenen Versicherung sowohl für den Todes- als auch für den Erlebensfall unwiderruflich bezugsberechtigt.
Dem Antragsteller (Arbeitgeber) bleibt das Recht vorbehalten, alle Versicherungsleistungen für sich in Anspruch zu nehmen, wenn das Arbeitsverhältnis vor Eintritt des Versorgungsfalles endet, es sei denn, die versicherte Person hat das 21. Lebensjahr vollendet und die Versorgungszusage hat drei Jahre bestanden (vgl. § 1b BetrAVG).

Beleihungsverbot (nur bei arbeitnehmerfinanzierter Direktversicherung): Der Arbeitgeber darf die Rechte aus diesem Vertrag nicht verpfänden, abtreten oder beleihen.

Verfügung der versicherten Person zu Gunsten ihrer Hinterbliebenen

Im Todesfall der versicherten Person ist die Leistung in nachstehender Rangfolge zu zahlen an (andere als die genannten Bezugsberechtigten sind für eine Förderung

nach § 3 Nr. 63 Einkommensteuergesetz (EStG) nicht zulässig; eine andere Reihenfolge kann bestimmt werden; ggf. nicht gewünschte Bezugsberechtigte sind durchzustreichen):

1. den zum Zeitpunkt des Todes mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebenden Ehegatten bzw. mit der versicherten Person in eingetragener Lebenspartnerschaft lebenden Lebenspartner;
2. den zum Zeitpunkt des Todes mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft lebenden, namentlich genannten Lebensgefährten (Name, Geburtsdatum):

3. die Kinder der versicherten Person gemäß § 32 Abs. 1 und 2, soweit und solange sie die Voraussetzungen von § 32 Abs. 3 und 4 Satz 1 Nr. 1 bis 3 EStG erfüllen, maximal bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres;

4. den namentlich genannten früheren Ehegatten oder früheren eingetragenen Lebenspartner der versicherten Person (Name, Geburtsdatum):

Falls im Todesfall der versicherten Person keine der genannten versorgungsberechtigten Hinterbliebenen vorhanden sind, soll das Sterbegeld gezahlt werden an (Name, Geburtsdatum):

Wird keine Person benannt, wird das Sterbegeld an die Erben gezahlt.

Informationspflichten vor Abschluss des Versicherungsvertrages

Hiermit bestätige ich, dass ich vor Beantragung des Versicherungsschutzes die folgenden Unterlagen/Informationen (Allgemeine Bedingungen, Besondere Bedingungen, sonstige Vertragsunterlagen etc.):

- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- Beispielrechnung
- Garantierte Rückkaufswerte und beitragsfreie Leistungen
- Normierte Modellrechnung
- Allgemeine Kundeninformation
- Informationen zur Nachhaltigkeit
- Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung (L3897, Ausgabe 09/2024)
- Allgemeine Bedingungen für die Barmenia DirektRente Index (L3877, Ausgabe 09/2024)
- Informationen zur Indexpartizipation (L3716, Ausgabe 01/2022)
- Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (L3889, Ausgabe 09/2024)

- Gebührenordnung (L3471, Ausgabe 04/2024)
- Information für den Arbeitnehmer zur Barmenia DirektRente Index und zur Barmenia DirektBU (L6054, Ausgabe 09/2024)
- Allgemeine Angaben über die Steuerregelungen für die Barmenia DirektRente Index (L3730, Ausgabe 09/2024)
- Hinweise zum Datenschutz
- Dienstleisterliste

zusätzlich bei Einschluss einer Barmenia StarBUZ zur Barmenia DirektRente Index
- Allgemeine Bedingungen für die Barmenia StarBUZ in der betrieblichen Altersversorgung (L3884, Ausgabe 09/2024)

auf nachstehendem Zugangsweg erhalten habe:

E-Mail: _____ Versand Übergabe in gedruckter Form Übergabe auf Speichermedium

Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannten Dokumente beim Zugangsweg E-Mail-Versand mittels eines in der E-Mail befindlichen Internet-Links aufgerufen werden. Die Dokumente stehen per E-Mail und bei der Übergabe auf Speichermedium im PDF-Format zur Verfügung. Ich bestätige, dass diese Dokumente von mir mittels vorgehaltener Geräte und Computerprogramme eingesehen, gedruckt und auch gespeichert werden können.

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf Seite 5 die "Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht" und auf Seite 4 die Schlussserklärungen. **Lesen Sie als zu versichernde Person bitte zudem auf der nächsten Seite die gesamte "Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung"**. Diese betrifft den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützten Daten und enthält die folgenden Einwilligungstatbestände: **1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Gothaer Lebensversicherung AG, 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten, 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Gothaer Lebensversicherung AG sowie 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zu Stande kommt.**

Mit ihrer nachfolgenden Unterschrift gibt die mitunterzeichnende zu versichernde Person die besagten Einwilligungserklärungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen ab. **Als Antragsteller und zu versichernde Person stimmen Sie mit Ihrer Unterschrift ferner zu, dass – rechtzeitige Beitragszahlung vorausgesetzt – der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, soweit kein späterer Versicherungsbeginn vereinbart ist.**

Unterschrift

Datum _____ Zu versichernde Person (Arbeitnehmer) mit Vor- und Zunamen _____

Mit nachfolgender Unterschrift bestätige ich, dass ich die "Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung" erhalten habe. Ich habe diese auch zur Kenntnis genommen.

Unterschrift

Datum _____ Zu versichernde Person (Arbeitnehmer) mit Vor- und Zunamen _____

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, Speicherung 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 daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die Gothaer Lebensversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die Gothaer Lebensversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistancegesellschaften, IT-Dienstleister und Rückversicherer der Gothaer Lebensversicherung AG 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 der Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen zu den Gesundheitsdaten und nach § 203 StGB geschützten Daten betreffen den Umgang mit diesen Daten

- durch die Gothaer Lebensversicherung AG selbst (siehe unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (siehe unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Gothaer Lebensversicherung AG (siehe unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zu Stande 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. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Gothaer Lebensversicherung AG

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

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

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 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.

Soweit eine solche Überprüfung erforderlich ist, wird die Gothaer Lebensversicherung AG von Ihnen im Einzelfall eine Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindungserklärung für sich und die befragten Stellen einholen oder Ihnen wahlweise die Möglichkeit einräumen, die erforderlichen Unterlagen selbst beizubringen.

2.2 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 die Gothaer Lebensversicherung AG 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 Schweigepflichtentbindung. Dazu erkläre ich:

Für den Fall meines Todes willige ich ein, dass die Gothaer Lebensversicherung AG – soweit es für die Leistungsfällprüfung bzw. eine erneute Antragsprüfung 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 die Gothaer Lebensversicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Gothaer Lebensversicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Gothaer Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Gothaer Lebensversicherung AG

Die Gothaer Lebensversicherung AG verpflichtet die nachfolgenden 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 Lebensversicherung AG 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 Lebensversicherung AG 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 Lebensversicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Gothaer Lebensversicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die Gothaer Lebensversicherung AG führt im Einzelfall 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 der BarmeniaGothaer-Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Gothaer Lebensversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die Gothaer Lebensversicherung AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Gothaer Lebensversicherung AG 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.datenschutz.barmenia.de eingesehen oder bei der Gothaer Lebensversicherung AG, Kunden- und Vertragsservice, Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal, Telefon: 0202 438-2250, E-Mail: info@barmenia.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Gothaer Lebensversicherung AG Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Gothaer Lebensversicherung AG 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 Lebensversicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der BarmeniaGothaer-Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderen nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Gothaer Lebensversicherung AG 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 Lebensversicherung AG Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die Gothaer Lebensversicherung AG auf Grund 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 die Gothaer Lebensversicherung AG 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 die Gothaer Lebensversicherung AG 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 Lebensversicherung AG 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 Lebensversicherung AG gibt grundsätzlich keine Angaben 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 Lebensversicherung AG 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 zu Stande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zu Stande, speichert die Gothaer Lebensversicherung AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Ihre Daten werden bei der Gothaer Lebensversicherung AG bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

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

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Gothaer Lebensversicherung AG, Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal schriftlich nachzuholen.

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.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Die versicherte Person ist – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie oder die versicherte Person 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 oder die versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie oder die versicherte Person die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Im

Falle einer schuldlosen Anzeigepflichtverletzung werden wir von dem Kündigungsrecht keinen Gebrauch machen. Im Falle der Kündigung wandelt sich die Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung nach den Bestimmungen zur Beitragsfreistellung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen um.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Im Falle einer schuldlosen Anzeigepflichtverletzung werden wir keine Vertragsänderung verlangen. Haben Sie die Anzeigepflicht grob fahrlässig oder fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung 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.

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 Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

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 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 Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person.**Datenübermittlung im Falle einer Antragsseinreichung über Maklerpools**

Maklerpools sind Vermittlungsunternehmen, die einen Versicherungsmakler u. a. bei der Antragstellungsabwicklung und bei der Betreuung von Versicherungsverträgen unterstützen. Sofern Ihr Antrag über einen Maklerpool der Gothaer Lebensversicherung AG eingereicht wird, informiert Sie darüber Ihr Versicherungsmakler und der betreffende Maklerpool wird in diesem Antrag vermerkt.

Für die Weitergabe Ihrer zu Vermittlungs- und Betreuungszwecken erhobenen Daten an den Maklerpool und auch für die Datenweitergabe von der Gothaer Lebensversicherung AG an einen Maklerpool wird Ihr Einverständnis benötigt:

Ich willige ein, dass die Gothaer Lebensversicherung AG meine Daten bzw. Daten aus meinem Versicherungsvertrag soweit es zu Vertragsführungs- und Betreuungszwecken notwendig ist, an den vermerkten Maklerpool weitergibt. Insofern entbinde ich die Mitarbeiter der Gothaer Lebensversicherung AG von ihrer Schweigepflicht.

Hinweise**Weitergabe Datenschutzinformationen**

Bitte händigen Sie allen weiteren in diesem Antrag namentlich genannten Personen (z. B. versicherten Personen, Dritte als Beitragszahler) die „Hinweise zum Datenschutz“ aus.

Durchschrift/Kopie des Antrages

Eine Durchschrift/Kopie des Versicherungsantrages wird dem Antragsteller nach Unterzeichnung des Antrages sofort ausgehändigt.

Weitergabe Datenschutzinformationen

Bitte händigen Sie allen weiteren in diesem Antrag namentlich genannten Personen (z. B. versicherten Personen, Dritte als Beitragszahler) die angehängten „Hinweise zum Datenschutz“ aus.

Zu-Stande-Kommen des Vertrages

Der Versicherer kann den Antrag innerhalb von sechs Wochen annehmen. Diese Frist beginnt am Tag der Antragstellung, bei einer Versicherung mit ärztlicher Untersuchung jedoch nicht vor dem Tag der Untersuchung. Der Versicherungsvertrag kommt zu Stande, wenn ich den Versicherungsschein oder eine sonstige Annahmeerklärung innerhalb der Annahmefrist erhalte. Unter der Voraussetzung der rechtzeitigen Beitragszahlung besteht dann von dem im Versicherungsschein bezeichneten Tag des Versicherungsbeginns an Versicherungsschutz.

Mitteilung an andere Stellen

Der Versicherer ist verpflichtet, der zentralen Stelle (Deutsche Rentenversicherung Bund) **alle** Rentenzahlungen und verschiedene Kapitalauszahlungen sowie die dazugehörigen Daten des Leistungsempfängers zu übermitteln (§ 22a Abs. 1 Einkommensteuergesetz).

Aufgabe bestehender Versicherungen

Eine bestehende Versicherung aufzugeben und dafür eine neue Versicherung abzuschließen, ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht.

Aufsichtsbehörde

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, www.bafin.de

Ombudsmann

Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, www.versicherungsombudsmann.de

Sicherungsfonds für die Lebensversicherung

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Lebensversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 221 ff. Versicherungsaufsichtsgesetz), der bei der Protektor Lebensversicherungs-AG, Wilhelmstr. 43 G, 10117 Berlin, www.protektor-ag.de, errichtet ist. Im Sicherheitsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Die Gothaer Lebensversicherung AG gehört dem Sicherungsfonds an.