Bitte Ausfüllhilfen in unterstrichener Schrift beachten
Dieser Antrag besteht aus 2 Teilen, bitte zusätzlich immer den „Antrag (2/2): Tarifdaten“ beifügen.
Bitte den Antrag in Blockschrift mit schwarzem Kugelschreiber ausfüllen.

Barmenia Gothaer

Antrag (1/2): Persönliche Daten

AN215804

Vermittlerdaten

Antragschlüssel

Daten des Abschlussvermittlers | Daten des Betreuers | - Kennnummer/ Abrechnungsgruppe

Versicherungsnummer | Antragnummer/ext. Maklernummer/Fremdaktenzeichen | Marketingschlüssel

Antragsteller/ Versicherungsnehmer (VN) **und zu versichernde Person** wenn VN=VP

☐ männlich ☐ weiblich

Titel, Vorname, Name oder Firma

☐ alleinstehend ☐ verheiratet/ verpartnert

Straße und Hausnummer

Staat | Postleitzahl | Ort

Geburtsdatum | Nationalität | Steueridentifikationsnummer

Geburtsname | Geburtsland | Geburtsort

E-Mailadresse (für eine schnellere Bearbeitung bei Rückfragen) | Telefonnummer (freiwillige Angabe)

☐ Ich möchte meine Vertragsdokumente an die oben angegebene E-Mailadresse erhalten.
Bei bAV: zentrale E-Mailadresse (z. B. Personalabteilung) des Arbeitgebers.

☐ Ich möchte zusätzlich monatlich per E-Mail über meinen Vertragsstand informiert werden (gilt nur für Index Protect).

☐ angestellt ☐ öffentlicher Dienst

☐ selbstständig ☐ ohne Beschäftigung

derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche

steuerpflichtig in USA ☐ nein ☐ ja ITIN/EIN

Sind Sie in einem weiteren Land außer Deutschland steuerpflichtig? ☐ nein ☐ ja, in

ausländische Steueridentifikationsnummer

Zu versichernde Person (VP) **falls abweichend vom VN**

☐ männlich ☐ weiblich

Titel, Vorname, Name

☐ alleinstehend ☐ verheiratet/ verpartnert

Straße und Hausnummer

Staat | Postleitzahl | Ort

Geburtsdatum | Nationalität | **Nur bei bAV:** Steueridentifikationsnummer

Geburtsname | Geburtsland | Geburtsort

Angaben nach dem Geldwäschegesetz

Nicht bei BasisVorsorge, Direktversicherung, Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung

Der Antragsteller hat sich ausgewiesen durch gültigen ☐ Personalausweis ☐ Reisepass gültig bis _____

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

Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz durch den Vermittler

Der Gesetzgeber fordert eine ordnungsgemäße Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz. Dies bedeutet, dass der Antragsteller zum Zeitpunkt der Identifizierung persönlich anwesend ist und sich durch das Original Ausweisdokument ausweist und eine Kopie dieses Dokumentes eingereicht wird.

☐ Das Ausweisdokument wurde dabei von dem Vermittler auf Echtheit und Gültigkeit geprüft:
- Keine Beschädigungen
- Keine Aufkleber (außer eventuell Adresssatz)
- Sicherheitsmerkmale (Hologramme) sind gegeben

☐ Eine deutlich lesbare Kopie des gültigen Personalausweises/Reisepasses (Vorder- und Rückseite) wird nachgereicht

Wirtschaftlich Berechtigter

☐ Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung sowie die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf meine **eigene Veranlassung**. Ich wurde hierzu von keinem Dritten beauftragt.

☐ Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung sowie die damit verbundenen Transaktionen erfolgen **nicht** auf eigene Veranlassung. Ich wurde hierzu von einem Dritten beauftragt:

☐ männlich ☐ weiblich

_____
Titel, Vorname, Name, Straße, Hausnummer

_____ _____ _____ _____
Staat Postleitzahl Ort Geburtsdatum

Juristische Person

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

Neue Geschäftsbeziehung

Nur zu beantworten, wenn eine Direktversicherung oder Pensionskasse beantragt wird.

Handelt es sich um eine neu zu begründende Geschäftsbeziehung mit der BarmeniaGothaer Lebensversicherung oder der Gothaer Pensionskasse?

☐ Nein ☐ Ja, dann reichen Sie uns bitte einen aktuellen Auszug der Firma aus einem amtlichen Register (z. B. Handelsregister) ein.

Auftretende Person

Gibt es für den Antragsteller/unseren Vertragspartner eine natürliche Person, die für diesen ausdrücklich auftritt (sogenannte Auftretende Person)?

Zu identifizieren ist diejenige Person, die nachweislich im Namen und in Vollmacht des Vertragspartners handelt.

☐ Nein ☐ Ja, bitte Zusatzblatt (www.gothaer.de/216653) ausfüllen (wichtige Hinweise sowie Definitionen auf dem Zusatzblatt)

Auskunft zur Herkunft des Geldes

Ab 100.000 EUR Einmalbeitrag / Depoteinlage: Woraus wird der Beitrag finanziert? (Mehrfachnennungen möglich. Bitte beschreiben Sie die Geldherkunft möglichst konkret. Fügen Sie bitte unbedingt die entsprechenden Nachweise in Kopie bei, zum Beispiel: Kontoauszug, Kaufvertrag, Erbschein, Testament.)

☐ Einkommen/Gewinn/Kapitalvermögen – Unbedingt den ausgeübten Beruf im Abschnitt Antragsteller angeben.

Wie hoch war das regelmäßige monatliche (Familien-)Nettoeinkommen der letzten 12 Monate? _____ EUR

Über welches weitere Kapitalvermögen verfügen Sie? (z. B. Sparbücher, Tagesgeldkonten, Fondsvermögen, etc.) _____ EUR

Einmalbeitrag, Zuzahlung stammt aus:

☐ dem Sparkapital bei einem anderen Finanzdienstleister (nicht BarmeniaGothaer)

☐ Investmentdepot, Sparvertrag, Sparbuch, sonstige Sparkonten

_____

☐ dem Verkauf einer Immobilie (Bitte Anschrift angeben)

_____

☐ Ablaufleistung aus einem anderen Versicherungsvertrag _____

☐ Erbschaft ☐ Schenkung ☐ andere Herkunft _____

Außerhalb der konkreten Geldanlage verfügen Sie noch über: ☐ weniger als 500.000 EUR ☐ bis zu 1 Mio. EUR ☐ Mehr als 1 Mio. EUR

Konto für Rentenzahlung/ Auszahlung

(Nur ausfüllen bei sofort beginnender Rentenzahlung oder bei Auszahlung eines die Wiederanlagesumme übersteigenden Betrags.)

IBAN (internationale Bankkontonummer)

BIC (internationale Bankleitzahl des Geldinstituts)
Im europäischen Währungsraum nicht erforderlich.

Name des Geldinstituts

Nur bei HIZ: weitere zu versichernde Person

Titel, Vorname, Name

Geburtsdatum

☐ männlich
☐ weiblich

Straße und Hausnummer

Staat | Postleitzahl | Ort

Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht

Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer beispielsweise vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann. Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Schlusserklärung und in den „Erklärungen und wichtigen Hinweisen". Zusätzlich beachten Sie bitte die Erläuterungen zur Durchführung genetischer Tests auf der Seite „Erklärungen und wichtige Hinweise".

Angaben zu bestehenden und früheren Versicherungen

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

☐ nein ☐ ja (Versicherung, Versicherungssumme, Versicherungsunternehmen, gekündigt, nicht gekündigt):

Fragen zur beruflichen Tätigkeit der zu versichernden Person

Immer zu beantworten.

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?

seit wann? (nur zu beantworten bei SBU und BUZ)

Nur zu beantworten bei einer Versicherungssumme > 150.000 EUR (schwere Krankheiten), Todesfallschutz > 300.000 EUR oder wenn eine BU-Rente > 18.000 EUR jährlich (jeweils inkl. bestehender Vorversicherungen und inkl. Sofort- bzw. Todesfallbonus) beantragt oder ein ärztliches Zeugnis erforderlich ist.

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

Jahr : EUR | Jahr : EUR | Jahr : EUR

*bei Selbstständigen: Gewinn bzw. Jahresüberschuss (vor Steuern)

Übersteigt die Versicherungssumme im Todesfall 600.000 EUR, fügen Sie bitte Einkommensnachweise in Kopie bei.

bei Berufsstartern: Wie hoch ist Ihr vereinbartes jährliches Bruttoarbeitseinkommen?

Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten selbstständig gemacht oder beabsichtigen Sie, sich in den nächsten 12 Monaten selbstständig zu machen?

☐ nein ☐ ja, als

Nur zu beantworten, wenn eine BU-Rente oder BU-Beitragsbefreiung beantragt ist.

Branche

☐ angestellt ☐ selbstständig ☐ öffentlicher Dienst

☐ ohne Beschäftigung ☐ derzeit Ausbildung/Studium zu:

Nur zu beantworten, wenn eine BU-Rente beantragt ist.

Welche berufliche Ausbildung haben Sie abgeschlossen?

☐ kaufmännische Ausbildung:

☐ Studium:

☐ handwerkliche/technische Ausbildung:

☐ sonstiges (z. B. ungelernt; nicht abgeschlossene(s) Ausbildung/Studium):

Zusatzfragen

1. Zu wie viel Prozent üben Sie eine Innendiensttätigkeit mit kaufmännischen Aufgaben oder Büro-,Planungs-, Entwicklungs-, Beratungs- oder Verwaltungsarbeiten aus? ☐ mindestens 75 % ☐ weniger als 75 %
2. Wie hoch ist bei Ihrer Tätigkeit der Anteil belastender Einflüsse z. B. durch körperliche und handwerkliche Arbeit, Schicht- oder Wechseldienst, Nachtarbeit oder Fahrtätigkeit? ☐ mindestens 25% ☐ weniger als 25%
3. Wie viele fest angestellte Voll- bzw. Teilzeitmitarbeiter (nicht: geringfügig Beschäftigte) führen Sie als disziplinarischer Vorgesetzter? ☐ mindestens 7 ☐ weniger als 7
4. Bitte geben Sie Ihren höchsten Ausbildungsabschluss an:
   - ☐ abgeschlossenes Studium an einer staatlich anerkannten Hoch- oder Fachhochschule
   - ☐ beruflicher Abschluss als Techniker/Meister oder an einer Fachschule
   - ☐ Abschluss eines staatlich anerkannten Ausbildungsberufs
   - ☐ schulischer Abschluss
   - ☐ keinen

Bitte immer beantworten, wenn eine Gesundheitsprüfung erforderlich ist. Sollte der Platz für die Beantwortung nicht ausreichen, sind diese auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt zu machen oder das Beiblatt „Ergänzende Angaben zum Gesundheitszustand“ (215905) auszufüllen und beizufügen.

gesondertes Beiblatt? ☐ ja

ärztliches Zeugnis? ☐ folgt ☐ liegt bei

Allgemeine Frage

Größe und Gewicht — **Größe** in cm _____ **Gewicht** in kg _____

Angaben zum Gesundheitszustand

Folgende Fragen sind in Abhängigkeit vom beantragten Produkt immer zu beantworten:

Hauptversicherungen:	**Kapitalversicherung, Risikoversicherung, Perikon ausschließlich als Todesfallversicherung**	Fragen	1 bis 10 (ohne 3)
	Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung	Fragen	1 bis 12
	Perikon mit Leistung bei Eintritt einer schweren Krankheit und im Todesfall	Fragen	1 bis 13
	Perikon Junior (Eintrittsalter der VP max. 14 Jahre)	Fragen	17 bis 18
Zusatzversicherungen:	**Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung (außer sofortbeginnende Rente)**	Fragen	1 bis 10
	nur **BU-Beitragsbefreiung bei DV GarantieRente Invest oder bei jährlichem Zahlbeitrag nicht mehr als 4.056 EUR**	Fragen	14 bis 16
	BU-Rente, BU-Beitragsbefreiung bei jährlichem Zahlbeitrag über 4.056 EUR	Fragen	1 bis 12
Produktunabhängig:	wenn **ärztliches Zeugnis** erforderlich (zusätzlich)	Fragen	11 bis 12

		nein ▼	ja ▼
1.	Haben Sie in **den letzten 12 Monaten (Beachte:** nur für die Risikolebensversicherung in den **letzten 36 Monaten**) vor Antragstellung geraucht, gedampft (nikotinhaltig sowie nikotinfrei) oder in sonstiger Form Nikotin konsumiert? Hierzu zählt z. B. der Genuss von Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Kautabak, Snus, Pfeifen, Shishas (Wasserpfeifen) oder auch die Verwendung elektrischer Verdampfer wie beispielsweise E-Zigaretten, E-Zigarren oder E-Pfeifen, wie auch die Verwendung von Tabakerhitzern wie z. B. IQOS Wenn ja. Was? _____ Wie viel täglich? _____	1. ☐	☐
2.	Ist eine ambulante oder stationäre Behandlung in den **nächsten 12 Monaten** beabsichtigt oder von einem Arzt oder Therapeuten empfohlen?	2. ☐	☐
3.	Wurden in den **letzten 12 Monaten** von Ärzten oder Heilpraktikern Arzneimittel verordnet? Welche und wogegen? _____	3. ☐	☐
4.	Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den **letzten 3 Jahren** Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen der folgenden Organsysteme bzw. der folgenden Art und erfolgten deswegen Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen bei Ärzten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten, Psychologen, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten? **Wenn Sie eine oder mehrere der nachfolgenden Fragen mit „ja“ beantworten, füllen Sie bitte den dazugehörigen Zusatzfragebogen aus.** Die folgenden **Aufzählungen** zeigen Ihnen dazu nur **Beispiele,** die keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben.	4.	
	a) Herz und Kreislauforgane — z. B. Hypertonie (Bluthochdruck), Durchblutungsstörungen, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzmuskelschaden, Herzrhythmusstörungen, Verschlusskrankheit, Thrombose, Embolie, Venenleiden, Schlaganfall, Schwindel, Ohnmacht (Synkope)	a) ☐	☐
	b) Atmungsorgane (inkl. Coronavirus-Infektion) — z. B. Asthma (auch allergisches Asthma), Heuschnupfen mit asthmatischen Beschwerden, Chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe	b) ☐	☐
	c) Verdauungsorgane, Leber, Milz, Bauchspeicheldrüse — z. B. Speiseröhrenerkrankung, Gastritis, Magengeschwür, Darmentzündung, erhöhte Leberwerte, Leberentzündung, Fettleber, Alkoholerkrankung der Leber, Gallenerkrankungen, Milzvergrößerung, Bauchspeicheldrüsenentzündung oder -funktionsstörung	c) ☐	☐

			nein	ja
d) Harn- und Geschlechtsorgane	z. B. Nierenentzündungen, Nierenversagen, Zystennieren, Nierensteine, Blut im Urin, Eiweiß im Urin, Prostataerkrankungen, Erkrankungen der Geschlechtsorgane	d)	☐	☐
e) Nervensystem und Gehirn	z. B. Schlaganfall, Tumore, Fehlbildung, Lähmung, periphere Nervenkrankheit (Krankheiten der Nervenbahnen), Anfallsleiden, Multiple Sklerose, Migräne, Hirn- oder Hirnhautentzündung, Parkinson'sche Krankheit, Kopfschmerzen	e)	☐	☐
f) Psyche	z. B. ADHS, Depression, Angststörung, Essstörung, psychosomatische Störung, Schizophrenie, Suchterkrankung, Alkoholabhängigkeit, Suizidversuch, psychische Belastungsreaktion, psychotherapeutische Behandlung	f)	☐	☐
g) Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten	z. B. Tuberkulose, Zeckenbisserkrankungen, Hepatitis, Malaria, chronische Infektionen	g)	☐	☐
h) Tumore und Blutkrankheiten	z. B. Krebserkrankungen, Leukämien, Lymphknotenschwellungen, Blutbildungsstörungen, Blutarmut (Anämie), Gerinnungsstörungen, Bluterkrankheit, Muttermale mit bösartigem Befund	h)	☐	☐
i) Stoffwechsel	z. B. angeborene Stoffwechselerkrankungen (Leber, Muskel, Niere), Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörungen, Gicht, Schilddrüsenerkrankungen, Erkrankungen der inneren Drüsen wie Nebennieren, Hirnanhangdrüse	i)	☐	☐
j) Bewegungsapparat	z. B. Wirbelsäulenerkrankung, Lumbago, Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Meniskuserkrankungen, Rheuma, Fibromyalgie, Gelenkschwellung, Erkrankung von Bändern, Sehnen oder Muskeln, Rückenbeschwerden, Gelenkverschleiß, Muskelschmerzen und -verspannungen, Beschwerden mit den Knien, Hüften, Schultern oder an anderen Stellen des Bewegungsapparates	j)	☐	☐

5. Haben oder hatten Sie in den **letzten 5 Jahren** Unfallverletzungen oder Vergiftungen? 5. ☐ ☐

6. Wurden in den **letzten 3 Jahren** ambulante Operationen durchgeführt? 6. ☐ ☐

7. Werden oder wurden Sie innerhalb der **letzten 5 Jahre** wegen Medikamentenmissbrauchs, des Konsums von Alkohol, von Betäubungsmitteln oder von Drogen beraten oder behandelt? 7. ☐ ☐

Wenn ja, wann, wo, durch wen? _____

8. Konsumieren oder konsumierten Sie in den **letzten 5 Jahren** Drogen (z. B. Cannabis, Kokain, MDMA) oder Betäubungsmittel? 8. ☐ ☐

Wenn ja, was? _____

Wie häufig und wie viel? _____

9. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den **letzten 5 Jahren** Gesundheitsstörungen, Organfehler oder angeborene Erkrankungen, die Anlass waren zur Anerkennung einer Behinderteneigenschaft (GdS/GdB), Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eines Pflegegrads? 9. ☐ ☐

10. Haben in den **letzten 5 Jahren** stationäre Aufenthalte (Krankenhaus, Operation, Rehabilitation, Kur etc.) stattgefunden? 10. ☐ ☐

11. Wurde bei Ihnen eine HIV Infektion festgestellt (z. B. positiver HIV Test)? 11. ☐ ☐

12. Bestehen oder bestanden in den **letzten 3 Jahren** bei Ihnen Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen der folgenden Organsysteme bzw. der folgenden Art? 12.

Wenn Sie eine oder mehrere der nachfolgenden Fragen mit „ja" beantworten, füllen Sie bitte den dazugehörigen Zusatzfragebogen aus.

Die folgenden **Aufzählungen** zeigen Ihnen dazu nur **Beispiele,** die keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben.

a) Augen	z. B. Hornhauterkrankung, Netzhauterkrankung, grüner oder grauer Star, Lasik OP, Sehstörungen, Fehlsichtigkeit von mehr als +/- 5 Dioptrien	a)	☐	☐
b) Ohren	z. B. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Gleichgewichtsstörungen nach Tinnitus, Ohrgeräusche, Gleichgewichtsstörungen	b)	☐	☐
c) Allergien oder Haut	z. B. Ekzem, Allergie, Heuschnupfen, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hautausschlag	c)	☐	☐

13. Bezogen, beziehen oder haben Sie in den **letzten 5 Jahren** eine Rente, Unfallrente oder Pension aus gesundheitlichen Gründen beantragt? Warum? **Bitte die Kopie des Rentenbescheids beifügen.** 13. ☐ ☐

14. Wurden bei Ihnen Erkrankungszeichen in den **letzten 5 Jahren** beobachtet wie z. B. Urinbefunde (Eiweiß, Blut), Brustschmerzen bei Belastung, Sehstörungen wie Schleiersehen oder Doppelsehen, Empfindungsstörungen oder Sensibilitätsstörungen, Gehstörungen, Nervenausfälle, Blutarmut, Muskelschwund? 14. ☐ ☐

15. Waren Sie in den **letzten 3 Jahren** aus gesundheitlichen Gründen mehr als 10 Kalendertage durchgehend nicht in der Lage Ihre berufliche Tätigkeit auszuüben bzw. Ihre Studientätigkeit auszuüben bzw. Ihre schulischen Verpflichtungen (Schulbesuch) wahrzunehmen? 15. ☐ ☐

16. Waren Sie wegen Beschwerden oder Krankheiten des Rückens, des Bewegungsapparates, der Psyche, des Herzens oder des Kreislaufs, Zuckerkrankheit, Schlaganfall, Multiple Sklerose (MS) oder Krebserkrankungen in den **letzten 3 Jahren** in ärztlicher, physiotherapeutischer oder psychotherapeutischer Behandlung? 16. ☐ ☐

nein ▼ ja ▼

17. Wurden in den **letzten 12 Monaten** von Ärzten verschreibungspflichtige Arzneimittel verordnet? Welche und wogegen? (Verhütungsmittel und Impfungen sind nicht anzugeben.) 17. ☐ ☐

18. Bestehen angeborene Fehlbildungen, angeborene Funktionsstörungen von inneren Organen oder bestehen Impfschäden, Folgen von Infektionskrankheiten oder Unfällen oder Einschränkungen des Seh- oder Hörvermögens? 18. ☐ ☐

Welche? Ggf. seit wann? _____

Hinweis: Der Rückfragezeitraum in den folgenden Fragen 19a – 19c beträgt bis zu 10 Jahre. Liegt das Alter des zu versichernden Kindes unter 10 Jahren, beziehen sich die Fragen auf den Zeitraum ab der Geburt.

Eine Kopie des kompletten U-Heftes muss bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres immer beigefügt werden.

19a. Wurde **in den letzten 10 Jahren** bei Untersuchungen des Kindes (einschl. Vorsorgeuntersuchungen gemäß U-Heft) Auffälligkeiten oder Abweichungen zur altersgemäßen Entwicklung festgestellt? 19a. ☐ ☐

Welche? Wann? Durch wen? _____

19b. Wurde **in den letzten 10 Jahren** wegen Erkrankungen von inneren Organen, Erkrankungen des Nervensystems oder des Gehirns, wegen Stoffwechselstörungen (inkl. Diabetes), Erkrankungen der Wirbelsäule oder rheumatischen Erkrankungen, **über einen Zeitraum von mindestens 3 zusammenhängenden Monaten** ärztliche Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen (einschl. Medikamentenverordnung) durchgeführt? 19b. ☐ ☐

19c. Wurde **in den letzten 10 Jahren** Operationen (auch ambulant), stationäre Aufenthalte, eine Chemo- oder Strahlentherapie durchgeführt oder sind solche Maßnahmen **in den nächsten 12 Monaten** angeraten oder geplant? 19c. ☐ ☐

Ergänzende Angaben zu den bei 2-20 mit „ja“ beantworteten Fragen

ggf. Beiblatt (215905) nutzen

Frage	Genaue Krankheitsbezeichnungen (Diagnose), Art der Beschwerden, Behandlungen, Operationen und Untersuchungen	Beginn (MM.JJJJ)	Ende (MM.JJJJ)	Dauer

Bei wem? Wo? (auch Krankenanstalten, Sanatorien) Name, Postleitzahl, Ort

Medikamente (Name, Dosis, Dauer der Einnahme)

Bestehen Folgen der Erkrankung? ☐ nein ☐ ja. Welche?

Erfolgte ein stationärer Aufenthalt? ☐ nein ☐ ja. Welcher?

Ist die Erkrankung wiederholt aufgetreten? ☐ nein ☐ ja

Frage	Genaue Krankheitsbezeichnungen (Diagnose), Art der Beschwerden, Behandlungen, Operationen und Untersuchungen	Beginn (MM.JJJJ)	Ende (MM.JJJJ)	Dauer

Bei wem? Wo? (auch Krankenanstalten, Sanatorien) Name, Postleitzahl, Ort

Medikamente (Name, Dosis, Dauer der Einnahme)

Bestehen Folgen der Erkrankung? ☐ nein ☐ ja. Welche?

Erfolgte ein stationärer Aufenthalt? ☐ nein ☐ ja. Welcher?

Ist die Erkrankung wiederholt aufgetreten? ☐ nein ☐ ja

Hausarzt

Hausarzt bzw. Arzt, der am besten über die gesundheitlichen Verhältnisse der zu versichernden Person Bescheid weiß.

Vorname, Name und vollständige Anschrift | Fachrichtung | in Behandlung seit

Besondere Gefahren der zu versichernden Person

Sind Sie beruflich besonderen Gefahren ausgesetzt, z. B. Umgang mit Sprengstoffen, energiereichen Strahlen, gesundheitsschädlichen Stoffen? ☐ nein ☐ ja

Bitte erläutern Sie: _____

Üben Sie Extremsportarten wie z. B. Auto- und Motorradrennen, Kunstflug, Gleitschirmfliegen und Fallschirmspringen, Cage Fighting, Eisklettern, Höhlenwandern, Pferderennsport, Downhill, Parkour, Eis- und Höhlentauchen aus? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche Extremsportart üben Sie aus?

☐ Bergsport z. B. Eisklettern, Höhlenwandern, Gebäude/Turmklettern etc. Bitte Fragebogen 115800 Bergsteigen ausgefüllt beifügen.
☐ Flugsport z. B. Kunstflug, Gleitschirmfliegen, Fallschirmspringen etc. Bitte Fragebogen 115808 Flugsport ausgefüllt beifügen.
☐ Automobilsport z. B. Autorennen, Rallyesport, Autocross etc. Bitte Fragebogen 116034 Automobilsport ausgefüllt beifügen.
☐ Motorradsport z. B. Motorradrennen, Enduro, Dragster etc. Bitte Fragebogen 115803 Motorradsport ausgefüllt beifügen.
☐ Tauchsport z. B. Eistauchen, Höhlentauchen, Freitauchen etc. Bitte Fragebogen 115807 Tauchen ausgefüllt beifügen.
☐ Reitsport z. B. Pferderennsport, Polo, Rodeo etc. Bitte Fragebogen 115804 Reitsport ausgefüllt beifügen.
☐ Sonstiges z. B. Parkour, Cage Fighting, Canyoning etc.

Bitte erläutern Sie: _____

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

☐ nein ☐ ja Bitte erläutern Sie: _____

Nur zu beantworten bei Abschluss einer Risikolebensversicherung:

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

☐ nein ☐ ja

Betriebliche Altersversorgung

Bitte beachten: Die Bezugsberechtigung hat bei Unterstützungskasse und Pensionszusage grundsätzlich der Versicherungsnehmer.

Personalnummer _____ Eintritt in die Firma _____

☐ Direktversicherung	aus Entgeltumwandlung	☐ ja	☐ nein (nicht bei Kapitalversicherung)
☐ Unterstützungskasse	aus Entgeltumwandlung	☐ ja	☐ nein
☐ Pensionsplan	aus Entgeltumwandlung	☐ ja	☐ nein
☐ Pensionszusage (Leistungszusage)	mit Leistungsanpassung (Wortlaut der Vereinbarung wurde ausgehändigt)	☐ ja	☐ nein

Unverfallbarkeit

☐ gesetzlich ☐ vertraglich ab Beginn

Widerrufliches Bezugsrecht für den Todesfall (der VP)

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

Vorname, Name _____ ☐ männlich ☐ weiblich Geburtsdatum _____

den Fall von schwerer Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder Erwerbs-/Berufsunfähigkeit (der VP)

☐ Antragsteller/Versicherungsnehmer ☐ versicherte Person

Der Bezugsberechtigte soll die versicherte Person oder ein Angehöriger (gemäß § 15 Abs. 1 Nr. 2 bis 7 der Abgabenordnung (AO)) sein. Siehe auch „Hinweis zum Bezugsrecht oder zum Versorgungszweck“

Nur ausfüllen, wenn der **Familienbonus** beantragt ist (nur bei Risikolebensversicherung)

_____
Partner (Vorname, Name)

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

_____ _____
Kind (Vorname, Name) Geburtsdatum

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

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

Nachweis beigefügt? ☐ ja ☐ nein

Besondere Vereinbarungen

_____

_____

_____

SEPA-Lastschrift-Mandat

Barmenia Gothaer

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

BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG
Arnoldiplatz 1
50969 Köln

Gläubiger ID DE16ZZZ00000070200

Mandatsreferenz

_____ Vom Zahlungsempfänger auszufüllen.

Verwendungszweck

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

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Geldinstitut an, die vom oben genannten Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Zugleich erkläre ich/erklären wir uns damit einverstanden, dass die Mindestfrist zur Vorab-Information einer SEPA-Basislastschrift (Pre-Notification) von 14 auf 5 Arbeitstage verkürzt wird.

Zahlungsart

☐ Wiederkehrende Zahlung ☐ Einmalige Zahlung

Datum erster Einzug/ Gültig ab

_____

Angaben zur Kontoverbindung des Zahlungspflichtigen

_____
Anrede, Vorname, Name

_____
Straße und Hausnummer

_____ _____ _____
Land PLZ Ort

_____
IBAN (Internationale Bankkontonummer)

_____ _____
BIC (Internationale Bankleitzahl des Geldinstituts) Im europäischen Währungsraum nicht erforderlich. 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

Abbuchungstermin

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

Hinweise zur Datenverarbeitung und den Ihnen zustehenden Rechten nach Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO)

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

Empfangsbekenntnis

Ich bestätige, dass ich den **„Antrag (2/2): Tarifdaten“** sowie alle **nachfolgend aufgeführten** Unterlagen vor Antragstellung erhalten habe:

☐ Produktinformationsblatt oder ☐ weitere Information zu _____ sowie

_____

_____

_____

_____

_____

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/Versicherungsnehmers zum Empfangsbekenntnis

Einwilligungserklärung

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 BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG (nachfolgend: Versicherer) die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Der Versicherer benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

☐ **Ich willige ein,** dass der Versicherer – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an den Versicherer übermittelt werden.

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

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

☐ Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

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

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

Erklärungen für den Fall Ihres Todes

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

Möglichkeit I:

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

Möglichkeit II:

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

Hinweis zum Bezugsrecht oder zum Versorgungszweck

Hiermit bestätige ich, dass die bezugsberechtigte Person der Versicherungsleistung im Fall der Berufsunfähigkeit und/oder der Erwerbsunfähigkeit und/oder des Verlustes einer Grundfähigkeit und/oder der schweren Krankheit und/oder der Pflegebedürftigkeit die versicherte Person oder ein Angehöriger der versicherten Person gemäß §15 Abs. 1 Nr. 2 bis 7 der Abgabenordnung (AO) ist.

Sofern es sich bei der Versicherung um eine Rückdeckungsversicherung handelt, bestätige ich, dass die Versicherungsleistung im Fall der Berufsunfähigkeit der Versorgung der versicherten Person oder der Versorgung von Angehörigen der versicherten Person gemäß § 15 Abs. 1 Nr. 2 bis 7 der Abgabenordnung (AO) dient.

(Das sind: Ehegatten oder Lebenspartner, Verwandte und Verschwägerte in gerader Linie, Geschwister, Kinder der Geschwister, Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner, Geschwister der Eltern.)

Schlusserklärungen

Die auf den folgenden Seiten beschriebenen **„Erklärungen und wichtigen Hinweise“** insbesondere zur **„Vorvertraglichen Anzeigepflicht“,** und zur **„Einwilligung in Auskünfte über das allgemeine Zahlungsverhalten“** habe ich zur Kenntnis genommen. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Ich mache sie zum Inhalt dieses Antrags. Ich halte mich an meinen Antrag einen Monat gebunden. Mein Widerrufsrecht bleibt hiervon unberührt. Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.

Einwilligung zur Datenverarbeitung

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

Unterschriften

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

Ort, Datum	**Antragsteller/Versicherungsnehmer**	**Vermittler** (ggf. mit Stempel)

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

Denken Sie an ggf. erforderliche Zusatzfragebögen, wenn Sie eine oder mehrere Gesundheitsfragen mit „ja“ beantwortet haben.

Bitte immer den „Antrag (2/2): Tarifdaten“ beifügen.

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

Erklärungen und wichtige Hinweise

Vorvertragliche Anzeigepflicht

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.

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

1. **Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes**

   Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

   Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

   Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

   - weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
   - noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

   ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

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

2. **Kündigung**

   Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine prämienfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

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

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. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

   Erhöht sich durch die Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

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 fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. **Stellvertretung durch eine andere Person**

   Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der rückwirkenden Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Einwilligung in Auskünfte über das allgemeine Zahlungsverhalten

Ich willige ein, dass die BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG zum Zwecke des Vertragsabschlusses und bei Bedarf im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung zu Zwecken der Vertragsverwaltung und -abwicklung (z.B. im Schadenfall) Informationen zu meinem Zahlungsverhalten und Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten von einer Auskunft (z. B. Creditreform, SCHUFA) bezieht und nutzt. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Vorläufiger Versicherungsschutz

Auf Grund des gestellten Antrags besteht Versicherungsschutz entsprechend den „Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung“.

Gesundheitsprüfung

Wenn die BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG auf eine Gesundheitsprüfung verzichtet, ist sie aber berechtigt, eine Prüfung zu verlangen oder den Antrag abzulehnen, wenn sie Kenntnis von erkennbaren Risiken hat.

Prädiktiver Gentest

Gemäß § 18 GenDG darf der Versicherer von Versicherten weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrags die Vornahme genetischer Untersuchungen oder Analysen verlangen.

Die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen darf der Versicherer nur dann verlangen, entgegennehmen oder verwenden, wenn für eine Lebensversicherung, eine Berufsunfähigkeitsversicherung, eine Erwerbsunfähigkeitsversicherung oder eine Pflegerentenversicherung eine Leistung von mehr als 300.000 EUR oder mehr als 30.000 EUR Jahresrente vereinbart wird.

Sonstige Hinweise

Für die **Aufnahme des Antrags** fallen **keine gesonderten Gebühren oder Kosten** an.

Lastschrift-Rückläufergebühren und Kosten eines Mahnverfahrens werden geltend gemacht.

Wechsel des Versicherers

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer neuen Versicherung ist im Allgemeinen für den Versicherungsnehmer unzweckmäßig und kann zu wirtschaftlichen Nachteilen führen.

Ansprechpartner/ Aufsichtsbehörde/ Schlichtungsstelle

Ihren Ansprechpartner im Außendienst und Ihre Kundenbetreuer in unseren Außenstellen oder der Hauptverwaltung entnehmen Sie bitte dem Versicherungsschein/Nachtrag zum Versicherungsschein oder dem jeweiligen Korrespondenzbrief. Die Aufsichtsbehörden und Schlichtungsstellen zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten entnehmen Sie bitte den Ihnen vor Antragstellung ausgehändigten Kundeninformationen.

Vertragsgrundlagen

Die gegenseitigen **Rechte und Pflichten** richten sich nach diesem Antrag, von dem mir **bei Antragstellung eine Durchschrift/Kopie** ausgehändigt wird, eventuell dazu abgegebenen schriftlichen Erklärungen, den gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland sowie nach den genannten Versicherungsbedingungen und Kundeninformationen, einschließlich der Tarif- und Leistungsbeschreibungen, die mir vor Antragstellung ausgehändigt wurden. Mündliche Nebenabreden sind ungültig.

Hinweise zur Datenverarbeitung und den Ihnen zustehenden Rechten nach Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO)

Nach Art. 13 DS-GVO möchten wir Ihnen Informationen zur Datenverarbeitung geben. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln, E-Mail info@gothaer.de. Alle weiteren Informationen nach Art. 13 DS-GVO finden Sie im entsprechenden Informationsblatt, welches diesem Antrag als Anlage beigefügt ist. Dieses enthält insbesondere Angaben zur **Kontaktmöglichkeit zum Datenschutzbeauftragten, zum Zweck und zur Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung, zu den Empfängern personenbezogener Daten, zur Speicherdauer, zu Ihren Betroffenenrechten und zu eventuell eingesetzten automatisierten Entscheidungen.** Das Informationsblatt finden Sie in der jeweils aktuellen Fassung auch unter www.gothaer.de/datenschutz.

Angaben zur Steuerpflicht

Wir sind als Anbieter gemäß § 3a FKAustG zur Einholung dieser Selbstauskunft zur Steuerpflicht beim Kunden vor Vertragsbeginn verpflichtet. Um Probleme mit den Finanzbehörden zu vermeiden (insbesondere aus § 28 Abs. 1 und 1a FKAustG) weisen wir darauf hin, uns bitte richtige und vollständige Angaben zu Ihrer Selbstauskunft zu geben.

Bitte beachten Sie: Sollten sich die Gegebenheiten während der Vertragslaufzeit ändern, sind diese uns unverzüglich mitzuteilen.

Digitale Rentenübersicht

Private Altersvorsorge: Sofern Sie sich bei der zentralen Stelle für die Digitale Rentenübersicht (ZfDR) angemeldet haben oder in Zukunft anmelden wollen, benötigen wir für eine mögliche Übermittlung der Daten an die ZfDR Ihre Steueridentifikationsnummer.

Betriebliche Altersvorsorge: Sofern sich die versicherte Person bei der zentralen Stelle für die Digitale Rentenübersicht (ZfDR) angemeldet hat oder in Zukunft anmelden will, benötigen wir für eine mögliche Übermittlung der Daten an die ZfDR die Steueridentifikationsnummer der versicherten Person.

Einwilligung zur Datenverarbeitung

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (im folgenden Versicherer genannt) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Der Versicherer benötigt Ihre Schweigepflichtentbindung 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.

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

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

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

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

Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten

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

Ich willige ein, dass der Versicherer die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten – auch die zur Durchführung oder Beendigung des Krankentagegeldvertrages nach Tarif TG6 AKS der BarmeniaGothaer Krankenversicherung AG erforderlichen – Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dieses zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten

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

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

Ich willige ein, dass der Versicherer die von mir in diesem Antrag- und Gesundheitsdaten und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten an die BarmeniaGothaer Krankenversicherung weitergibt, sofern mit diesem Antrag auf Berufsunfähigkeitsschutz gleichzeitig auch ein Antrag auf Krankentagegeld (AN nach Tarif TG6 AKS (Antrag 216456) erfolgt.

Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

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

Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

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

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

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

Datenweitergabe an Rückversicherungen

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

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

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

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

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

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

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

Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

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

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

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

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB 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.

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert der Versicherer Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Der Versicherer speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei dem Versicherer bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

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

Gesellschaft: BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG
Sitz: Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (Hausanschrift)
Aufsichtsrat: Dr. h. c. Josef Beutelmann (Vorsitzender)
Vorstand: Alina vom Bruck (Vorsitzende),
Thomas Bischof, Dr. Sylvia Eichelberg, Harald Ingo Epple,
Dr. Andreas Eurich, Frank Lamsfuß, Christian Ritz, Oliver Schoeller

Postanschrift: 50598 Köln
Rechtsform: Aktiengesellschaft
Registergericht: Amtsgericht Köln, HRB 56769
USt-IdNr.: DE207591682

215804_09-26