





**Besondere  
Vereinbarungen**


---



---



---

**Kommunikationsdaten**

 (freiwillige  
Angaben)

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

Telefonnummer

Telefaxnummer

E-Mailadresse

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

**Empfangsbekennnis**

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

---



---

Versionsdatum | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/Versicherungsnehmers zum Empfangsbekennnis

**Schluss-  
erklärungen**

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

Weiterhin habe ich die auf den Folgeseiten des Antrags abgedruckten Erläuterungen zur „Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen“, zur „Weitergabe Ihrer Daten“, die „Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen und Personen)“, die „Datenweitergabe an Rückversicherer“ und die „Datenweitergabe an selbstständige Vermittler“ – zur Kenntnis genommen und willige durch meine nachstehende Unterschrift in dem dort beschriebenen Umfang in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen, durch die Gothaer Lebensversicherung AG ein.

**Unterschriften**

Ort, Datum

Antragsteller/Versicherungsnehmer

Vermittler (ggf. mit Stempel)

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

**Bitte immer zu allen beantragten Versicherungen jeweils den „Antrag (2/2): Tarifdaten“ beifügen.**
**Original für Gothaer · 1. Durchschlag/Kopie für Vermittler · 2. Durchschlag/Kopie für Antragsteller/Versicherungsnehmer**

# SEPA-Lastschrift-Mandat

**Hinweise** Bitte **alle Felder** zur **Zahlungsart und Kontoverbindung ausfüllen**.

**Ihre Rechte** zum SEPA-Lastschrift-Mandat sind in einem **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 Lebensversicherung AG  
Arnoldiplatz 1  
50969 Köln

Gläubiger ID DE16ZZZ0000070200

**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

**Beitrag** \_\_\_\_\_ EUR gemäß Zahlweise

**Abbuchungs-termin**  1. eines Monats  15. eines Monats  wie bisher  
(nicht bei fondsgebundenen Tarifen/nicht bei Einmalbeiträgen)

## Erklärungen und wichtige Hinweise

<b>Vorvertragliche Anzeigepflicht</b>	<p><b>Sie haben uns</b> als Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung <b>die Ihnen bekannten Gefahrumstände</b>, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit Ihnen und dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir schriftlich oder in Textform gefragt haben, <b>wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen</b>. Dies gilt nicht nur, wenn Sie den Antrag selbst ausfüllen, sondern <b>auch dann, wenn ein Dritter</b> (z. B. der Vermittler) in Ihrem Namen <b>den Antrag ausfüllt</b>. Verletzen Sie diese Anzeigepflicht, so können wir vom Vertrag zurücktreten.</p> <p><b>Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn</b> Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. <b>In diesem Fall</b> haben wir das <b>Recht</b>, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu <b>kündigen</b>.</p> <p><b>Unser Rücktrittsrecht</b> wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht <b>und unser Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn</b> wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Die anderen Bedingungen werden auf unser Verlangen rückwirkend – bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode – Vertragsbestandteil.</p>
<b>Einwilligung in Auskünfte über das allgemeine Zahlungsverhalten</b>	<p><b>Ich willige ein</b>, dass die Gothaer Lebensversicherung AG zum Zwecke des Vertragsabschlusses und bei Bedarf im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung zu Zwecken der Vertragsverwaltung und -abwicklung (z.B. im 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.</p>
<b>Gesundheitsprüfung</b>	<p>Wenn die Gothaer Lebensversicherung AG auf eine Gesundheitsprüfung verzichtet, ist sie aber berechtigt, eine Prüfung zu verlangen oder den Antrag abzulehnen, wenn sie Kenntnis von erkennbaren Risiken hat.</p>
<b>Sonstige Hinweise</b>	<p>Für die <b>Aufnahme des Antrags</b> fallen <b>keine gesonderten Gebühren oder Kosten</b> an. Lastschrift-Rückläufergebühren und Kosten eines Mahnverfahrens werden geltend gemacht.</p>
<b>Wechsel des Versicherers</b>	<p>Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer neuen Versicherung ist im Allgemeinen für den Versicherungsnehmer unzweckmäßig und kann zu wirtschaftlichen Nachteilen führen.</p>
<b>Ansprechpartner/ Aufsichtsbehörde/ Schlichtungsstelle</b>	<p>Ihren Ansprechpartner im Außendienst und Ihre Kundenbetreuer in unseren Außenstellen oder der Hauptverwaltung entnehmen Sie bitte dem Versicherungsschein/Nachtrag zum Versicherungsschein oder dem jeweiligen Korrespondenzbrief. Die Aufsichtsbehörden und Schlichtungsstellen zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten entnehmen Sie bitte den Ihnen vor Antragstellung ausgehändigten Kundeninformationen.</p>
<b>Vertragsgrundlagen</b>	<p>Die gegenseitigen <b>Rechte und Pflichten</b> richten sich nach diesem Antrag, von dem mir <b>bei Antragstellung eine Durchschrift/Kopie</b> 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.</p>
<b>Hinweise zur Datenverarbeitung und den Ihnen zustehenden Rechten nach Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO)</b>	<p>Nach Art. 13 DS-GVO möchten wir Ihnen Informationen zur Datenverarbeitung geben. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die Gothaer Lebensversicherung AG, Amoldiplatz 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 <b>Kontaktmöglichkeit zum Datenschutzbeauftragten, zum Zweck und zur Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung, zu den Empfängern personenbezogener Daten, zur Speicherdauer, zu Ihren Betroffenen rechten und zu eventuell eingesetzten automatisierten Entscheidungen</b>. Das Informationsblatt finden Sie in der jeweils aktuellen Fassung auch unter <a href="http://www.gothaer.de/datenschutz">www.gothaer.de/datenschutz</a>.</p>
<b>Digitale Rentenübersicht</b>	<p>Sofern sich die versicherten Personen bei der zentralen Stelle für die Digitale Rentenübersicht (ZfDR) angemeldet haben oder in Zukunft anmelden möchten, benötigen wir für eine mögliche Übermittlung der Daten an die ZfDR die entsprechenden Steueridentifikationsnummern.</p>

## Einwilligung zur Datenverarbeitung

<b>Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung</b>	<p>Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Gothaer Lebensversicherung AG, Amoldiplatz 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 weiter leiten zu dürfen.</p> <p>Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben und jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.</p> <p>Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– durch den Versicherer selbst,</li> <li>– bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers und</li> <li>– wenn der Vertrag nicht zustande kommt.</li> </ul> <p>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.</p>
<b>Weitergabe Ihrer Daten</b>	<p><b>Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb des Versicherers.</b></p> <p>Der Versicherer verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.</p>
<b>Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)</b>	<p>Der Versicherer führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten 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.</p> <p>Der Versicherer führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß personenbezogenen Daten 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 <a href="http://www.gothaer.de/datenschutz">www.gothaer.de/datenschutz</a> eingesehen oder bei info@gothaer.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung.</p> <p><b>Ich willige ein</b>, dass der Versicherer meine nach § 203 StGB geschützten Daten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Daten 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 nach § 203 StGB geschützter Daten von Ihrer Schweigepflicht.</p>

**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 Angaben verwendet.

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

**Ich willige ein**, dass meine nach § 203 StGB geschützten Daten – 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 nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

**Datenweitergabe an selbstständige Vermittler** Es kann in den folgenden Fällen dazu kommen, dass 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 an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers vor der Weitergabe von nach § 203 StGB geschützten Daten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

**Ich willige ein**, dass der Versicherer meine 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.

**Gesellschaft** Gothaer Lebensversicherung AG  
**Sitz** Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (Hausanschrift)  
**Aufsichtsrat** Prof. Dr. Werner Görg (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