

Antrag

Die Gothaer Berufsunfähigkeits- Zusatzversicherung in Verbindung mit einer Risikoversicherung

Stand: 01.2008

Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht

Bitte immer beantworten. Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann. Geben Sie bei den Antworten auch solche Umstände an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar der Gothaer Lebensversicherung AG schriftlich mitzuteilen.

Bitte alle ergänzenden Angaben in dem unten vorgesehenen Raum machen. Sollte der Platz nicht ausreichen, sind diese auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt zu machen oder das **Beiblatt** „Ergänzende Angaben zum Gesundheitszustand“ (111377) auszufüllen und beizufügen.

Gesondertes Beiblatt? nein ja Ärztliches Zeugnis? nein folgt liegt bei

Allgemeine Frage

1. Größe und Gewicht

Größe in cm Gewicht in kg

Angaben zum Gesundheitszustand

Die Fragen 2 und 3 sind immer zu beantworten, falls bei der Hauptversicherung mit Beitragsrückgewähr ausschließlich eine Beitragsbefreiung beantragt ist, und der jährliche Zahlbeitrag für die Versicherung nicht mehr als 3.000 EUR beträgt.

2. Waren Sie in den **letzten 3 Jahren** aus gesundheitlichen Gründen mehr als 10 Kalendertage durchgehend nicht in der Lage Ihre berufliche Tätigkeit auszuüben? 2. nein ja
3. 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? 3. nein ja

Die Fragen 4 bis 13 sind immer bei Einschluss von Todesfallschutz, BU-/EU-Rente sowie bei BU-BF bei einem jährlichen Zahlbeitrag über 3.000 EUR zu beantworten.

4. Haben Sie in den **letzten 12 Monaten** (bei Tarifaufsprägung NR++ in den **letzten 36 Monaten**) Tabakprodukte konsumiert? Wenn ja geben Sie bitte an, was und wie viel Sie täglich konsumiert haben. 4. nein ja
5. Wurden in den **letzten 12 Monaten** von Ärzten oder Heilpraktikern Arzneimittel verordnet? Welche und wogegen? 5. nein ja
6. Haben oder hatten Sie in den **letzten 5 Jahren** Unfallverletzungen oder Vergiftungen? 6. nein ja
7. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den **letzten 5 Jahren** Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen der folgenden Organsysteme bzw. der folgenden Art? 7.
- Die folgenden **Aufzählungen** zeigen Ihnen dazu nur **Beispiele**
- a) Herz und Kreislauforgane** z. B. Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzmuskelschaden, Rhythmusstörungen, Verschlusskrankheit, Schwindel, Thrombose, Embolie, Venenleiden, Schlaganfall a) nein ja
- b) Atmungsorgane** z. B. Asthma, Chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe, Atemstörungen b) nein ja
- c) Verdauungsorgane, Leber, Milz, Bauchspeicheldrüse** z. B. Speiseröhrenerkrankung, Gastritis, Magengeschwür, Darmentzündung, erhöhte Leberwerte, Leberentzündung, Fettleber, Alkoholkrankung 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) nein ja
- e) Nervensystem und Gehirn** z. B. Schlaganfall, Tumore, Fehlbildung, Lähmung, Nervenkrankheit, Anfallsleiden, Multiple Sklerose, Ohnmacht, Schwindel, Migräne und Kopfschmerzen, Hirn- oder Hirnhautentzündung, Parkinson'sche Krankheit e) nein ja
- f) Psyche** z. B. ADHS, Depression, Angststörung, Essstörung, Belastungsreaktionen, psychosomatische Störung, Schizophrenie, Suchterkrankung, Alkoholabhängigkeit, Suizidversuch f) nein ja
- g) Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten** z. B. Tuberkulose, Zeckenbisskrankungen, Hepatitis, Malaria, chronische Infektionen g) nein ja
- h) Tumore und Blutkrankheiten** z. B. Krebserkrankungen, Leukämien, Muttermale, Lymphknotenschwellungen, Blutbildungsstörungen, Blutarmut (Anämie), Gerinnungsstörungen, Bluterkrankheit h) nein ja
- i) Stoffwechsel** z. B. angeborene Stoffwechselerkrankungen (Leber, Muskel, Niere), Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörungen, Gicht, Schilddrüsenkrankungen, Erkrankungen der inneren Drüsen wie Nebennieren, Hirnanhangdrüse i) nein ja
- j) Bewegungsapparat** z. B. Wirbelsäulenerkrankung, Lumbago, Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Gelenkverschleiß, Meniskuserkrankungen, Rheuma, Fibromyalgie, Gelenkschwellung, Erkrankungen von Bändern, Sehnen oder Muskeln, Muskelschmerzen und -verspannungen j) nein ja
8. Waren Sie in den **letzten 10 Jahren** in stationärer Behandlung (Krankenhaus, Operation, Rehabilitation, Kur etc.)? 8. nein ja
9. Wurden in den **letzten 10 Jahren** ambulante Operationen durchgeführt? 9. nein ja
10. Werden oder wurden Sie innerhalb der **letzten 10 Jahre** wegen Medikamentenmissbrauch, des Konsums von Alkohol, von Betäubungsmitteln oder von Drogen beraten oder behandelt? Wenn ja, wann, wo, durch wen? 10. nein ja
11. Besteht oder bestand eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Schwerbehinderung (GdB)? Wenn ja, bitte geben Sie an warum! **Bitte Kopie des Bescheids beifügen.** 11. nein ja
12. Wurde bei Ihnen eine HIV Infektion festgestellt (z. B. positiver HIV Test)? 12. nein ja
13. Ist eine ambulante oder stationäre Behandlung in den **nächsten 12 Monaten** beabsichtigt oder von einem Arzt oder Therapeuten empfohlen? 13. nein ja

Die Fragen 14 bis 18 sind nur bei Einschluss einer Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente oder bei BU-BF bei einem jährlichen Zahlbeitrag über 3.000 EUR zu beantworten oder falls ein ärztliches Zeugnis erforderlich ist.

14. Sind oder waren Sie in den **letzten 5 Jahren** in psychotherapeutischer Behandlung? 14. nein ja
15. Sind oder waren Sie in den **letzten 5 Jahren** wegen Rückenbeschwerden in ärztlicher oder physiotherapeutischer Behandlung? 15. nein ja
16. Haben oder hatten Sie in den **letzten 5 Jahren** Beschwerden mit den Knien, Hüften, Schultern oder an anderen Stellen des Bewegungsapparates? 16. nein ja
17. Bestehen oder bestanden in den **letzten 5 Jahren** bei Ihnen Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen der folgenden Organsysteme bzw. der folgenden Art? 17.
- Die folgenden **Aufzählungen** zeigen Ihnen dazu nur **Beispiele**
- a) Augen** z. B. Sehstörung, Hornhaut, Netzhauterkrankung, grüner oder grauer Star, Lasik OP Bei Fehlsichtigkeit über fünf Dioptrien a) links rechts
- b) Ohren** z. B. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Ohrgeräusche, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen b) links rechts
- c) Allergien oder Haut** z. B. Ekzem, Allergie, Heuschnupfen, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hautveränderungen c) links rechts
18. Bezogen, beziehen oder haben Sie eine Rente, Unfallrente oder Pension aus gesundheitlichen Gründen beantragt? Warum? **Bitte die Kopie des Rentenbescheids beifügen.** 18. nein ja

Ergänzende Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen

Frage	Genaue Krankheitsbezeichnungen (Diagnosen) Art der Beschwerden, Behandlungen, Operationen und Untersuchungen. Medikamente (Name und Dosis).	Wann, wie lange, wie oft?	Heilbehandler (auch Krankenanstalten, Sanatorien) Name, Postleitzahl und Ort

Hausarzt

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

Fragen zur beruflichen Tätigkeit der versicherten Person

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus? _____ Branche _____ Seit wann? _____ Vollzeit Teilzeit
 unbefristet befristet bis _____
 angestellt selbstständig öffentlicher Dienst ohne Beschäftigung _____
 Berufungsgruppe _____

Zu wie viel Prozent arbeiten Sie körperlich? _____ % Zu wie viel Prozent sind Sie kaufmännisch oder aufsichtsführend tätig? _____ %

Nur zu beantworten, wenn eine Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente beantragt ist.

Welche berufliche Ausbildung haben Sie abgeschlossen?
 Kaufmännische Ausbildung: _____ Handwerkliche/technische Ausbildung: _____ Studium: _____ derzeit in Ausbildung zu: _____
 Sonstiges (z. B. ungelernt; nicht abgeschlossene Ausbildung/Studium): _____

Beabsichtigen Sie, sich in den nächsten 12 Monaten selbstständig zu machen? nein ja, als _____

Wie hoch war Ihr jährliches Bruttoarbeitsentgelt* während der letzten 3 Jahre?
 Jahr 20____: _____ EUR Jahr 20____: _____ EUR Jahr 20____: _____ EUR
 *Bei Selbstständigen: Gewinn bzw. Jahresüberschuss (vor Steuern)

Angaben zu bestehenden und früheren Versicherungen

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

Besondere Gefahren der zu versichernden Person

Sind Sie **beruflich oder privat** besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Umgang mit Sprengstoffen, energiereichen Strahlen, gesundheitsschädlichen Stoffen, beim Bergsport, Kampfsport, Rennsport, Flugsport, Fallschirmspringen, Tauchen, Extremsport, Bodybuilding)?
 nein ja (bitte erläutern Sie) _____

Beabsichtigen Sie in den **nächsten 12 Monaten** Aufenthalte außerhalb der EU, Schweiz, Norwegen, Island, USA, Kanada von mehr als 12 Wochen?
 nein ja (bitte erläutern Sie) _____

Fahren Sie ein Motorrad mit einem Hubraum von mehr als 50 ccm? (bitte beantworten bei Abschluss einer Risikoversicherung)
 nein ja

Besondere Vereinbarungen

Schweigepflicht-entbindung

Ich entbinde den im Abschnitt „Entbindung von der Schweigepflicht“ – nächste Seite – genannten Personenkreis **generell von seiner Schweigepflicht**.
 Ich gebe eine entsprechende Entbindung von der Schweigepflicht **nur im Einzelfall ab. Mir ist bekannt, dass dies jeweils mit zusätzlichen Kosten verbunden ist.**

Kommunikationsdaten

Ich bin jederzeit **widerruflich** damit einverstanden, dass mir schriftlich (auch per E-Mail oder Telefax) und telefonisch Informationen über die Leistungsangebote der Gothaer und von den mit ihr konzernmäßig verbundenen Unternehmen gegeben werden. Einverständnis: nein ja

(freiwillige Angaben)

Telefonnummer _____ Telefaxnummer _____ E-Mailadresse _____

Empfangsbekanntnis

Ich bestätige, dass ich die Kundeninformationen sowie die aufgeführten und angekreuzten Versicherungsbedingungen vor Antragstellung erhalten habe.
 Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Kapitalversicherung auf den Todesfall (Risikoversicherung) Version _____
 Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung
 Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Ort, Datum _____ Unterschrift des Antragstellers zum Empfangsbekanntnis _____

Schluss-erklärungen, und Unterschriften

Die auf der **nächsten Seite** beschriebenen Erklärungen und wichtigen Hinweise **habe ich zur Kenntnis genommen**. Diese Erklärungen enthalten unter anderem die **Behauptung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und über das Widerrufsrecht**, die Erläuterungen zur **Entbindung von der Schweigepflicht** und die **Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz**; sie sind **wichtiger Bestandteil des Vertrags**. Ich mache mit meiner Unterschrift die „Erklärungen und wichtige Hinweise“ 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.

Zu versichernde Person (bei Minderjährigen: Gesetzlicher Vertreter)

Ort, Datum _____ Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller) _____ Antragsteller/Versicherungsnehmer _____
 Kommunikationsdaten Vermittler (Telefon-/Telefaxnummer, E-Mail-/Internetadresse) _____ Vermittler (ggf. mit Stempel) _____

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

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sie haben uns als Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung die Ihnen bekannten **Gefahrumstände**, 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, **richtig und vollständig anzuzeigen**. Dies gilt nicht nur, wenn Sie den Antrag selbst ausfüllen, sondern **auch dann, wenn ein Dritter** (z. B. der Vermittler) in Ihrem Namen **den Antrag ausfüllt**. Verletzen Sie diese Anzeigepflicht, so können wir vom Vertrag zurücktreten.

Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. **In diesem Fall** haben wir das **Recht**, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu **kündigen**.

Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht **und unser Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn** 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.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass die Gothaer Lebensversicherung AG, Köln (kurz Gothaer) im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrags sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Gothaer und die mit ihr konzernmäßig verbundenen Unternehmen und Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und **jederzeit widerrufbar willige ich weiterhin ein**, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags-, und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligungen gelten nur, wenn ich vor Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung – als Bestandteil der mir vor Antragstellung ausgehändigten Kundeninformationen – Kenntnis nehmen konnte.

Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass die Gothaer Lebensversicherung AG (kurz Gothaer) zur Prüfung meines Antrags bzw. zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht grundsätzlich die Angaben überprüft, die ich bei Antragstellung bzw. zur Begründung meiner Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Bescheinigungen, Atteste etc.) sowie von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben.

• generelle Entbindung

Ich ermächtige die Gothaer – mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufbar – zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben, alle Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, über meine Gesundheitsverhältnisse bei Vertragsabschluss zu befragen. Diese Erklärung gilt zur Prüfung von Leistungsansprüchen **über meinen Tod hinaus**.

Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für Behörden (mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern) und für die Angehörigen von anderen Unfall-, Kranken- und Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen.

• Entbindung im Einzelfall

Eine entsprechende Schweigepflichtentbindung gebe ich nicht ab. Stattdessen werde ich, sofern vom Versicherer konkret verlangt, nach freiem Ermessen **im Einzelfall schriftlich erklären**, ob oder inwieweit ich die entsprechenden Personen oder Behörden von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Antragsannahme, bei der Leistungsregulierung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, sollte sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen. **Für jede entsprechende Schweigepflichtentbindung im Einzelfall** ist die Gothaer berechtigt, eine **Kostenbeteiligung von 15 EUR** zu verlangen.

Berufs- und Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Besondere Hinweise zur Berufs- und Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung:

Wird die Berufs- oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit einer kürzeren Leistungsdauer als die Beitragszahlungsdauer der Hauptversicherung abgeschlossen und wird nach dem Eintritt der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit Beitragsbefreiung gewährt, so muss dennoch nach Ablauf der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung die Beitragszahlung für die Hauptversicherung wieder aufgenommen werden, auch wenn weiterhin Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit besteht.

Vorläufiger Versicherungsschutz

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

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 Lebensversicherung zum Zwecke des Abschlusses einer neuen Lebensversicherung ist im Allgemeinen für den Versicherungsnehmer unzumutbar 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.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung **innerhalb von 30 Tagen** ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) **widerrufen**. Die **Frist beginnt**, wenn Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen (Produktinformationsblatt und Versicherungsbedingungen) und diese Belehrung zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der **Widerruf ist zu richten** an die Gothaer Lebensversicherung AG, 50598 Köln (Postfachanschrift) oder an die Gothaer Lebensversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (Hausanschrift). Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0551-701-59701.

• Widerrufsfolgen • Besondere Hinweise

Im Falle eines wirksamen Widerrufs **endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den Teil Ihres Beitrags**, der auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfällt. Den **Teil Ihres Beitrags**, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, können wir einbehalten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der **Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist** beginnt. Wir erstatten Ihnen aber einen ggf. vorhandenen Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile nach §169 VVG. Haben Sie eine solche **Zustimmung nicht erteilt oder beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist**, erstatten wir Ihnen Ihren gesamten Beitrag. **Beiträge erstatten wir Ihnen unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.**

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung

Fassung vom 01. Januar 2008

Sehr geehrter Kunde, sehr geehrte Kundin,

für Sie als Antragsteller und künftigen Versicherungsnehmer bieten wir vorläufigen Versicherungsschutz entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

§ 1

Was ist vorläufig versichert?

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz besteht für Versicherungsfälle gemäß den Absätzen 2 bis 5, die aus einem Unfall resultieren, der während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eintritt. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine dauerhafte Gesundheitsschädigung erleidet.
- (2) Verstirbt die zu versichernde Person während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes, zahlen wir die zu Beginn der beantragten Versicherung vorgesehene Todesfallleistung, höchstens jedoch 100.000 EUR.
- (3) Haben Sie eine Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung beantragt, zahlen wir die beantragte Hinterbliebenenleistung, wenn die versicherte Person während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes stirbt, höchstens jedoch 12.000 EUR jährlich.
- (4) Haben Sie Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits-, Pflegebedürftigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsschutz beantragt und tritt während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes Invalidität, Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit ein, zahlen wir, wenn uns die Invalidität, Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit innerhalb von drei Monaten seit ihrem Eintritt angezeigt worden ist
 - (a) soweit eine Rentenleistung vereinbart ist, die beantragte Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente, höchstens jedoch 12.000 EUR jährlich
 - (b) die Leistungen aus einer beantragten Beitragsbefreiung, wenn die Hauptversicherung zustande gekommen ist und solange sie nicht beendet ist, höchstens jedoch 6.000 EUR jährlich
 - (c) soweit eine Einmalleistung vereinbart ist, die vorgesehene Leistung bei Invalidität, Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit, höchstens jedoch 50.000 EUR.

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente erlischt, wenn keine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit mehr besteht.

- (5) Haben Sie Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit beantragt, zahlen wir die zu Beginn der beantragten Versicherung vorgesehene Leistung, wenn während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eine schwere Krankheit eintritt, höchstens jedoch 50.000 EUR.

- (6) Ist für die versicherte Person mehrfach Versicherungsschutz bei uns beantragt, gelten die Höchstbeträge aus den Absätzen 2 bis 5 aus allen beantragten Versicherungen zusammen.

§ 2

Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Voraussetzungen für den vorläufigen Versicherungsschutz sind, dass

- a) der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt;
- b) der Einlösungsbeitrag für die beantragte Versicherung gezahlt oder bei uns eine Ermächtigung zum Beitragseinzug erteilt worden ist. Bei Vermögensbildungsversicherungen reicht es aus, wenn uns der Antrag auf Überweisung vermögenswirksamer Leistungen durch den Arbeitgeber vorliegt;
- c) Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben;
- d) Ihr Antrag sich im Rahmen der von uns gebotenen Tarife und Bedingungen bewegt;

§ 3

Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bei uns eingeht.
- (2) Er endet, wenn
 - a) der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat;
 - b) wir Ihren Antrag abgelehnt haben;
 - c) Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben;
 - d) Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 VVG Gebrauch gemacht haben;
 - e) der Einzug des Einlösungsbeitrags aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist.

§ 4

In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für die Versicherungsfälle aufgrund von Ursachen, nach denen im Antrag gefragt ist und von denen die versicherte Person vor seiner Unterzeichnung Kenntnis hatte, auch wenn diese im Antrag angegeben wurden. Dies gilt nicht für Umstände, die für den Eintritt des Versicherungsfalls nur mitursächlich geworden sind.
- (2) Tritt der Versicherungsfall in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen ein, soweit die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, entfällt unsere Leistungspflicht.
- (3) Tritt der Versicherungsfall in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen ein, entfällt unsere Leistungspflicht, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

§ 5

Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir zwar keinen besonderen Beitrag; erbringen wir aber Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Beitrag für das erste Versicherungsjahr des beantragten Versicherungsvertrags. Bei Einmalbeitragsversicherungen ist dies der einmalige Beitrag. Wir berechnen Ihnen jedoch nicht mehr als den Tarifbeitrag für die Höchstsumme und -rente gemäß § 1. Bereits gezahlte Beiträge rechnen wir an.

§ 6

Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

- (1) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, gelten die Allgemeinen Bedingungen für die beantragte Versicherung, einschließlich derjenigen für mitbeantragte Zusatzversicherungen. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse.
- (2) Ein im Antrag festgelegtes Bezugsrecht gilt auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

Tariferläuterungen und Leistungsbeschreibungen

Hauptversicherung (Verwendete Tarifikürzel: **M** = männlich / **W** = weiblich)

Risikoversicherung	Tarif	Tarifbeschreibung	Leistungsbeschreibung
	M8M/W	Kapitalversicherung auf den Todesfall mit Umtauschoption	Konstante Versicherungssumme mit Fälligkeit bei Tod des Versicherten vor Ablauf der Versicherung.

- Umtauschoption
 Bis zum Ende des 10. Versicherungsjahres können Sie gemäß Punkt 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Kapitalversicherung auf den Todesfall (Risikoversicherung) Ihre Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine Kapitalversicherung auf den Todes- und Erlebensfall oder eine fondsgebundene Rentenversicherung (VarioRent plus-Fonds) mit erhöhter Todesfallsumme umtauschen, sofern der/die Versicherte(n) zum Umtauschzeitpunkt das 67. Lebensjahr noch nicht vollendet hat (haben). Der gesamte Versicherungsschutz zum Umtauschzeitpunkt – inklusive Todesfallbonus – darf sich bei diesem Umtausch nicht erhöhen. Den Umtausch müssen Sie spätestens 3 Monate vor Ablauf der Risikoversicherung beantragen.

Zusatzversicherungen

Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung	Tarif	Tarifbeschreibung	Leistungsbeschreibung
	BU2008BFM/W	Die Gothaer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für Beitragsbefreiung .	Beitragsbefreiung der Hauptversicherung und der eingeschlossenen Zusatzversicherungen während der Dauer der bedingungsgemäßen Berufs-/Erwerbsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer der Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung.
	EU2008BFM/W	Die Gothaer Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung für Beitragsbefreiung . Sie kann längstens bis zum Alter 67 des Versicherten und nicht länger als bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer der Hauptversicherung eingeschlossen werden.	
	BU2008BRM/W	Die Gothaer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für eine Rente .	Zahlung der vereinbarten Rente (höchstens 48 % der Versicherungssumme der Hauptversicherung bzw. 999 % bei Risikoversicherungen für nach dem 01.01.1961 Geborene) während der Dauer einer bedingungsgemäßen Berufs-/Erwerbsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer der Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung. Die Rente wird gemäß vereinbarter Zahlweise im voraus, erstmalig anteilig bis zum Ende der laufenden Rentenzahlungsperiode gezahlt.
	EU2008BRM/W	Die Gothaer Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung für eine Rente . Die Versicherung der Rente kann maximal für die Dauer der Hauptversicherung eingeschlossen werden, längstens bis zum Alter 67 des Versicherten. Die Leistungsdauer der Rente kann unabhängig von der Hauptversicherung vereinbart werden, längstens bis zum Alter 67 des Versicherten.	

- Überschuss-system	Tarif	Tarifbeschreibung	Leistungsbeschreibung
	M8M/W	Todesfallbonus – Ab Versicherungsbeginn erfolgt eine Erhöhung der Todesfalleistung in Prozent der Versicherungssumme. Der Erhöhungssatz ist jeweils für ein Versicherungsjahr gültig.	Beitragsreduktion – Ab Versicherungsbeginn erfolgt eine Reduktion des jährlichen Beitrags. Der Reduktionssatz ist jeweils für ein Versicherungsjahr gültig.
	Tarife BU2008BF Tarife BU2008BR Tarife EU2008BF Tarife EU2008BR	leistungsfreie Zeit Beitragsreduktion – Die Überschüsse werden dazu verwendet, die Beiträge (ohne Zuschläge) für die Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung zu reduzieren. Der Reduktionssatz ist jeweils für ein Versicherungsjahr gültig.	leistungspflichtige Zeit Verzinsliche Ansammlung – Der jährliche Überschuss wird mit dem Ansammlungszins verzinslich angesammelt und bei Beendigung der BU2008BF, EU2008BF ausgezahlt. Gewinnrente – Es wird eine jährlich steigende Gewinnrente gezahlt. Der Zuwachs bemisst sich in Prozent der gesamten Vorjahresrente inkl. etwaigem Sofortbonus.

Allgemeine Versicherungsbedingungen
Besondere Zugangsvoraussetzungen
 (K, UK, G/UG)
 Es gelten die Versicherungsbedingungen für die Grundtarife nach Maßgabe der Vereinbarungen im Kollektivvertrag.