

AO/MA Makler/Sonstige
 Versicherungsnummer 81780 GKR-Agenturnummer 15-636956 Vermittlernummer

AN212306

Antragsteller/
Versicherungs-
nehmer
(VN)

Titel, Vorname, Name

männlich
 weiblich

Straße und Hausnummer

Staat Postleitzahl Ort

Geburtsdatum Staatsangehörigkeit derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche Gehaltsfortzahlung
 Wochen

zu versichernde
Person
(VP)

Titel, Vorname, Name

männlich
 weiblich

Geburtsdatum Staatsangehörigkeit derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche Gehaltsfortzahlung
 Wochen

Abweichende Anschrift immer angeben (siehe Beiblatt 211377)

Versicherungs-
umfang und
Beitragsberechnung
in Euro

Tarif **MediPrävent** monatlicher Beitrag + Tarif monatlicher Beitrag + Tarif monatlicher Beitrag + Tarif monatlicher Beitrag + medizinischer Wagnisausgleich
 Ihr zu zahlender monatlicher Gesamtbeitrag **EUR**

Beginn und
Dauer der
Versicherung

Versicherungsbeginn **01.2009**

Der Versicherungsvertrag nach Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherungen wird für die Dauer von 2 Jahren abgeschlossen (zum Versicherungsjahr siehe Tarifbedingungen). Er verlängert sich stillschweigend um jeweils 1 Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. **Die Mindestzahlungsrate beträgt 10 EUR.**

Zahlweise
Einzugs-
ermächtigung
(LSV)

Buchen Sie die jeweils fälligen Beiträge bis auf Widerruf jährlich (4 % Nachlass) 1/2-jährlich 1/4-jährlich monatlich von folgendem Konto ab:

Kontonummer Kontoinhaber (Vorname, Name – falls nicht mit Antragsteller identisch)

Bankleitzahl Geldinstitut (Name und Ort)

Angaben zum
Gesundheits-
zustand

Beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Sie gefährden sonst Ihren Versicherungsschutz. nein ja

1. Fanden Behandlungen, Untersuchungen (hierzu zählen auch Kontrolluntersuchungen aufgrund Vorerkrankungen), Beratungen oder Operationen statt bzw. sind solche beabsichtigt oder angedacht? ▼ ▼
 - a) in den letzten 3 Jahren ambulant durch Ärzte, Heilpraktiker oder Angehörige anderer Heilberufe 1.a)
 - b) in den letzten 5 Jahren stationär (auch in Kurkliniken oder Sanatorien) 1.b)
 - c) in den letzten 10 Jahren psychotherapeutischer oder psychiatrischer Art 1.c)
2. a) Bestanden in den letzten 5 Jahren oder bestehen zurzeit Beschwerden, Funktionsstörungen, Krankheiten, amtlich anerkannte Behinderungen, Anomalien körperlicher/geistiger Art, auch wenn Sie nicht behandelt worden sind? (ggf. Grad der anerkannten Behinderung angeben) 2.a)
- b) Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt? (ggf. offenes HIV-Testergebnis angeben) 2.b)
3. a) Bestehen Fruchtbarkeitsstörungen (männlich/weiblich)? 3.a)
- b) Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, Entbindungstermin angeben. 3.b)
4. Ist das Tragen einer Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen) notwendig? 4.
5. Fehlen Zähne (außer Weisheitszähne u. Lückenschlüssen)? 5.

Frage 5. bitte nur
bei Tarif MediDent
beantworten.

Für den Tarif MediPrävent entfällt die Gesundheitsprüfung bis 5.
 Größe und Gewicht (Ausnahme Zahntarife) **Ergänzungsschutz**
 Größe in cm Gewicht in kg Entbindungstermin links Dioptrien rechts Grad der Behinderung in % Fehlende Zähne

Ergänzende
Angaben zu
den mit „ja“
beantworteten
Fragen

Frage	Genaue Krankheitsbezeichnungen (Diagnosen), Art der Beschwerden, Behandlungen/Untersuchungsergebnisse, Arzneimittelname und Dosis	Behandlungszeiträume (bei Arbeitsunfähigkeiten zusätzlich Dauer in Tagen) von – bis (TT.MM.JJ) / Tage	Behandlungsfrei? nein ja, seit	Beschwerdefrei? nein ja, seit	Operationen? nein ja	Heilbehandler (auch Krankenanstalten, Sanatorien) Name, Postleitzahl und Ort
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Das gesonderte Beiblatt „Ergänzende Angaben zum Gesundheitszustand“ (211377) ist beigelegt. nein ja

Angaben zu
bestehenden
und früheren
Versicherungen
der letzten
5 Jahre

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

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

Wie und wo sind Sie versichert?

GKV	PKV (VU)	Krankenhaus-tagegeld Höhe	Krankentage-geld Höhe	Wurde ein Antrag abgelehnt? nein ja, am	Wurde ein Vertrag gekündigt? nein ja, Laufzeit von/bis	Wer kündigte? VU VN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Empfangs-
bekenntnis

Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt der Kundeninformation nach der Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) und § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) einschließlich dem Merkblatt zur Datenverarbeitung und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in der Broschüre 212306, Stand 01.01.2009.

Schluss-
erklärungen
und
Unterschriften

Die auf der Rückseite beschriebenen Erklärungen und wichtigen Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen. Diese Erklärungen enthalten unter anderem die Ermächtigungen 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 wichtigen Hinweise“ zum Inhalt dieses Antrags und bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der eingetragenen Antworten auf allen Antragsseiten.

Versicherungs-
schutz vor
Ablauf der
Widerrufsfrist

Ich stimme zu, dass mein beantragter Versicherungsschutz – unter Berücksichtigung etwaiger tariflich vereinbarter Wartezeiten – vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn).
Abweichend von § 8 Abs. 3 AVB wird der erste Beitrag mit Beginn des Versicherungsschutzes fällig.

Ort, Datum **Unterschrift der zu versichernden Person** (bei Minderjährigen: Gesetzlicher Vertreter)

Vermittler Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller) **Antragsteller/Versicherungsnehmer**

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

Verantwortlichkeit für den Antragsinhalt	<p>Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 19 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und schriftlich beantworten muss. Dabei sind auch von mir für unwesentlich gehaltene Erkrankungen oder Beschwerden zu den gestellten Fragen anzugeben.</p> <p>Bitte beachten Sie: Die Verpflichtung 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.</p> <p>Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht: Sind die Angaben zu den im Antrag gestellten Fragen unzutreffend oder unvollständig beantwortet, kann der Versicherer bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, kündigen oder den Vertrag anpassen und gegebenenfalls die Leistung verweigern.</p>
Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz	<p>Ich willige ein, dass die Gothaer Krankenversicherung AG, Köln, im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsveränderungen) 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 Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen.</p> <p>Ich willige ferner ein, dass die Gothaer Krankenversicherung AG und die mit ihr konzernmäßig verbundenen Unternehmen und Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Antrags-, Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen oder im Rahmen einer von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) vorgelegten oder von ihr genehmigten Funktionsausgliederung durch besonders auf die Einhaltung der Schweigepflicht und des Datenschutzes verpflichtete Dritte führen lassen und an den / die für mich zuständigen Vermittler weitergeben. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler jedoch nur, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.</p> <p>Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiterhin ein, dass der / die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.</p> <p>Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.</p>
Entbindung von der Schweigepflicht Krankenversicherung und private Pflegepflichtversicherung	<p>Mir ist bekannt, dass der Versicherer vor Vertragsschluss Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft, soweit dies bei dem von mir beantragten Vertragsschluss zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten und behandelt worden bin. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.</p> <p>Bei Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge ermächtige ich – soweit Anlass besteht – Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer mit denen ich in Vertragsbeziehungen stehe oder stand, für die Risikoprüfung erforderliche Auskünfte zu erteilen und entbinde sie insofern von der Schweigepflicht. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss.</p> <p>Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer im Fall der Geltendmachung eines Leistungsanspruchs zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Meldungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben.</p> <p>Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit hierzu aufgrund des Antrags und / oder der eingereichten Unterlagen ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der erstellten Liquidation).</p> <p>Zu diesem Zweck befreie ich bereits jetzt, jederzeit widerrufbar, Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht, auch hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich ebenso auf die Angehörigen von anderen Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen. Diese Erklärung gilt auch im Falle meines Todes. Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.</p> <p>Ich bin darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass ich jederzeit vom Versicherer verlangen kann, dass eine Erhebung von personenbezogenen Gesundheitsdaten Daten nur erfolgt, wenn ich jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt habe.</p>
Antragsbindungsfrist	<p>An meinen Antrag bei der Gothaer Krankenversicherung, dessen Durchschrift mir nach meiner Unterschrift ausgehändigt wird, halte ich mich 6 Wochen gebunden, sofern ich ihn nicht nach Zugang des Versicherungsscheins innerhalb von 14 Tagen widerrufe. Die Frist beginnt mit dem Tag, an dem der Antrag unterschrieben ist. Sofern der Erlass von Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird, beginnt die Frist an dem Tage, an dem die Untersuchungsberichte dem Versicherer zugehen, spätestens aber am Tage nach Ablauf der Einreichfrist von 28 Tagen.</p>
Verpflichtungen bis zur Annahme des Antrags	<p>Ich verpflichte mich, alle Heilbehandlungen (einschließlich Beratungen und Untersuchungen), alle Veränderungen im Gesundheitszustand, eine zwischenzeitlich festgestellte Schwangerschaft und einen vorgenommenen Schwangerschaftsabbruch, alle Veränderungen hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit und/oder – sofern eine Krankentagegeldversicherung beantragt wird – eine Verminderung des Nettoeinkommens der zu versichernden Personen, die bis zur Annahme dieses Antrags eintreten, vollständig und wahrheitsgemäß anzugeben, sofern der Versicherer nach Antragstellung bis zur Zusendung des Versicherungsscheins erneut Fragen hiernach stellt.</p>
Bei Anträgen auf Krankentagegeld	<p>Erklärungen zum Nettoeinkommen bei Anträgen auf Krankentagegeld: Ich bestätige, dass das beantragte Krankentagegeld zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen (Bruttoeinkommen ./. Steuern) nicht übersteigt.</p>
Vertragsgrundlagen	<p>Die gegenseitigen Rechte und Pflichten richten sich nach diesem Antrag, von dem mir bei Antragstellung eine Durchschrift/Kopie ausgehändigt wird, und evtl. dazu abgegebenen schriftlichen Erklärungen, den gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland sowie nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, einschließlich Tarifbeschreibung. Mündliche Nebenabreden sind ungültig.</p>
Zustandekommen des Vertrages	<p>Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn vor Antragstellung die nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und der Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) erforderlichen Unterlagen und Informationen übergeben worden sind und der Versicherungsnehmer nach Erhalt des Versicherungsscheins nicht innerhalb von zwei Wochen seine Vertragserklärung widerruft.</p>
Widerrufsrecht	<p>Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt an dem Tag, an dem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie die gesetzlich vorgeschriebenen Informationen nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und nach der Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) vollständig erhalten haben und Sie über das Widerrufsrecht und seine Rechtsfolgen belehrt worden sind. Der Widerruf ist an die Anschrift Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln, zu senden. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.</p> <p>Rechtsfolgen des Widerrufs: Üben Sie Ihr Widerrufsrecht aus, sind die beiderseits empfangenen Leistungen zu erstatten. Wenn Sie auf Ihr Widerrufsrecht, die Rechtsfolgen des Widerrufs und den zu zahlenden Betrag hingewiesen worden sind und Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist beginnt, endet Ihr Versicherungsschutz mit Zugang des Widerrufs und wir haben nur den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil bereits gezahlter Beiträge zu erstatten. Die Erstattung muss unverzüglich, spätestens 30 Kalendertage nach Zugang des Widerrufs erfolgen. Ist der Hinweis auf die Rechtsfolgen des Widerrufs unterblieben, haben wir zusätzlich die für das erste Jahr des Versicherungsschutzes gezahlten Beiträge zu erstatten. Dies gilt nicht, wenn Sie Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben.</p>
Änderung von Anschrift und Namen	<p>Mir ist bekannt, dass Änderungen von Anschrift oder Namen des Versicherungsnehmers und/oder der versicherten Person/en dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen sind.</p>