

Antrag

Die private Gothaer

- **Krankheitskostenvollversicherung**
- **Pflegepflichtversicherung**
- **Zusatz- und Ergänzungsversicherung**

Die private Gothaer Kranken- und Pflegepflichtversicherung



AN104734S1V4

Neuantrag Änderung

AO/MA Makler, Sonstige

 Versicherungsnummer 0 1
GKR-Agenturnummer VD-/MD-Agenturnummer

Antragsteller/
 Versicherungs-
 nehmer
 (VN)

 Titel, Vorname, Name

männlich
 weiblich

 Straße und Hausnummer

 Staat Postleitzahl Ort

 Geburtsdatum Nationalität wohnhaft in D seit (MM.JJJJ)

allein stehend VN ist VP
 verheiratet/zus.lebend
 angestellt öffentlicher Dienst
 selbstständig ohne Beschäftigung Berufsschlüssel

 derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit und Arbeitgeber/Dienstherr/Firma

Zu versichernde
 Person 1
 (VP)

 Titel, Vorname, Name (sofern abweichend von VN)

männlich
 weiblich

 Geburtsdatum Nationalität wohnhaft in D seit (MM.JJJJ)

allein stehend gesonderte Anschrift
 verheiratet/zus.lebend (siehe Beiblatt 111377)
 angestellt öffentlicher Dienst
 selbstständig ohne Beschäftigung Berufsschlüssel

 derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit und Arbeitgeber/Dienstherr/Firma

bei Angestellten:

bei Selbstständigen:

bei öffentlichem Dienst:

nur aufsichtsführend
 auch mitarbeitend selbstständig seit (MM.JJJJ)

Beihilfeberechtigter berücksichtigungsfähiger Ehegatte
 Versorgungsempfänger berücksichtigungsfähiges Kind

 Wochen Gehaltsfortzahlung Stammkapital-Anteil (in %) bei GmbH-Geschäftsführern Anzahl Arbeitnehmer (ohne Familienangehörige)

Bund Bundesland (Kürzel siehe Rückseite) ambulant stationär
Beihilfesatz (in %)

Zu versichernde
 Person 2

 Titel, Vorname, Name (sofern abweichend von VN)

männlich
 weiblich

 Geburtsdatum Nationalität wohnhaft in D seit (MM.JJJJ)

allein stehend gesonderte Anschrift
 verheiratet/zus.lebend (siehe Beiblatt 111377)
 angestellt öffentlicher Dienst
 selbstständig ohne Beschäftigung Berufsschlüssel

 derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit und Arbeitgeber/Dienstherr/Firma

bei Angestellten:

bei Selbstständigen:

bei öffentlichem Dienst:

nur aufsichtsführend
 auch mitarbeitend selbstständig seit (MM.JJJJ)

Beihilfeberechtigter berücksichtigungsfähiger Ehegatte
 Versorgungsempfänger berücksichtigungsfähiges Kind

 Wochen Gehaltsfortzahlung Stammkapital-Anteil (in %) bei GmbH-Geschäftsführern Anzahl Arbeitnehmer (ohne Familienangehörige)

Bund Bundesland (Kürzel siehe Rückseite) ambulant stationär
Beihilfesatz (in %)

Versicherungs-
 umfang und
 Beitrags-
 berechnung

VP **Bitte beachten:** Bei Krankentagegeld, Krankenhaustagegeld und Pfl egetagegeld ist zusätzlich die Stufe je 5 EUR anzugeben. **Monatlicher Gesamt-(Mehr-)Beitrag**

1 Tarifzugang Tarifabgang

 Krankenversicherung + gesetzlicher Zuschlag + private Pflegepflicht + medizinischer Wagnisausgleich = _____
 Alle Währungsangaben in Euro.

2 Tarifzugang Tarifabgang

 Krankenversicherung + gesetzlicher Zuschlag + private Pflegepflicht + medizinischer Wagnisausgleich = _____

Bestätigung
 Krankentagegeld

Hiermit wird bestätigt, 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**.

Beginn und
 Dauer der
 Versicherung

0 1 2 0 0 Der Versicherungsvertrag – ausgenommen bei Tarif PSKV – wird für die Dauer von 2 Jahren, nach Tarif MediPrävent für 3 Jahre abgeschlossen (zum Versicherungsjahr siehe Tarifbedingungen). Er verlängert sich stillschweigend um jeweils 1 Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. Die Mindestzahlungsrate beträgt 10 EUR.

Versicherungsbeginn

Zahlweise
 Einzugs-
 ermächtigung
 (LSV)

jährlich (4 % Nachlass) 1/2-jährlich 1/4-jährlich monatlich
 Die jeweils fälligen Beiträge sollen bis auf Widerruf von folgendem Konto abgebucht werden: wie bisher

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

 Bankleitzahl Geldinstitut (Name und Ort)

Einzelkassio Sammelkassio Arbeitgeber/Dienstherr/Firma (Name und Personalnummer sind nur bei Sammelkassio anzugeben) Personalnummer

Angaben zum Gesundheitszustand

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Sie gefährden sonst Ihren Versicherungsschutz. Sofern Sie während des Vertragsverhältnisses durch schriftliche Erklärungen und Leistungsanträge bereits vollständige Informationen zu den **Fragen 1. bis 4. und 7. bis 10.** gegeben haben, **müssen** diese **nicht wiederholt** werden. **Die Fragen 5. und 6. (Ausnahme Zahntarife) sind immer zu beantworten.**

Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar der Gothaer Krankenversicherung AG schriftlich mitzuteilen.

		Person 1	Person 2
		nein ja ▼ ▼	nein ja ▼ ▼
1.	Haben in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen), Beratungen, Behandlungen oder Operationen durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Behandler stattgefunden bzw. sind solche beabsichtigt oder angeraten?	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.	Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Behandlungen oder Operationen statt, oder sind solche beabsichtigt oder angeraten? Bitte auch Aufenthalte in Kurkliniken oder Sanatorien angeben.	2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung angeraten oder durchgeführt?	3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.	Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren regelmäßig Medikamente eingenommen?	4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.	Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test)? Steht noch ein Testergebnis aus?	5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.	Bestanden in den letzten 5 Jahren oder bestehen zurzeit chronische Leiden, Beschwerden körperlicher/geistiger Art oder Anomalien?	6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.	a) Besteht eine Sterilität oder Infertilität ?	7. a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b) Besteht eine Schwangerschaft ? Wenn ja, Schwangerschaftswoche angeben.	7. b) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.	Ist das Tragen einer Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen) notwendig/angeraten? Wenn ja, bitte Dioptrien angeben.	8. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.	Bestehen anerkannte Schwerbehinderungen , Erwerbsminderungen, Kriegs- bzw. Wehrdienstbeschädigungen? Beziehen Sie eine Rente aus einer privaten Unfallversicherung bzw. Berufsgenossenschaft? Wenn ja, amtlichen Bescheid beifügen und den Grad der Behinderung angeben.	9. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10.	a) Fehlende Zähne (außer Weisheitszähne und Lückenschlüsse), die noch nicht ersetzt sind? Wenn ja, Anzahl fehlender Zähne angeben.	10. a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b) Findet eine zahnärztliche Behandlung (auch Zahnersatz-, Kronen-, Inlays-, Kieferorthopädie- oder Parodontosebehandlung) statt bzw. ist eine solche beabsichtigt/angeraten? Wenn ja, Heil- und Kostenplan beifügen (nicht bei MediDent, MediFit, MediTop und ZEG)	10. b) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Größe und Gewicht.

VP	Größe in cm	Gewicht in kg	Ergänzende Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen 7. bis 10.					
			Schwangerschaftswoche	links	Dioptrien zahl	rechts	Grad der Behinderung in %	Fehlende Zähne
1	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

Ergänzende Angaben zu den mit „ja“ beantworteten

VP/Frage	Genauere Krankheitsbezeichnungen (Diagnosen), Art der Beschwerden, Behandlungen/Untersuchungsergebnisse, Medikamentenname und Dosis	Behandlungszeiträume (bei Arbeitsunfähigkeiten zusätzlich Dauer in Tagen) von – bis (TT.MM.JJ) / Tage	Wiederholt aufgetreten? nein ja ▼ ▼	Behandlungs-/ 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"/>
/	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
/	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
/	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
/	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
/	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
/	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
/	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
/	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
/	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
/	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Sofern der vorgesehene Raum für die Angaben nicht ausreicht, 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

Hausarzt	VP	nein	Name und Anschrift	Fachrichtung	in Behandlung seit
1	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	

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 / PPV = Private Pflegepflichtversicherung

VP	Versicherung GKV PKV PPV	Versicherungsunternehmen (VU)	stationäre Ergänzung 1-/2-Bett-zimmer privatärztl. Behandlung	Krankenhaus-tagegeld	Kranken-tagegeld/ Krankengeld	Pflege-tagegeld	Ablehnung erfolgte	Versicherungszeitraum oder Ablehnungsdatum von (TT.MM.JJJJ)/bis (TT.MM.JJJJ)	Wer kündigte? VN VU
1	▼ ▼ ▼	▼ ▼	▼	▼ ▼
2

Erlass der Wartezeiten

Bitte beachten: Nur bei Ergänzungsversicherungen und Tarif BSS zu beantworten.
Ich beantrage den Erlass der allgemeinen und besonderen Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung. Geht der Befundbericht auf einem mir ausgehändigten Formblatt des Versicherers nicht innerhalb von 28 Tagen nach Antragstellung beim Versicherer ein, gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten. **Die Untersuchungskosten übernehme ich.**

	Person 1	Person 2
	nein ja ▼ ▼	nein ja ▼ ▼
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Besondere Vereinbarungen

Ist der Antrag von besonderen Vereinbarungen abhängig? nein ja, und zwar

.....

Private Pflegepflichtversicherung (PPV)
Seit 1. Januar 1995 müssen alle krankenversicherten **Personen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen** eine PPV abschließen und aufrechterhalten. Privat Krankenversicherte haben grundsätzlich bei ihrem Krankenversicherer eine private PPV abzuschließen (Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung). Grundlage der privaten PPV sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Pflege-Versicherungstarif PV sowie das Pflegeversicherungsgesetz. Wird keine private PPV beantragt und das anderweitige Bestehen einer PPV nicht nachgewiesen, sind wir zur Meldung beim Bundesversicherungsamt verpflichtet.

Erklärung zur Erlangung der
• Beitragsbegrenzung für Ehe-/Lebenspartner
Voraussetzung für die Erlangung der Beitragsbegrenzung ist, dass **mindestens ein Ehe-/Lebenspartner** ¹⁾ seit dem 1. Januar 1995 der **privaten PPV** angehört **und das Gesamteinkommen** ²⁾ eines Ehe- / Lebenspartners monatlich den Betrag von 350 EUR ³⁾ bzw. 400 EUR für geringfügig Beschäftigte **nicht überschreitet**.

Für mich und meinen privat pflegepflichtversicherten Ehe-/Lebenspartner beantrage ich eine Beitragsbegrenzung in der PPV.

Ergänzende Angaben, wenn Ehe-/Lebenspartner bei einem anderen Versicherungsunternehmen versichert ist:

..... Name, Vorname	..... Geburtsdatum
..... Name des Versicherungsunternehmens	..... versichert seit

- Mein mitversicherter Ehe-/Lebenspartner ist **nicht erwerbstätig**. Das monatliche Gesamteinkommen eines Ehe-/Lebenspartners liegt derzeit unter 350 EUR bzw. 400 EUR.
 Mein Ehe-/Lebenspartner ist bei einem anderen Unternehmen privat pflegeversichert. **Sein** monatliches Gesamteinkommen liegt derzeit unter 350 EUR bzw. 400 EUR.
 Mein Ehe-/Lebenspartner ist bei einem anderen Unternehmen privat pflegeversichert. **Mein** monatliches Gesamteinkommen liegt derzeit unter 350 EUR bzw. 400 EUR.

- 1) Für **Lebenspartner** kann die Beitragsbegrenzung nur gewährt werden, wenn es sich um eine eingetragene Lebenspartnerschaft nach § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes handelt.
 2) Als **Gesamteinkommen** gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (§ 2 Abs. 3 EStG). Dabei sind folgende Erträge nicht abzuziehen: der Altersentlastungsbetrag, die Sonderausgaben, die außergewöhnlichen Belastungen, der Kinderfreibetrag, der Haushaltsfreibetrag und die sonstigen steuerrechtlich vom Einkommen abzuziehenden Beträge, darunter der Sparer-Freibetrag. Abzuziehen sind dagegen Werbungskosten. Bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt. Einmalige Zahlungen (z. B. Zinszahlungen) sind auf alle Monate des Jahres zu verteilen. Im Übrigen gelten die durch § 3 EStG vorgenommenen Freistellungen bestimmter Einkunftsarten von der Steuer (z. B. Mutterschaftsgeld, Erziehungsgeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, Bafög, Wohngeld sowie Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung), die damit nicht zum Einkommen zählen. Für geringfügig Beschäftigte i. S. v. § 8 Abs. 1 und § 8a SGB IV beträgt das zulässige monatliche Gesamteinkommen 400 EUR ab April 2003.
 3) Die **Einkommengrenze** von 350 EUR für die Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung gilt in allen Bundesländern. Vergleiche auch 2)

Erklärung zur Erlangung der
• Beitragsfreistellung für Kinder, Schüler und Studenten
Ich beantrage die Beitragsfreistellung in der privaten Pflegepflichtversicherung für folgende Person:

..... Name, Vorname Geburtsdatum
------------------------	-----------------------

Ein Elternteil ist privat pflegepflichtversichert:

..... Name, Vorname	..... versichert seit
..... Name des Versicherungsunternehmens	..... versichert seit

Das zu versichernde Kind bzw. der zu versichernde Schüler/Student

- hat das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist in Schul- oder Berufsausbildung, nicht erwerbstätig bzw. leistet ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr ab. Das monatliche Gesamteinkommen (ohne Ausbildungsförderung oder Stipendien) liegt derzeit unter 350 EUR. **Entsprechender Nachweis** ist beigefügt folgt in den nächsten 4 Wochen
 hat die Schul- bzw. Berufsausbildung durch das Ableisten der gesetzlichen Dienstpflicht unterbrochen/verzögert. Das monatliche Gesamteinkommen liegt derzeit unter 350 EUR bzw. 400 EUR. Die **Zivil- oder Wehrdienstbescheinigung** ist beigefügt folgt in den nächsten 4 Wochen
 ist wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung außerstande, sich selbst zu unterhalten. Das monatliche Gesamteinkommen liegt derzeit unter 350 EUR. Der Nachweis in Form eines **ärztlichen Gutachtens** ist beigefügt folgt in den nächsten 4 Wochen

Erklärung zur Erlangung der
• Beitragsermäßigung nach dem Studententarif
Ich beantrage die Beitragsermäßigung für folgenden Studenten, Fach- und Berufsfachschüler bzw. Praktikanten:

..... Name, Vorname Geburtsdatum
------------------------	-----------------------

- Die zu versichernde Person ist Student, Fach-/Berufsfachschüler oder Praktikant i. S. v. § 20 Abs. 1 Nr. 9 + 10 SGB XI. Der **Studiennachweis** ist beigefügt folgt in den nächsten 4 Wochen

Erklärung zur Pflegepflichtversicherung
Ich bestätige die Richtigkeit aller vorstehenden Angaben und verpflichte mich, die gegebenenfalls noch notwendigen Nachweise der Gothaer Krankenversicherung AG innerhalb der nächsten 4 Wochen vorzulegen. Bei Veränderungen von Tatbeständen, die Einfluss auf die Beitragseinstufung zur privaten Pflegepflichtversicherung haben, werde ich die Gothaer Krankenversicherung AG unverzüglich informieren und auf Anforderung entsprechende Nachweise vorlegen. Aufgrund einer unrichtigen Beitragseinstufung zu wenig gezahlte Beiträge werde ich nachentrichten.

Kommunikationsdaten

(freiwillige Angaben) Telefonnummer Telefaxnummer E-Mail
-----------------------	------------------------	------------------------	-----------------

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 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.

.....
Unterschrift Ehe-/Lebenspartner zur PPV

.....
Unterschrift zu versichernde Person (bei Minderjährigen: Gesetzlicher Vertreter)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Kontoinhaber

.....
Unterschrift Antragsteller/Versicherungsnehmer

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

.....
Unterschrift Vermittler

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

Verantwortlichkeit für den Antragsinhalt	Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 16 des Versicherungsvertragsgesetzes die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und schriftlich beantworten und dabei auch von mir für unwesentlich gehaltene Erkrankungen oder Beschwerden angeben muss. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.
Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz	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 auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen. 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 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; ein Vermittler jedoch nur, 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-, Abrechnungs- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf / dürfen. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich die Möglichkeit hatte, in zumutbarer Weise vom Inhalt des vom Versicherer bereitgehaltenen Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen.
Entbindung von der Schweigepflicht Krankenversicherung und private Pflegepflichtversicherung	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, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie die Beschäftigten in Krankenhäusern und Gesundheitsämtern 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. 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 5 Jahren nach Antragstellung. 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. 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). Zu diesem Zweck befreie ich bereits jetzt, jederzeit widerrufbar, die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgenannten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, 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.
Annahmefrist	Zur Prüfung meines Antrags steht dem Versicherer eine Zeit von längstens sechs Wochen zur Verfügung. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung. 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.
Verpflichtungen bis zur Annahme des Antrags	Ich verpflichte mich, alle Heilbehandlungen (einschließlich Beratungen und Untersuchungen), alle Veränderungen im Gesundheitszustand, 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, dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Das gleiche gilt für eine zwischenzeitlich festgestellte Schwangerschaft und einen vorgenommenen Schwangerschaftsabbruch.
Auswirkung steigender Krankheitskosten	Der künftige Anstieg von Krankheitskosten kann – soweit er auf veränderten Behandlungsmethoden und allgemeinen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen beruht – bei der Bestimmung der Beitragshöhe nicht berücksichtigt werden. Findet ein solcher Kostenanstieg statt, werden die Beiträge in Übereinstimmung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen erhöht. Für die Bestimmung des Mehrbeitrags ist das zum Erhöhungszeitpunkt erreichte Alter des Versicherten maßgebend. Ältere Versicherte sind daher in der Regel von einer Beitragserhöhung stärker betroffen als junge. Der Versicherer entlastet ältere Versicherte durch besondere Berücksichtigung bei der Verteilung von Überschüssen. Darüber hinaus gibt es folgende Möglichkeiten zur Entlastung älterer Versicherte: der Abschluss von (soweit vorhanden) Vorsorgetarifstufen, der Abschluss einer privaten Rentenversicherung oder der Wechsel in den Standardtarif.
Zusätzliche Schweigepflichtentbindungsklausel PPV	Mir ist bekannt, dass der Versicherer im Rahmen der Prüfung seiner Leistungspflicht eine medizinische Begutachtung durchführen wird. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe, Pflegepersonen sowie Angehörige ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen sowie von Krankenanstalten und vergleichbaren Einrichtungen und Gesundheitsämtern, die mich untersucht, beraten, behandelt oder gepflegt haben sowie andere Versicherer und Kostenträger für den Pflegefall von ihrer Schweigepflicht und ermächtige sie, dem Versicherer bzw. dem vom Versicherer beauftragten Medizinischen Dienst, die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt auch gegenüber dem ärztlichen Gutachter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der berechtigt ist, die medizinischen Unterlagen meines Versicherers zu überprüfen, (z. B. bei Widersprüchen gegen die Einstufung, bei der Prüfung von Anträgen auf Anerkennung als Härtefall oder bei Anträgen auf Zulassung von Einzelpflegekräften). Diese Erklärung – die auch über meinen Tod hinaus gilt – 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.
Bei Anträgen auf Krankentagegeld	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.
Wechsel des Versicherers	Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im allgemeinen für den Versicherungsnehmer unzweckmäßig und für beide Unternehmen unerwünscht. Für ausschließlich privatversicherte Personen ist eine Versicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in fortgeschrittenem Alter in der Regel ausgeschlossen.
Ansprechpartner/ Aufsichtsbehörde	Sollten Sie im Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsvertrag, Ihrem Versicherungsschutz oder auch unserer Beratung und Betreuung Fragen, Wünsche, Bedenken oder Beschwerden haben, so können Sie sich jederzeit vertrauensvoll an Ihren Betreuer, unsere Außenstellen oder die Hauptverwaltung wenden. Für Mitglieder der Gothaer Versicherungsbank VVaG steht in allen Beschwerdefällen unser Beauftragter für die Anliegen der Mitglieder, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln, zur Verfügung. Generell steht Ihnen die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, als zuständige Aufsichtsbehörde in Beschwerdefällen zur Verfügung.
Vertragsgrundlagen	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, die mir mit dem Versicherungsschein übersandt werden. Mündliche Nebenabreden sind ungültig. Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn der Versicherungsschein mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und dem Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) gemäß § 10 a Abs. 1 a Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) übermittelt wird.
Widerspruchsrecht	Nach Erhalt der Unterlagen habe ich das Recht, dem Vertrag innerhalb von 14 Tagen in Textform zu widersprechen. Sollte eine beantragte Krankheitskostenvollversicherung nicht zustande kommen, wird auch keine Pflegepflichtversicherung begründet.

Mit diesem Antrag können Sie eine Krankheitskostenvollversicherung, private Pflegepflichtversicherung oder eine Zusatz- bzw. Ergänzungsversicherung beantragen.

Achtung:

- Zur Beantragung einer Krankheitskostenvollversicherung beantworten Sie bitte alle Gesundheitsfragen.
- Zur Beantragung einer privaten Pflegepflichtversicherung füllen Sie bitte zusätzlich die Seite drei aus.

Ausfüllhilfe für die Zusatz- und Ergänzungsversicherung

Für die Beantragung einer Zusatz- bzw. Ergänzungsversicherung müssen nicht immer alle Gesundheitsfragen beantwortet werden. Die folgende Tabelle erläutert welche Fragen für welche Tarife beantwortet werden müssen. Die relevanten Fragen sind mit einem „x“ gekennzeichnet.

Tarife: Ergänzung/Tagegeld	Größe und Gewicht	Antragsfragen											
		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7. a)	7. b)	8.	9.	10. a)	10. b)
AE / (ZB 20)	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x
AVL N2	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x
K	x	x	x	x		x	x	x	x		x		
MediDent												x	x
MediFit	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x
MediPrävent	Es müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden!												
MediTop 1	x		x			x	x		x			x	x
MediTop 2	x	x	x			x	x		x			x	x
MediTravel	Es müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden!												
MS 3	x	x	x	x		x	x	x	x		x		
MT	x	x	x	x		x	x	x	x		x		
OPT 03	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x
P 3	x	x	x			x	x				x		
PT	x	x	x			x	x				x		
SE 1 (V) / SE 2 (V) / SEK (V)	x	x	x	x		x	x	x	x		x		
T	x	x	x	x		x	x	x	x		x		
ZEG												x	x

RisikoHotline

In der Zeit von Montags – Freitags, 8.00 – 18.00 Uhr steht Ihnen die RisikoHotline unter der Rufnummer **0180 - 1308308** zur Verfügung.

Nutzen Sie die RisikoHotline, um vorab telefonisch eine verbindliche Risikoeinschätzung zu erhalten und profitieren Sie von den Vorteilen:

- Schnelle Information an den Kunden
- Vermeidung von Arztberichten und Attesten
- Hohe Direktentscheidungsquote
- Einheitliche und transparente Risikopolitik

Zu beachten bei Fax-Anträgen:

Bitte fügen Sie bei Faxanträgen **immer** die Seite „Erklärungen und wichtige Hinweise“ hinzu.

Zusatzblatt für interne Angaben

Berufsschlüssel

Nicht selbstständig	03 – Angestellte
	04 – Arbeiter im öffentlichen Dienst
	05 – Arbeiter
	06 – Handwerker
	20 – Beamte und Versorgungsempfänger und deren Familienangehörige beim Bund als Dienstherrn
	21 – Beamte und Versorgungsempfänger und deren Familienangehörige beim Land als Dienstherrn
	22 – Beamte und Versorgungsempfänger und deren Familienangehörige bei sonstigen Dienstherrn
	30 – Pflichtversicherte Angestellte im öffentlichen Dienst und deren Familienangehörige beim Bund als Dienstherrn
	31 – Pflichtversicherte Angestellte im öffentlichen Dienst und deren Familienangehörige beim Land als Dienstherrn
	32 – Pflichtversicherte Angestellte im öffentlichen Dienst und deren Familienangehörige bei sonstigen Dienstherrn
	40 – Freiwillig in der GKV versicherte Angestellte im öffentlichen Dienst und deren Familienangehörige beim Bund als Dienstherrn
	41 – Freiwillig in der GKV versicherte Angestellte im öffentlichen Dienst und deren Familienangehörige beim Land als Dienstherrn
	42 – Freiwillig in der GKV versicherte Angestellte im öffentlichen Dienst und deren Familienangehörige bei sonstigen Dienstherrn
	50 – Fluggesellschaft
	51 – Berufssportler
	52 – Berufssportler
Selbstständig	07 – Handwerker
	08 – Sonstiger Gewerbetreibender
	09 – Landwirt
	10 – Freier Beruf
	11 – Unternehmer
Sonstige	12 – Schüler
	13 – Student
	14 – Hausfrau
	15 – Rentner
	16 – Ohne Beruf
	90 – Kinder

Bundesländer – Abkürzungen

B = Berlin	HB = Bremen	NS = Niedersachsen	SL = Saarland
BB = Brandenburg	H = Hessen	NRW = Nordrhein-Westfalen	SA = Sachsen
BW = Baden-Württemberg	HH = Hamburg	RP = Rheinland-Pfalz	SAA = Sachsen-Anhalt
BY = Bayern	MV = Mecklenburg-Vorpommern	SH = Schleswig-Holstein	TH = Thüringen
