

## Antrag

### Die Gothaer Ergänzungsversicherungen

- **Tarif MediGroup A**
- **Tarif MediGroup S 1, S 2, S U**
- **Tarif MediGroup Z Basis, Z, Z Premium**
- **Tarif MediGroup ZB Basis, ZB**
- **Tarif MediGroup Z Duo**
- **Tarif MediGroup V Basis, V Premium**

# Antrag zur Gothaer Gruppen-Krankenversicherung

## Die Ergänzungsversicherungen nach den Gothaer MediGroup-Tarifen



AN212460

Für Makler / Sonstige

Für EV/ MA/ SAD

0

1

.....  
Versicherungsnummer

.....  
GKR-Agenturnummer

.....  
RD-AGT-Nr.

Arbeitgeber/ Firma  **Vertragspartner der Gruppen-Krankenversicherung / Versicherungsnehmer**  Kollektivvertragsnummer

Antragsteller/ Hauptversicherter Titel, Vorname, Name   männlich  weiblich

Straße und Hausnummer

Staat  Postleitzahl  Ort  Personalnummer

Geburtsdatum  derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche

Freiwillige Angaben Telefonnummer  Mobilnummer  Telefaxnummer  E-Mailadresse

**Hinweis zur Versicherungsfähigkeit** Bitte beachten: Versicherbar sind nur Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und Mitglied einer deutschen Krankenversicherung sind.

Zu versichernde Person (VP)	VP Titel, Vorname, Name (Name nur angeben, sofern abweichend vom Antragsteller)	Geschlecht		Geburtsdatum	Familienmitglied (FM) Arbeitnehmer (AN)		derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche
		m	w		FM	AN	
1	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Abweichende Anschrift zum Hauptversicherten  VP 1  VP 2  VP 3  VP 4 – bitte ggf. **Beiblatt** 211377 ausfüllen und **beifügen** (immer angeben)

Beginn und Dauer der Versicherung  **Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer von 2 Jahren abgeschlossen (zum Versicherungsjahr siehe Allgemeine Versicherungsbedingungen). Er verlängert sich stillschweigend um jeweils 1 Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.**

Zahlweise Die Teilnahme an der Gruppen-Krankenversicherung ist **nur mit SEPA-Lastschriftverfahren möglich.**  
Zahlweise  jährlich (4 % Nachlass)  1/2-jährlich  1/4-jährlich  monatlich

**Versicherungsumfang und Beitragsberechnung** Bitte beachten Sie die in den „Informationen zur Antragstellung der Zahntarife und besondere Vereinbarung“ erläuterten Einschränkungen des Leistungsumfanges (siehe Seite 6/6) sowie die Vereinbarungen des Gruppenversicherungsvertrages (siehe Seite 5/6).

VP	Ambulant MediGroup	Stationär MediGroup	Zahn MediGroup	Vorsorge MediGroup	Monatlicher Beitrag je Person	
1	<input type="checkbox"/> A <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> S1 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> S2 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> SU <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Z Basis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Z <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Z Premium <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ZB Basis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ZB <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Z Duo <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> V Basis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> V Premium <input type="text"/>	= <input type="text"/>
2	<input type="checkbox"/> A <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> S1 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> S2 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> SU <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Z Basis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Z <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Z Premium <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ZB Basis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ZB <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Z Duo <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> V Basis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> V Premium <input type="text"/>	= <input type="text"/>
3	<input type="checkbox"/> A <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> S1 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> S2 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> SU <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Z Basis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Z <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Z Premium <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ZB Basis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ZB <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Z Duo <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> V Basis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> V Premium <input type="text"/>	= <input type="text"/>
4	<input type="checkbox"/> A <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> S1 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> S2 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> SU <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Z Basis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Z <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Z Premium <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ZB Basis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ZB <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Z Duo <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> V Basis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> V Premium <input type="text"/>	= <input type="text"/>

**Angaben bei Zahntarifen** Anzahl der fehlenden, noch nicht ersetzten Zähne (außer Weisheitszähne, Lückenschlüsse bzw. Milchzähne, die aufgrund des natürlichen Zahnwechsels aktuell fehlen). Bitte beachten: Für bereits angetratene, geplante oder begonnene zahnärztliche Maßnahmen besteht **kein Versicherungsschutz**.

VP 1 \_\_\_\_\_ VP 2 \_\_\_\_\_ VP 3 \_\_\_\_\_ VP 4 \_\_\_\_\_

**Nur bei Tarif MediGroup Z Duo** Verkürzte Leistungsbegrenzung bei Vorversicherung: Es besteht bis zum Versicherungsbeginn eine private Zusatzversicherung für Zahnersatz mit einer vorgesehenen tariflichen Erstattung von mindestens 80 % bei dem folgenden Unternehmen:

VP 1 VP 2 VP 3 VP 4 Name Ihres bisherigen Versicherungsunternehmens

nein ►

ja ►

**Angaben zum Gesundheitszustand** Im Gendiagnostikgesetz hat der Gesetzgeber in § 18 festgelegt: Der Versicherer darf von Versicherten weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages die Vornahme genetischer Analysen verlangen oder Ergebnisse aus bereits vorgenommenen Gentests entgegennehmen oder verwenden. Bekannte Vorerkrankungen sind unabhängig von dieser gesetzlichen Regelung stets anzugeben. **Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Sie gefährden sonst Ihren Versicherungsschutz. Bitte beachten Sie unsere wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht (§ 19 Abs. 5 VVG) auf Seite 5/6.**

**Fragen 1-3 für MediGroup - A - S 1 - S 2**

	VP 1	VP 2	VP 3	VP 4
	Größe in cm	Gewicht in kg	Größe in cm	Gewicht in kg

- |   | VP 1  | VP 2  | VP 3  | VP 4  |
|---|---|---|---|---|
|   | Größe in cm                                       | Gewicht in kg                                     | Größe in cm                                       | Gewicht in kg                                     |
| 1. Fanden Behandlungen, Untersuchungen (hierzu zählen auch Kontrolluntersuchungen aufgrund Vorerkrankungen), Beratungen oder Operationen statt bzw. sind solche beabsichtigt oder angeraten?  | nein ja   | nein ja   | nein ja   | nein ja   |
| a) in den letzten 3 Jahren <b>ambulant</b> durch Ärzte, Heilpraktiker oder Angehörige anderer Heilberufe  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| b) in den letzten 3 Jahren <b>stationär</b> (auch in Kurkliniken oder Sanatorien)   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| c) in den letzten 3 Jahren aufgrund <b>psychischer oder psychosomatischer</b> Erkrankungen/Störungen (auch Therapien/Gesprächstherapien)  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2. a) Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen zurzeit Krankheiten, andauernde oder wiederkehrende Beschwerden, Anomalien, Funktionsbeeinträchtigungen körperlicher/geistiger Art, Körperimplantate/-prothesen (außer Zahn), amtlich anerkannte Behinderungen, die nicht ärztlich und nicht durch Angehörige anderer Heilberufe behandelt worden sind? (ggf. Grad der anerkannten Behinderung angeben) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|   | Grad (in%) _____                                  |   |   |   |
| b) Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt? (ggf. offenes HIV-Testergebnis angeben)  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. Bestehen Fruchtbarkeitsstörungen (männlich/weiblich)?  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Ergänzende Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen	Person	Frage	Genaue Krankheitsbezeichnungen (Diagnosen) Art der Beschwerden, Behandlungen/Therapien, Untersuchungsergebnisse, Arzneimittelname und Dosis	Behandlungszeiträume (bei Arbeitsunfähigkeiten zusätzlich Dauer in Tagen) von – bis (TT.MM.JJ) / Tage	Behandlungsfrei?		Beschwerdefrei?		Operationen?		Ärzte oder Angehörige anderer Heilberufe (auch Krankenanstalten, Sanatorien) Name, Postleitzahl und Ort
					nein	ja, seit (MM.JJJJ)	nein	ja, seit (MM.JJJJ)	nein	ja	
					<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“ (211377) auszufüllen und **beizufügen**. **Gesondertes Beiblatt**  nein  ja

Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich werden.

Derzeitige Krankenversicherungen	VP 1	VP 2	VP 3	VP 4	GKV - gesetzliche KV (Name)	VP 1	VP 2	VP 3	VP 4	PKV - private KV (Name)
<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"/>	_____

**Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist** Ich stimme zu, dass mein beantragter Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Abweichend von den dem Versicherungsvertrag zugrundeliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen wird der erste Beitrag mit Beginn des Versicherungsschutzes fällig.

**Empfangsbekanntnis** Darüber hinaus bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich, vor Abgabe dieses Antrags, die Kundeninformationen nach der Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) und § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sowie die aktuellen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der beantragten Tarife erhalten habe.

**Einwilligung in die Datenverarbeitung** Weiterhin habe ich die auf den Folgeseiten des Antrags abgedruckten Erläuterungen zur

1. Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten durch die Gothaer Krankenversicherung AG
2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten
3. Weitergabe meiner Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Gothaer Krankenversicherung AG sowie Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit der unter 3.1 bis 3.4 genannten Stellen – wie die
  - 3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung
  - 3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
  - 3.3 Datenweitergabe an Rückversicherer
  - 3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
4. Speicherung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

und meine **Widerrufsmöglichkeit** zur Kenntnis genommen und willige durch meine nachstehende Unterschrift in dem dort beschriebenen Umfang in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützten Daten durch die Gothaer Krankenversicherung AG ein.

**Schluss-erklärungen** Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben und Erklärungen, die Sie oder der/die Vermittler/-in für Sie in diesem Antrag gemacht haben auf **Richtigkeit und Vollständigkeit**. **Beachten Sie** hierzu auch die auf den folgenden Seiten beschriebenen „**Erklärungen und wichtigen Hinweise**“ sowie die „**wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht**“. Sie sind **wichtiger Bestandteil des Vertrages**. Ich mache mit meiner Unterschrift die „**Erklärungen und wichtigen Hinweise**“ sowie die „**wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht**“ zum Inhalt dieses Antrags.

**Unterschriften**

Ort, Datum (immer angeben) \_\_\_\_\_ **Zu versichernde Personen ab 16 Jahren** (bei Minderjährigen zusätzlich gesetzlicher Vertreter) \_\_\_\_\_ **Antragsteller/ Hauptversicherter** \_\_\_\_\_

**Vermittlerdaten** Vorname, Name, Telefon-/ Telefaxnummer in Klarschrift/ ggf. Stempel \_\_\_\_\_ **Vermittler** \_\_\_\_\_

# SEPA-Lastschrift-Mandat

Antwort: Gothaer Krankenversicherung AG, 50598 Köln



**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 Krankenversicherung AG Gläubiger ID DE52ZZZ00000070522  
 Arnoldiplatz 1  
 50969 Köln

**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**  
 Titel, Anrede, Name, Vorname

Straße und Hausnummer

Land PLZ Ort

IBAN (Internationale Bankkontonummer)

BIC (Internationale Bankleitzahl des Geldinstituts) Name des Geldinstituts

Im europäischen Währungsraum nicht erforderlich.

**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** Name des Versicherungsnehmers Dieses Feld nicht ausfüllen, falls Sie für sich selbst zahlen.

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

# Einwilligung zur Schweigepflichtentbindung der Gothaer Krankenversicherung

## Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag zu erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (kurz: Gothaer) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die Gothaer Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Die Gothaer benötigt Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen weiterleiten zu dürfen.

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

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

- durch die Gothaer selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Gothaer (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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.

## 1. Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten

### Verarbeitung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Gothaer.

**Ich willige ein**, dass die Gothaer die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten verarbeitet, soweit dieses zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

## 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die Gothaer die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben. Die dazu erforderliche Einverständniserklärung wird im Einzelfall eingeholt.

## 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten

Die Gothaer verpflichtet die unter 3.1 bis 3.4 genannten Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

## 3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

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

## 3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

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

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

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

## 3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Gothaer 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 die Gothaer Ihren Versicherungsantrag 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 die Gothaer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risikoprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Gothaer 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 können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

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

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

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

## 3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

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

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

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen.

Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

**Ich willige ein**, dass die Gothaer meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort verarbeitet und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

## 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die Gothaer Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die Gothaer speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können bzw. selbst notwendige Anfragen an Mitglieder des PKV-Verbandes zu richten. Ihre Daten werden bei der Gothaer bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

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

# Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht

## Vorvertragliche Anzeigepflicht

### Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

[Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldplatz 1, 50969 Köln schriftlich nachzuholen.]

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

#### Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand – weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles – noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

### 1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

### 2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

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

### 3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil.

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

### 4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

### 5. Stellvertretung durch eine andere Person

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

## Erklärungen und wichtige Hinweise

### Verpflichtungen bis zur Annahme des Antrages

**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, vollständig und wahrheitsgemäß anzugeben**, sofern der Versicherer nach Antragstellung bis zur Zusendung des Versicherungsscheins erneut Fragen hiernach stellt.

### Antragsbindefrist

An meinen Antrag bei der Gothaer Krankenversicherung AG, 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.

### Änderung von Anschrift u. Namen

Mir ist bekannt, dass Änderungen von Anschrift oder Namen des Versicherungsnehmers und/oder der versicherten Person/-en dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen sind.

### Besonderheiten in der Gruppen-Krankenversicherung (Auszüge)

#### Versicherungsnehmer

Versicherungsnehmer ist der Vertragspartner des Gruppen-Krankenversicherungsvertrages. Versichert werden Personen (hauptversicherte und mitzuversichernde Personen) soweit sich ihre Berechtigung zum Beitritt aus dem Gruppenversicherungsvertrag ergibt und Versicherbarkeit nach dem jeweiligen Tarif besteht.

#### Beendigung des Gruppen-Krankenversicherungsvertrages und Fortsetzung des einzelnen Versicherungsverhältnisses

Das Versicherungserhältnis im Gruppen-Krankenversicherungsvertrag endet mit Beendigung bzw. Ablauf des Gruppen-Krankenversicherungsvertrages bzw. Ausscheiden aus dem versicherungsfähigen Personenkreis. In diesem Falle hat der Versicherte das Recht auf unmittelbare Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu den Bedingungen eines vergleichbaren Tarifes der Einzelversicherung, sofern er mindestens 3 Monate versichert war. Besondere Vereinbarungen werden Bestandteil der Einzelversicherung. Die Wartezeiten entfallen in der Einzelversicherung. Ein Antrag auf Weiterführung muss innerhalb von 2 Monaten nach Beendigung der Versicherung im Gruppen-Krankenversicherungsvertrag beim Versicherer gestellt werden. Ein Antrag auf Weiterführung nach Ablauf der Frist von 2 Monaten gilt als Neuantrag zur Einzelversicherung. Als Neuantrag gilt auch, wenn der beantragte Versicherungsschutz über den bisherigen hinausgeht. Das ordentliche Kündigungsrecht eines einzelnen Versicherungsverhältnisses (Austrittserklärung) bleibt unberührt (siehe Versicherungsdauer).

### Zustandekommen des Vertrages

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 14 Tagen seine Vertragserklärung widerruft.

### 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. Mündliche Nebenabreden sind ungültig.

## Widerrufsbelehrung

<b>Widerrufsrecht</b>	Sie können Ihre Vertragserklärung <b>innerhalb von 14 Tagen</b> ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) <b>widerrufen</b> . Die <b>Frist beginnt, nachdem</b> Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln.
<b>Widerrufsfolgen</b>	Im Falle eines wirksamen Widerrufs <b>endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen</b> den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden <b>Teil der Prämie</b> , wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/360 der von Ihnen für ein Jahr zu zahlenden Prämie. <b>Die Erstattung zurückzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.</b> Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.
<b>Besondere Hinweise</b>	<b>Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn</b> der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. <b>Das Widerrufsrecht besteht nicht</b> bei Verträgen mit einer <b>Laufzeit von weniger als einem Monat</b> . Soweit eine <b>vorläufige Deckung</b> erteilt wurde, endet diese mit dem Zugang des Widerrufs bei uns.

Ende der Widerrufsbelehrung

## Hinweise zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz

**Hinweise zur Datenverarbeitung und den Ihnen zustehenden Rechten nach Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)**

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

## Informationen zur Antragstellung und Besondere Vereinbarung zu den Zahnergänzungstarifen

- 1. Wann können Sie den Versicherungsschutz abschließen? (Versicherungsfähigkeit)**

Sie können einen der Zahnergänzungstarife nur abschließen, wenn Ihnen bei Antragstellung maximal 3 Zähne fehlen, die noch nicht ersetzt sind.

**Fehlende Zähne**  
Weisheitszähne, Lückenschlüsse bzw. Milchzähne, die aufgrund des natürlichen Zahnwechsels aktuell fehlen, gelten nicht als fehlende Zähne.

**4 fehlende Zähne**  
Bei 4 und mehr fehlenden, noch nicht ersetzten Zähnen, können wir Ihnen leider keinen Versicherungsschutz anbieten.

**Angeratene Maßnahmen**  
**Bitte beachten Sie: Kein Versicherungsschutz** besteht für alle zahnärztlichen und kieferorthopädischen Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung und vor Vertragsabschluss bereits angeraten, geplant oder begonnen worden sind.
- 2. Einschränkung des Leistungsumfanges bei fehlenden Zähnen in den Tarifen MediGroup Z Basis, MediGroup Z Premium, MediGroup Z Duo**

**Kein oder 1 fehlender Zahn – ohne besondere Vereinbarung:**  
Der Abschluss des Versicherungsvertrages erfolgt ohne besondere Vereinbarung. Sie haben Anspruch auf die tariflichen Leistungen, falls sie nach dem Vertragsabschluss erstmals angeraten und durchgeführt werden.

**2 oder 3 fehlende Zähne – Abschluss mit besonderer Vereinbarung:**  
**Es gilt die Besondere Vereinbarung „Fehlende, noch nicht ersetzte Zähne“:**  
Sämtliche Kosten derjenigen zahnärztlichen Maßnahmen, die erforderlich sind, um die bei Antragstellung angegebenen fehlenden Zähne (siehe Ziffer 1) zu ersetzen, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen und werden nicht erstattet.  
Für sonstige zahnärztliche Leistungen haben Sie tariflichen Anspruch, falls sie nach dem Vertragsabschluss **erstmalig** angeraten und durchgeführt werden.
- 3. Tarif MediGroup Z Duo Vorversicherung bei Zahnersatz**

Besteht für die versicherte Person bis zum Beginn der Versicherung in Tarif MediGroup Z Duo eine Vorversicherung – bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen oder – innerhalb der Tarifwelt des Versicherten die einen Erstattungssatz von 80 % oder mehr für privat Zahnärztliche Zahnersatzleistungen vorsieht, gilt die verkürzte Leistungsbegrenzung nach Abschnitt B Ziffer 1.2 der AVB Teil II.

<b>Gesellschaft</b>	<b>Gothaer Krankenversicherung AG</b>	<b>Postanschrift</b>	<b>50598 Köln</b>
Sitz	Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (Hausanschrift)	Rechtsform	Aktiengesellschaft
Aufsichtsrat	Prof. Dr. Werner Görg (Vorsitzender)	Registergericht	Amtsgericht Köln, HRB 35505
Vorstand	Dr. Sylvia Eichelberg (Vorsitzende), Oliver Brüß, Dr. Mathias Bühring-Uhle, Harald Ingo Epple, Michael Kurtenbach, Oliver Schoeller	USt-IdNr.	DE122786611