

Bitte den Vorschlag beifügen.

Alle Beträge sind in Euro.

AN211752

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> AO/MA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Daten des Abschlussvermittlers	Daten des Betreuers	<input type="checkbox"/> Makler/Sonstige	Kennnummer	Abrechnungsgruppe
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>
Versicherungsnummer	FremdaktENZEICHEN (z.B. Bankkundennummer)			Marketingschlüssel

**Antragsteller/ Versicherungsnehmer (VN)**

<input type="text"/>				<input type="checkbox"/> männlich
Titel, Vorname, Name, Firma				<input type="checkbox"/> weiblich
<input type="text"/>				
Straße und Hausnummer				<input type="checkbox"/> allein stehend
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> verheiratet
Staat	Postleitzahl	Ort		<input type="checkbox"/> sonstiges
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> angestellt	<input type="checkbox"/> öffentlicher Dienst
Geburtsdatum	Nationalität		<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> ohne Beschäftigung
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Geburtsname		Geburtsland	Geburtsort	

**Zu versichernde Person (VP)**

<input type="text"/>				<input type="checkbox"/> männlich
Titel, Vorname, Name				<input type="checkbox"/> weiblich
<input type="text"/>				
Straße und Hausnummer				<input type="checkbox"/> allein stehend
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> verheiratet
Staat	Postleitzahl	Ort		<input type="checkbox"/> sonstiges
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Geburtsdatum	Nationalität			
<input type="text"/>		Geburtsland	Geburtsort	

**Angaben nach dem Geldwäschegesetz**

Der Antragsteller hat sich ausgewiesen durch gültigen	<input type="checkbox"/> Personalausweis	<input type="checkbox"/> Reisepass	Gültig bis <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ausstellungsdatum	Ausweisnummer	Ausstellende Behörde	

Diese Angaben können entfallen bei Lastschriftinzugsverfahren vom eigenen Konto des Antragstellers bei einem Geldinstitut mit Sitz in der EU.

**Wirtschaftlich Berechtigter**

Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung sowie die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf meine **eigene Veranlassung**. Ich wurde hierzu von keinem Dritten beauftragt.

Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung sowie die damit verbundenen Transaktionen erfolgen **nicht** auf eigene Veranlassung. Ich wurde hierzu von einem Dritten beauftragt:

<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Titel, Vorname, Name, Straße, Hausnummer				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Staat	Postleitzahl	Ort	Geburtsdatum	

**Juristische Person**

Ist der Antragsteller und/oder der wirtschaftlich Berechtigte eine juristische Person (z. B. AG, GmbH, KG, Stiftung etc.).  ja  nein

Falls ja, ist das Zusatzblatt „Identifizierung einer juristischen Person“ auszufüllen und dem Antrag beizufügen. Das Zusatzblatt finden Sie unter der Druckartikelnummer 114193 im Materialverzeichnis.  liegt bei  wird nachgereicht

**Angabe zur Herkunft des Geldes**

**Ab 100.000 EUR Einmalbetrag. Woraus wird der Beitrag finanziert (Mehrfachnennungen möglich)?**

<input type="checkbox"/> Einkommen/Gewinn	Unbedingt den ausgeübten Beruf im Abschnitt Antragsteller angeben.	<input type="checkbox"/> Erbschaft
<input type="checkbox"/> Schenkung	<input type="checkbox"/> Kapitalvermögen	<input type="checkbox"/> Ablaufleistung aus einem anderen Versicherungsvertrag
		<input type="checkbox"/> andere Herkunft

**Widerrufliches Bezugsrecht für**  Antragsteller / Versicherungsnehmer

den Erlebensfall (der VP)

den Todesfall (der VP)

**Betriebliche Altersversorgung**

**Bitte beachten:** Die Bezugsberechtigung hat bei Rückdeckungsversicherungen grundsätzlich der Antragsteller / Versicherungsnehmer.

<input type="checkbox"/> Unterstützungskasse	<input type="checkbox"/> Pensionsplan	<input type="checkbox"/> Pensionszusage (Leistungszusage) mit Leistungsanpassung (Wortlaut der Versicherung wurde ausgehändigt)
<input type="checkbox"/> Unterstützungskasse aus Entgeltumwandlung	<input type="checkbox"/> Pensionszusage (Leistungszusage)	

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Personalnummer	Eintritt in die Firma

Kapitalversicherung	Versicherungsbeginn (12:00 Uhr)	Eintrittsalter	Dauer der Auflösungsphase	Ablaufalter	konstante Phase	Tarifierläuterungen siehe Antragsfolgeseiten.
	0 1 2 0	_____ Jahre	_____ Jahre	_____ Jahre	_____ Jahre	
	Tarif	Versicherungssumme EUR	Erlebensfallsumme	Todesfallsumme		
	P	_____	_____	_____		
	Tarifaufprägungen der Gothaer Risikoversicherung		<input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> R		
Überschuss-system	Unterstützungskasse	<input type="checkbox"/> Bonus BE	<input type="checkbox"/> Barauszahlung			
	Pensionszusage	<input type="checkbox"/> Bonus BE	<input type="checkbox"/> Borauszahlung			
Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ)	Jährliche BU-Rente (max. 12.000)	Ablaufalter Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung	Berufsgruppe	Jährliches Bruttoeinkommen		
	_____	_____ Jahre	<input type="checkbox"/> BG <input type="checkbox"/> BG 2 (Angestellte) <input type="checkbox"/> BG 3 (gewerbliche Arbeitnehmer)	_____		
Überschuss-system	Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> Beitragsreduktion	<input type="checkbox"/> Sofortbonus*			
	(* Nur bei Einmalbeitragszahlung oder abgekürzter Beitragszahlung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung)					
Angaben zum Beitrag	Zu zahlender Gesamtbeitrag gemäß Zahlweise (inklusive Zusatzversicherungen)  _____					
	<b>Bitte beachten:</b> Durch Rundungen können sich geringe Beitragsdifferenzen zum Versicherungsschein ergeben.					
Zahlweise	<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> 1/2-jährlich <input type="checkbox"/> 1/4-jährlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> einmalig					
Einzugs-ermächtigung (LSV)	Der jeweils fällige Beitrag soll bis auf Widerruf von folgendem Konto abgebucht werden: <input type="checkbox"/> zum 1. eines Monats <input type="checkbox"/> zum 15. eines Monats <input type="checkbox"/> wie bisher					
	Kontonummer		Kontoinhaber (Vorname, Name – falls nicht mit Antragsteller identisch)			
	Bankleitzahl		Geldinstitut (Name und Ort)			
	_____		_____			

**Besondere Vereinbarungen**

**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. Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht, die Schlussklärung sowie die Erläuterungen zur Durchführung genetischer Tests auf der Seite „Erklärungen und wichtige Hinweise“. Bekannte Erkrankungen sind unabhängig von der dort beschriebenen gesetzlichen Regelung anzugeben. 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**

Angaben zum Gesundheitszustand	Frage	Größe in cm		Gewicht in kg	
		_____	_____	nein ▼	ja ▼
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht (z. B. Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeifen)? Wenn ja geben Sie bitte an, was und wie viel Sie täglich geraucht haben.	4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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?	Bei wem? Wo? (auch Krankenanstalten, Sanatorien) Name, Postleitzahl und Ort

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

\_\_\_\_\_

Name und vollständige Anschrift      Fachrichtung      in Behandlung seit

**Immer zu beantworten.**

Fragen zur beruflichen Tätigkeit der versicherten Person

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?

.....

**Nur zu beantworten, wenn eine BU-/EU-Rente oder BU-Beitragsbefreiung beantragt ist.**

Branche ..... Seit wann?  Vollzeit  Teilzeit  Unbefristet  Befristet bis: .....

angestellt  selbstständig  öffentlicher Dienst  ohne Beschäftigung  derzeit in Ausbildung zu: .....

Zu wie viel Prozent sind Sie kaufmännisch oder aufsichtsführend tätig? % [.....]

Berufsgruppe

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

Welche berufliche Ausbildung haben Sie abgeschlossen?

Kaufmännische Ausbildung: .....  Handwerkliche/technische Ausbildung: .....  Studium: .....

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 Bruttoarbeitseinkommen\* 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, Motorradfahren, Fallschirmspringen, Tauchen, Extremsport)?

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): .....

**Besondere Vereinbarungen**

.....

**Schweigepflichtentbindung**

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 durch die Vermittler und deren Mitarbeiter sowie die Unternehmen der Gothaer Versicherungsgruppe schriftlich (auch per Telefax oder E-Mail) und telefonisch Informationen über die Leistungsangebote des Gothaer Konzerns gegeben werden.

(freiwillige Angaben)

Telefonnummer ..... Telefaxnummer ..... E-Mailadresse .....

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

**Empfangsbekanntnis**

Ich bestätige, dass ich die Kundeninformationen sowie die aufgeführten und angekreuzten Versicherungsbedingungen vor Antragstellung erhalten habe.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Kapitalbildende Lebensversicherung ..... Version [.....]

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Gothaer VarioTime-Police

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Kapitalversicherung auf den Todesfall (Risikoversicherung)

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung

Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-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** sowie 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, **wahrheitsgemäß 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 Vertrages 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**

Zur Prüfung meiner vor Vertragsschluss gemachten Angaben über meinen Gesundheitszustand sowie zum Zwecke der Prüfung im Leistungsfall **entbinde ich** von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden soweit ich dort in den letzten 5 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.

**generelle Entbindung**

Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Gothaer Lebensversicherung AG (kurz Gothaer) konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung oder im Leistungsfall 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.

Die Mitarbeiter der Gothaer selbst **entbinde ich** von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an ihn beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Die Gothaer wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und mich darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.

Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

**Entbindung im Einzelfall**

Die vorstehende Erklärung möchte ich **nicht abgeben**. **Ich wünsche**, dass mich die Gothaer informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht durch schriftliche Erklärung entbinde.

Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Antragsbearbeitung führen kann, sollte aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Prüfung meiner risikorelevanten Angaben erschwert bzw. nur teilweise möglich sein.

**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.

**Prädiktiver Gentest**

Gemäß § 18 GenDG darf der Versicherer von Versicherten weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrags die Vornahme genetischer Untersuchungen oder Analysen verlangen.

Die Mitteilug von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen darf der Versicherer nur dann verlangen, entgegennehmen oder verwenden, wenn für eine Lebensversicherung, eine Berufsunfähigkeitsversicherung, eine Erwerbsunfähigkeitsversicherung oder eine Pflegerentenversicherung eine Leistung von mehr als 300.000 EUR oder mehr als 30.000 EUR Jahresrente vereinbart wird. Vorerkrankungen und Erkrankungen sind aber unabhängig davon anzuzeigen.

**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, Telefax, E-Mail) **widerrufen**. Die **Frist beginnt, nachdem** Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) 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 Lebensversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln.

**Widerrufsfolgen**

Im Falle eines wirksamen Widerrufs **endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen** den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden **Teil der Beiträge**, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag um einen Betrag in Höhe von 1/360 des von Ihnen für ein Jahr zu zahlenden Beitrags. Den Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes zahlen wir Ihnen aus. **Die Erstattung zurückzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs**. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

**Besondere Hinweise**

**Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn** der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Soweit eine **vorläufige Deckung** erteilt wurde, endet diese mit dem Zugang des Widerrufs bei uns.

<b>Gesellschaft</b>	<b>Gothaer Lebensversicherung AG</b>	<b>Postanschrift</b>	<b>50598 Köln</b>
Sitz	Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (Hausanschrift)	Rechtsform	Aktiengesellschaft
Aufsichtsrat	Dr. Ronald Crone (Vorsitzender)	Registergericht	Amtsgericht Köln, HRB 56769
Vorstand	Dr. Helmut Hofmeier (Vorsitzender) Dr. Werner Görg, Michael Kurtenbach, Jürgen Meisch, Dr. Hartmut Nickel-Waninger, Oliver Schoeller	USt-IdNr.	DE207591682
<b>Kontoverbindung</b>	Landesbank Berlin AG, Berlin (BLZ 10050000), Konto-Nr. 6632040657	SWIFT: BIC / IBAN	BELADEBE / DE65100500006632040657

# Tariferläuterungen und Leistungsbeschreibungen

Hauptversicherung	Tarif	Tarifbeschreibung (Verwendete Tarifkürzel: <b>M</b> = männlich / <b>W</b> = weiblich)	Leistungsbeschreibung
Kapitalversicherung	<b>P1M/W</b>	Kapitalversicherung auf den Todes- und Erlebensfall.	Konstante Versicherungssumme mit Fälligkeit bei Tod des Versicherten, spätestens bei Ablauf der Versicherung.
	<b>P1EM/W</b>	Kapitalversicherung auf den Todes- und Erlebensfall gegen Einmalbeitrag.	Konstante Versicherungssumme mit Fälligkeit bei Tod des Versicherten, spätestens bei Ablauf der Versicherung.
Kapitalversicherung mit Auflösungsoption	<b>P1AM/W</b>	Kapitalversicherung auf den Todes- und Erlebensfall mit dem Recht auf Auflösung in den letzten 5 Versicherungsjahren.	Konstante Versicherungssumme bis 5 Jahre vor Ablauf, danach jährlich steigende Versicherungssumme. Fälligkeit bei Tod oder Auflösung, spätestens bei planmäßigem Ablauf. <b>Auflösungsoption</b> Während der letzten 5 Versicherungsjahre können Sie jeweils zum Jahrestag die Auszahlung der Versicherungssumme verlangen. Wird sie nicht verlangt, so steigt die Versicherungssumme jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres auf den im Versicherungsschein genannten Betrag.
Gothaer VarioTime-Police	<b>P4M/W</b>	Kapitalversicherung auf den Todes- und Erlebensfall mit variabler Todesfallsumme; wahlweise mit abgekürzter Beitragszahlungsdauer.	Konstante Erlebensfallsumme mit Fälligkeit bei Ablauf der Versicherung und variabler Todesfallsumme mit Fälligkeit bei Tod des Versicherten.
	<b>P4AM/W</b>	Kapitalversicherung auf den Todes- und Erlebensfall mit variabler Todesfallsumme, Recht auf Auflösung; wahlweise mit abgekürzter Beitragszahlungsdauer.	Konstante Erlebensfallsumme und variable Todesfallsumme bis zu Beginn der Auflösungsphase, danach jährlich steigende Todes- und Erlebensfallsumme mit Fälligkeit bei Tod oder Auflösung, spätestens bei planmäßigem Ablauf. <b>Auflösungsphase</b> Zum Ende der Optionsphase und während der Auflösungsphase können Sie jeweils zum Schluss des Versicherungsjahres die Auszahlung der für dieses Jahr vereinbarten Erlebensfallsumme verlangen. Wird sie nicht verlangt, so steigt die Erlebensfallsumme jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres auf den im Versicherungsschein genannten Betrag. <b>Erhöhungsoption</b> Innerhalb der Optionsphase können Sie bis zum Alter 67 der versicherten Person, bei Eintritt der in den Bedingungen genannten Ereignisse, die Todesfallsumme bis auf die vereinbarte Erlebensfallsumme ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen.
Risikoversicherung	<b>P8M/W</b>	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 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.
<b>Zusatzversicherungen</b>			
Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung	<b>BU2012BFM/W</b>	Die Gothaer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für <b>Beitragsbefreiung</b> . Sie kann längstens bis zum Alter 67 des Versicherten und nicht länger als bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer der Hauptversicherung eingeschlossen werden.	Beitragsbefreiung der Hauptversicherung und der eingeschlossenen Zusatzversicherungen während der Dauer der bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung.
	<b>BU2012BRM/W</b>	Die Gothaer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für eine <b>Rente</b> . Die Versicherung der Rente kann max. 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.	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 Berufsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung. Die Rente wird gemäß vereinbarter Zahlweise im Voraus, erstmalig anteilig bis zum Ende der laufenden Rentenzahlungsperiode gezahlt.
	<b>BU2012BREM/W</b>	Die Gothaer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für eine <b>Rente gegen Einmalbeitrag</b> . Die Versicherung der Rente kann max. 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.	Zahlung der vereinbarten Rente (höchstens 48 % der Versicherungssumme der Hauptversicherung) während der Dauer einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung. Die Rente wird gemäß vereinbarter Zahlweise im Voraus, erstmalig anteilig bis zum Ende der laufenden Rentenzahlungsperiode gezahlt.
Tarife mit besonderen Zugangsvoraussetzungen	<b>P1M/W, P1AM/W, P1EM/W, P4M/W, P4AM/W (K, G, Q, R), P8M/W (K, G)</b>	im Rahmen von Kollektivverträgen (Kennzeichen K, G, Q, R)	Kapitalversicherungen mit niedrigerem Beitragsniveau. Ansonsten gelten die Tariferläuterungen, die Leistungsbeschreibungen, die Überschussverwendungsarten sowie die Zulässigkeit dynamischer Erhöhungen der Grundtarife.  Es gelten die Versicherungsbedingungen für die Grundtarife nach Maßgabe der Vereinbarungen im Kollektivvertrag.
Produktgruppe Überschuss-system	<b>Tarif</b>	<b>Produktgruppe</b>	<b>Überschuss-system</b>
	<b>P1, P1A, P1E, P4, P4A, P8</b>	<b>Unterstützungskasse</b>	Bonus BE Barauszahlung
	<b>P1, P1A, P1E, P4, P4A, P8</b>	<b>Pensionszusage</b>	Bonus BE Barauszahlung
	<b>Tarif</b>	<b>Überschuss-system</b>	<b>Beschreibung zum Überschuss-system</b>
		<b>Bonus BE</b>	Die Überschüsse werden vor allem zur Erhöhung der Versicherungsleistung im Erlebensfall nach dem Bonussystem BE verwendet.
		<b>Barauszahlung</b>	Jeder Jahresanteil wird mit dem fälligen Jahresbeitrag verrechnet, bzw. bei jährlicher Beitragszahlung mit dem Folgebeitrag verrechnet.
	<b>P8M/W</b>	<b>Todesfallbonus</b>	Ab Versicherungsbeginn erfolgt eine Erhöhung der Todesfalleistung in Prozent der Versicherungssumme. Der Erhöhungssatz ist jeweils für ein Versicherungsjahr gültig.
		<b>Beitragsreduktion</b>	Ab Versicherungsbeginn erfolgt eine Reduktion des jährlichen Beitrags. Der Reduktions-satz ist jeweils für ein Versicherungsjahr gültig.
Überschuss-system Zusatz-versicherungen	<b>BU2012BF BU2012BR</b>		

Überschuss- system	Tarif	Überschussystem	Beschreibung zum Überschussystem
		<b>Leistungsfreie Zeit</b> <b>Beitragsreduktion</b>	Die Überschüsse werden dazu verwendet, die Beiträge (ohne Zuschläge) für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zu reduzieren. Der Reduktionssatz ist jeweils für ein Versicherungsjahr gültig.
		<b>Sofortbonus</b>	Die Überschüsse werden zur Erhöhung der versicherten Rente aus dieser Zusatzversicherung verwendet. Diese werden von Versicherungsbeginn an jeweils für ein Versicherungsjahr gewährt und erhöhen die Versicherungsleistung im Falle der Berufsunfähigkeit.
		<b>Leistungspflichtige Zeit</b>	Bei Versicherung von <b>Beitragsfreiheit</b> wird eine jährlich steigende Gewinnrente gezahlt. Der Zuwachs bemisst sich in Prozent des Gesamtbeitrages zuzüglich der Gewinnrente des Vorjahres. Die Gewinnrente wird verzinslich angesammelt und bei Beendigung der Zusatzversicherung ausgezahlt. Bei Versicherung einer <b>Berufsunfähigkeitsrente</b> wird eine jährlich steigende Gewinnrente gezahlt. Der Zuwachs bemisst sich in Prozent der Berufsunfähigkeitsrente inklusive etwaigem Sofortbonus zuzüglich der Gewinnrente des Vorjahres.