

Antrag

Die Gothaer Kapitalversicherung Die Gothaer Risikoversicherung

Stand: 01.2012

Bitte den Vorschlag beifügen.

Alle Beträge sind in Euro.

AN215275

Daten des Abschlussvermittlers	Daten des Betreuers	Makler/Sonstige	Kennnummer	Abrechnungsgruppe
Versicherungsnummer		FremdaktENZEICHEN (z.B. Bankkundennummer)		Marketingschlüssel

Antragsteller/ Versicherungsnehmer (VN)

Titel, Vorname, Name (sofern abweichend von VP), Firma männlich weiblich

Straße und Hausnummer allein stehend verheiratet sonstiges

Staat Postleitzahl Ort

Geburtsdatum Nationalität angestellt öffentlicher Dienst selbstständig ohne Beschäftigung derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche Berufsgruppe

Geburtsname Geburtsland Geburtsort

Zu versichernde Person (VP)

Titel, Vorname, Name männlich weiblich

Straße und Hausnummer allein stehend verheiratet sonstiges

Staat Postleitzahl Ort

Geburtsdatum Nationalität

Geburtsname Geburtsland Geburtsort

Angaben nach dem Geldwäschegesetz

Der Antragsteller hat sich ausgewiesen durch gültigen Personalausweis Reisepass Gültig bis

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:

Titel, Vorname, Name, Straße, Hausnummer männlich weiblich

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 mit dem hierin genannten Unterlagen dem Antrag beizufügen. Das Zusatzblatt finden Sie unter der Druckartikelnummer 114193 im Materialverzeichnis.

Auskunft zur Herkunft des Geldes

Ab 100.000 EUR Einmalbeitrag: Woraus wird der Beitrag finanziert (Mehrfachnennungen möglich)?

Einkommen/Gewinn – Unbedingt den ausgeübten Beruf im Abschnitt Antragsteller angeben. Erbschaft
 Schenkung Kapitalvermögen Ablaufleistung aus einem anderen Versicherungsvertrag andere Herkunft

Widerrufliches Bezugsrecht für

Antragsteller / Versicherungsnehmer

den Erlebensfall (der VP)

den Todesfall (der VP)

Betriebliche Altersversorgung

Bitte beachten: Die Bezugsberechtigung hat bei Unterstützungskasse und Pensionszusage grundsätzlich der Versicherungsnehmer.

Unterstützungskasse aus Entgeltumwandlung ja nein
 Pensionsplan aus Entgeltumwandlung ja nein
 Pensionszusage (Leistungszusage) mit Leistungsanpassung (Wortlaut der Vereinbarung wurde ausgehändigt) ja nein

Personalnummer Eintritt in die Firma

Unverfallbarkeit

gesetzlich vertraglich ab Beginn

Kapitalversicherung	Versicherungsbeginn (12:00 Uhr)	Eintrittsalter	Dauer der Auflösungsphase	Ablaufalter	konstante Phase	Tarifierläuterungen siehe Antrags- folgeseiten.
	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			
Berufsunfähig- keits-Zusatz- versicherung (BUZ)	Jährliche BU-Rente	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) _____					
	Bitte beachten: 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
Vereinbarung

Hinweis zur vorvertrag- lichen Anzeige- pflicht

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 Schlusserklärung 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 Gesundheits- zustand	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?	<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?	<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.	<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 Bruttoarbeitsentgelt* während der letzten 3 Jahre?

Jahr 20 [.....]: [.....] EUR Jahr 20 [.....]: [.....] EUR Jahr 20 [.....]: [.....] EUR

*Bei Selbstständigen: Gewinn bzw. Jahresüberschuss (vor Steuern)

Angaben zu bestehenden und früheren VersicherungenBestehen 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) Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Ort, Datum _____

Unterschrift des Antragstellers zum Empfangsbekanntnis _____

Schluss-erklärungen und UnterschriftenDie 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 Vertrages**. 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 konzerntmäßig 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
 • **generelle Entbindung**

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.

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.

Vorläufiger Versicherungsschutz

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

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 Mitteilung 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.

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 zurückzuzahlender 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.

Gesellschaft	Gothaer Lebensversicherung AG	Postanschrift	50598 Köln
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
Kontoverbindung	Landesbank Berlin AG, Berlin (BLZ 10050000), Konto-Nr. 6632040657	SWIFT: BIC / IBAN	BELADEBE / DE65100500006632040657

Tariferläuterungen und Leistungsbeschreibungen

Hauptversicherung	Tarif	Tarifbeschreibung (Verwendete Tarifkürzel: M = männlich / W = weiblich)	Leistungsbeschreibung
Kapitalversicherung	P1M/W	Kapitalversicherung auf den Todes- und Erlebensfall.	Konstante Versicherungssumme mit Fälligkeit bei Tod des Versicherten, spätestens bei Ablauf der Versicherung.
	P1EM/W	Kapitalversicherung auf den Todes- und Erlebensfall gegen Einmalbeitrag.	Konstante Versicherungssumme mit Fälligkeit bei Tod des Versicherten, spätestens bei Ablauf der Versicherung.
Kapitalversicherung mit Auflösungsoption	P1AM/W	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. Auflösungsoption 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	P4M/W	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.
	P4AM/W	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. Auflösungsphase 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. Erhöhungsoption 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	P8M/W	Kapitalversicherung auf den Todesfall mit Umtauschoption	Konstante Versicherungssumme mit Fälligkeit bei Tod des Versicherten vor Ablauf der Versicherung.
- Umtauschoption		Bis zum Ende des 10. Versicherungsjahres können Sie gemäß Punkt 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Kapitalversicherung auf den Todesfall (Risikoversicherung) Ihre Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine Kapitalversicherung auf den Todes- und Erlebensfall umtauschen, sofern der/die Versicherte(n) zum Umtauschzeitpunkt das	67. Lebensjahr noch nicht vollendet hat (haben). Der gesamte Versicherungsschutz zum Umtauschzeitpunkt – inklusive Todesfallbonus – darf sich bei diesem Umtausch nicht erhöhen. Den Umtausch müssen Sie spätestens 3 Monate vor Ablauf der Risikoversicherung beantragen.
Zusatzversicherungen			
Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung	BU2012BFM/W	Die Gothaer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für Beitragsbefreiung . Sie kann längstens bis zum Alter 67 des Versicherten und nicht länger als bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer der Hauptversicherung eingeschlossen werden.	Beitragsbefreiung der Hauptversicherung und der eingeschlossenen Zusatzversicherungen während der Dauer der bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung.
	BU2012BRM/W	Die Gothaer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für eine Rente . 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.
	BU2012BREM/W	Die Gothaer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für eine Rente gegen Einmalbeitrag . 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	P1M/W, P1AM/W, P1EM/W, P4M/W, P4AM/W (K, G, Q, R), P8M/W (K, G)	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.
Produktgruppe Überschuss-system	Tarif	Produktgruppe	Überschussystem
	P1, P1A, P1E, P4, P4A, P8	Unterstützungskasse	Bonus BE Barauszahlung
	P1, P1A, P1E, P4, P4A, P8	Pensionszusage	Bonus BE Barauszahlung
	Tarif	Überschussystem	Beschreibung zum Überschussystem
		Bonus BE	Die Überschüsse werden vor allem zur Erhöhung der Versicherungsleistung im Erlebensfall nach dem Bonussystem BE verwendet.
		Barauszahlung	Jeder Jahresanteil wird mit dem fälligen Jahresbeitrag verrechnet, bzw. bei jährlicher Beitragszahlung mit dem Folgebeitrag verrechnet.
	P8M/W	Todesfallbonus	Ab Versicherungsbeginn erfolgt eine Erhöhung der Todesfallleistung in Prozent der Versicherungssumme. Der Erhöhungssatz ist jeweils für ein Versicherungsjahr gültig.
		Beitragsreduktion	Ab Versicherungsbeginn erfolgt eine Reduktion des jährlichen Beitrags. Der Reduktions-satz ist jeweils für ein Versicherungsjahr gültig.
Überschuss-system Zusatz-versicherungen	BU2012BF BU2012BR		

Überschuss- system	Tarif	Überschussystem	Beschreibung zum Überschussystem
		Leistungsfreie Zeit Beitragsreduktion	Die Überschüsse werden dazu verwendet, die Beiträge (ohne Zuschläge) für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zu reduzieren. Der Reduktionssatz ist jeweils für ein Versicherungsjahr gültig.
		Sofortbonus	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.
		Leistungspflichtige Zeit	Bei Versicherung von Beitragsfreiheit 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 Berufsunfähigkeitsrente wird eine jährlich steigende Gewinnrente gezahlt. Der Zuwachs bemisst sich in Prozent der Berufsunfähigkeitsrente inklusive etwaigem Sofortbonus zuzüglich der Gewinnrente des Vorjahres.
Allgemeine Versicherungs- bedingungen	Tarife mit besonderen Zugangsvoraussetzungen (K, G, Q, R)		Es gelten die Versicherungsbedingungen für die Grundtarife nach Maßgabe der Vereinbarungen im Kollektivvertrag.