

## Antrag

### Gothaer Perikon Junior

- **Fondsgebundene Risikoabsicherung**

Stand: 11.2010

Unser Vertriebspartner



Bitte den Vorschlag beifügen.

Alle Beträge sind in Euro.

AN215325

AO/MA  
 Makler/Sonstige

Daten des Abschlussvermittlers: \_\_\_\_\_  
 Daten des Betreuers: \_\_\_\_\_  
 Kennnummer: \_\_\_\_\_  
 Abrechnungsgruppe: \_\_\_\_\_  
 Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_  
 Fremdaktenzeichen (z. B. Bankkundennummer): \_\_\_\_\_  
 Marketingschlüssel: \_\_\_\_\_

**Antragsteller/  
Versicherungs-  
nehmer  
(VN)**

männlich  
 weiblich

allein stehend  
 verheiratet  
 sonstiges

angestellt  
 öffentlichlicher Dienst  
 selbstständig  
 ohne Beschäftigung

derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche: \_\_\_\_\_  
 Berufsgruppe: \_\_\_\_\_

Titel, Vorname, Name: \_\_\_\_\_  
 Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_  
 Staat: \_\_\_\_\_ Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_  
 Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsland: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

**Zu  
versichernde  
Person  
(VP)**

männlich  
 weiblich

allein stehend  
 verheiratet  
 sonstiges

Titel, Vorname, Name: \_\_\_\_\_  
 Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_  
 Staat: \_\_\_\_\_ Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_  
 Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsland: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

**Angaben  
nach dem  
Geldwäsche-  
gesetz**

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:

männlich  weiblich

Titel, Vorname, Name, Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_  
 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 zusammen mit **den hierin genannten Unterlagen** dem Antrag beizufügen. Das Zusatzblatt finden Sie unter der Druckartikelnummer 114193 im Materialverzeichnis.

**Widerrufliches  
Bezugsrecht  
für den Todesfall  
oder schwerer  
Krankheiten**

Antragsteller/Versicherungsnehmer  der dann in gültiger Ehe lebende **Ehepartner** (Bitte **nicht zusätzlich** namentlich benennen.)  
 folgende Person Vorname, Name: \_\_\_\_\_  männlich  weiblich Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Fonds-  
gebundene  
Risiko-  
versicherung**

**Tarif** **F C 0 8 -** **Eintrittsalter** (max. 14 Jahre) \_\_\_\_\_ Jahre **Ablaufalter oder Versicherungsdauer** \_\_\_\_\_ Jahre \_\_\_\_\_ Jahre **Beitragszahlungsdauer** \_\_\_\_\_ Jahre  
**Versicherungsbeginn** (12:00 Uhr) **0 1 2 0** **Mindesttodesfallsumme /Versicherungssumme** EUR \_\_\_\_\_  
**Tarifierläuterungen** siehe Antragsfolgeseite

**Dynamische Beitrags- und Leistungserhöhung**

**Dauer der dynamischen Erhöhung**  
 Anpassung  jährlich  alle 2 Jahre  alle 3 Jahre  unbefristet  \_\_\_\_\_ Jahre (mind. 6 Jahre)  
 um  3 %  4 %  5 % bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer längstens bis Alter 67

**Fondsanlage** **Bitte beachten:** Der Anteil des einzelnen Fonds muss mind. 10 % und mind. 10 EUR betragen  
 Weitere Informationen zur Fondsanlage entnehmen Sie bitte dem anhängenden „Informationsblatt zur Fondsanlage“.

<input type="checkbox"/> Fidelity European Growth A (43) _____ %	<input type="checkbox"/> LINGOHR-SYSTEMATIC-LBB-INVEST (49) _____ %	<input type="checkbox"/> Templeton Growth Euro Fund (75) _____ %
<input type="checkbox"/> U.S. Pioneer Fund C (100) _____ %	<input type="checkbox"/> BlackRock Global Funds - World Mining A2 (114) _____ %	<input type="checkbox"/> M&G GLOBAL BASICS (120) _____ %
<input type="checkbox"/> Pioneer Funds - Global Ecology (133) _____ %	<input type="checkbox"/> ASI Funds - Multi Asset Dynamic Fund Acc (180) _____ %	<input type="checkbox"/> Gothaer Comfort Dynamik (185) _____ %
<input type="checkbox"/> Carmignac Investissement (214) _____ %	<input type="checkbox"/> Pioneer Inv German Equity Inc (225) _____ %	

**Zahlweise**  jährlich  1/2-jährlich  1/4-jährlich  monatlich **Zu zahlender Gesamtbeitrag** gemäß Zahlweise (geringe Rundungsdifferenzen sind möglich) \_\_\_\_\_

**Einzugs-ermächtigung (LSV)** Der jeweils fällige Beitrag soll zum 1. eines Monats bis auf Widerruf von folgendem Konto abgebucht werden:  wie bisher

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

Bankleitzahl \_\_\_\_\_ Geldinstitut (Name und Ort) \_\_\_\_\_

**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 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** Größe in cm \_\_\_\_\_ Gewicht in kg \_\_\_\_\_

**Angaben zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person** **Die Fragen 2 bis 10 sind immer zu beantworten.**

	nein	ja
	▼	▼
2. Erfolgte die Geburt der zu versichernden Person vor der 37. Schwangerschaftswoche (SSW) oder sind bei den Vorsorgeuntersuchungen Auffälligkeiten festgestellt worden? Wenn ja, bitte Kopie des Vorsorgeuntersuchungshefts beifügen.	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wurden in den <b>letzten 12 Monaten</b> von Ärzten oder Heilpraktikern Arzneimittel verordnet? Welche und wogegen?	3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ist eine ambulante oder stationäre Behandlung in den <b>nächsten 12 Monaten</b> beabsichtigt oder von einem Arzt oder Therapeuten empfohlen?	4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den <b>letzten 10 Jahren</b> Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen der folgenden Organsysteme bzw. der folgenden Art? Wenn Sie eine oder mehrere der nachfolgenden Fragen mit „ja“ beantworten, füllen Sie bitte den dazugehörigen Zusatzfragebogen (FB) aus. Die folgenden <b>Aufzählungen</b> zeigen Ihnen dazu nur <b>Beispiele</b>	5.	
<b>a) Herz und Kreislauforgane (FB 8a)</b> z.B. angeborene Herzfehler, Herzklappenfehler, Herzmuskelschaden, Rhythmusstörungen, Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen	a) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b) Atmungsorgane (FB 8b)</b> z.B. Asthma, Chronische Bronchitis, Mukoviszidose, Apnoe-Anfälle	b) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c) Verdauungsorgane, Leber, Milz, Bauchspeicheldrüse (FB 8c)</b> z.B. Speiseröhrenerkrankung, Gastritis, Darmentzündung, erhöhte Leberwerte, Leberentzündung, Fettleber, Leberzirrhose, Gallenerkrankungen, Milzvergrößerung, Bauchspeicheldrüsenentzündung oder -funktionsstörung	c) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d) Harn- und Geschlechtsorgane (FB 8d)</b> z.B. angeborene Nierenkrankheiten, Nierenentzündungen, Zystennieren, Nierensteine, Blut im Urin, Eiweiß im Urin, Refluxkrankheit der Harnblase, Erkrankungen der Geschlechtsorgane	d) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>e) peripheres Nervensystem und Gehirn (FB 8e)</b> z.B. Tumore des Nervensystems, Fehlbildung, Entwicklungsstörung, Lähmung, angeborene Nervenkrankheit, Anfallsleiden, Hirn- oder Hirnhautentzündung	e) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>f) Psyche (FB 8f)</b> z.B. ADHS, Angststörung, Essstörung, Belastungsreaktionen, psychosomatische Störung, Suchterkrankung, Suizidversuch	f) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>g) Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten (FB 8g)</b> z.B. Tuberkulose, Zeckenbisskrankungen, Poliomyelitis, Toxoplasmose, Hepatitis, Malaria, chronische Infektionen	g) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>h) Tumore und Blutkrankheiten (FB 8h)</b> z.B. Krebserkrankungen, Leukämien, Lymphknotenschwellungen, Blutbildungsstörungen, Blutarmut (Anämie), Gerinnungsstörungen, Bluterkrankheit	h) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>i) Stoffwechsel (FB 8i)</b> z.B. angeborene Stoffwechselerkrankungen (Leber, Muskel, Niere), Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörungen, Schilddrüsenerkrankungen, Erkrankungen der inneren Drüsen wie Nebennieren, Hirnanhangdrüse, Übergewicht	i) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>j) Bewegungsapparat (FB 8j)</b> z.B. angeborene Knochenkrankungen, Muskelerkrankungen, Rheuma, Gelenkschwellung, angeborene Spaltbildung der Wirbelsäule (Spina bifida)	j) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>k) Augen (FB 17a)</b> z.B. Hornhauterkrankung, Netzhauterkrankung, grüner oder grauer Star	k) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>l) Ohren (FB 17b)</b> z.B. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Ohrgeräusche, Gleichgewichtsstörungen	l) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>m) Haut oder Allergien (FB 17c)</b> z.B. Ekzem, Allergie, Heuschnupfen, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hautveränderungen, Weizenallergie (Zoliakie)	m) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den <b>letzten 10 Jahren</b> durch Ärzte, Heilpraktiker oder Psychotherapeuten behandelte Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen der folgenden Organsysteme bzw. der folgenden Art: Schwindel, Ohnmacht (Synkope) (FB 8a), Kopfschmerzen, Migräne (FB 8e), psychische Belastungsreaktion (FB 8f), Muttermale (FB 8h), Erkrankungen von Bändern, Sehnen oder Muskeln (FB 8j), Sehstörung (FB 17a), Ohrgeräusch, Gleichgewichtsstörung (FB 17b) oder Hautausschlag (FB 17c)?	6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wurden in den <b>letzten 10 Jahren</b> ambulante Operationen durchgeführt?	7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. War die zu versichernde Person in den <b>letzten 10 Jahren</b> in stationärer Behandlung (Krankenhaus, Operation, Rehabilitation, Kur etc.)?	8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Haben Ihres Wissens nach die leiblichen Eltern oder Geschwister vor dem Alter 65 an Herzerkrankungen, Herzinfarkt, Schlaganfall, Nierenerkrankungen, Tumorerkrankungen, Zuckerkrankheit, Multipler Sklerose, Alzheimer oder Parkinson'scher Krankheit, Muskeldystrophie, familiärer adenomatöser Polyposis, familiärer Cholesterinerhöhung oder anderen Erbkrankheiten gelitten?	9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wurden in den <b>letzten 10 Jahren</b> Erkrankungszeichen beobachtet wie z.B. Urinbefunde (Eiweiß, Blut), Brustschmerzen bei Belastung, Sehstörungen wie Schleiersehen oder Doppelsehen, Empfindungsstörungen oder Sensibilitätsstörungen, Gehstörungen, Nervenausfälle, Blutarmut, Muskelschwund?	10. <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 Anschrift \_\_\_\_\_ Fachrichtung \_\_\_\_\_ in Behandlung seit \_\_\_\_\_

**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 **privat** besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. beim Bergsport, Kampfsport, Rennsport, Motorradfahren, Flugsport, 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**

**Schweigepflicht-entbindung**  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 schriftlich (auch per E-Mail oder Telefax) und telefonisch Informationen über die Leistungsangebote der Gothaer Lebensversicherung AG und von den mit ihr konzernmäßig verbundenen Unternehmen gegeben werden.

Einverständnis:

nein  ja

(freiwillige Angaben)

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Telefaxnummer \_\_\_\_\_

E-Mailadresse \_\_\_\_\_

**Empfangsbekanntnis**

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen für Gothaer Perikon – Fondsgebundene Risikoabsicherung

Version: \_\_\_\_\_

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung

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**, 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/bei Minderjährigen zwischen 14 und 18 Jahren zusätzlich: die zu versichernde Person)

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller) \_\_\_\_\_

Antragsteller/Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_

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

Vermittler (ggf. mit Stempel) \_\_\_\_\_

**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**

**Mir ist bekannt**, dass die Gothaer Lebensversicherung AG (kurz Gothaer) zur Prüfung meines Antrags bzw. zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht grundsätzlich die Angaben überprüft, die ich bei Antragsstellung bzw. zur Begründung meiner Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Bescheinigungen, Atteste etc.) sowie von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben.

**generelle Entbindung**

**Ich ermächtige** die Gothaer – mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufbar – zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben, alle Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, über meine Gesundheitsverhältnisse bei Vertragsabschluss zu befragen. Diese Erklärung gilt zur Prüfung von Leistungsansprüchen **über meinen Tod hinaus**.  
**Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für** Behörden (mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern) und für die Angehörigen von anderen Unfall-, Kranken- und Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen.

**Entbindung im Einzelfall**

**Eine entsprechende Schweigepflichtentbindung gebe ich nicht ab. Stattdessen werde ich**, sofern vom Versicherer konkret verlangt, nach freiem Ermessen **im Einzelfall schriftlich erklären**, ob oder inwieweit ich die entsprechenden Personen oder Behörden von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Antragsannahme, bei der Leistungsregulierung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, sollte sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen. **Für jede entsprechende Schweigepflichtentbindung im Einzelfall** ist die Gothaer berechtigt, eine **Kostenbeteiligung von 15 EUR** zu verlangen.

**Vorläufiger Versicherungsschutz**

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

**Prädiktiver Gentest – freiwillige Selbstverpflichtung**

Wir haben uns im Rahmen einer freiwilligen Selbstverpflichtung verpflichtet, den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig zu machen. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gentests müssen bei allen Arten von Lebensversicherungen erst ab einer Versicherungssumme von 250.000 EUR bzw. Jahresrente von 30.000 EUR offen gelegt werden. Unter einem „prädiktiven Gentest“ verstehen wir dabei die Untersuchung des Erbmaterials eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit. Sämtliche beantragten und bestehenden Versicherungen bei privaten Versicherungsunternehmen werden bei den genannten Summengrenzen berücksichtigt. (Die vollständige Selbstverpflichtungserklärung ist als Anlage beigefügt.)

**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

	<b>Tarif</b> <b>Tarifbeschreibung</b> (Verwendete Tarifkürzel: <b>M</b> = männlich / <b>W</b> = weiblich)	<b>Leistungsbeschreibung</b>
<b>Fondsgebundene Risiko-versicherung</b>	<b>FC08-1</b> Fondsgebundene Todesfallversicherung.	Bei Tod der versicherten Person während der vereinbarten Versicherungsdauer endet Ihr Vertrag und wir zahlen 101 % des Fondsvermögens, mindestens jedoch die Mindesttodesfallsumme.
	<b>FC08-2</b> Fondsgebundene Todesfallversicherung mit vorgezogener Leistung bei Eintritt einer schweren Krankheit.	Bei Tod der versicherten Person oder dem Eintritt einer der definierten schweren Krankheiten während der vereinbarten Versicherungsdauer endet Ihr Vertrag und wir zahlen 101 % des Fondsvermögens, mindestens aber die vereinbarte Versicherungssumme. Die Mindesttodesfallsumme entspricht der vereinbarten Versicherungssumme.
	<b>FC08-3</b> Fondsgebundene Schwere Krankheiten Versicherung mit Mindesttodesfallschutz von 5.000 EUR.	Bei Tod der versicherten Person oder dem Eintritt einer der definierten schweren Krankheiten während der vereinbarten Versicherungsdauer endet Ihr Vertrag. Im Todesfall erstatten wir 101 % des Fondsvermögens, mindestens aber 5.000 EUR. Bei Eintritt einer der definierten schweren Krankheiten zahlen wir 101 % des Fondsvermögens, mindestens aber die vereinbarte Versicherungssumme. Versicherte schwere Krankheiten bei dem Tarif FC08-2 und FC08-3 sind die nachstehend aufgeführten 46 definierten schweren Krankheitsereignisse im Sinne der Versicherungsbedingungen: Herzinfarkt, Erkrankung des Herzmuskels, Schlaganfall, Chronisches Nierenversagen, Krebs, Gutartiger Gehirntumor, Multiple Sklerose, Lähmung, Kinderlähmung, Parkinson'sche Krankheit, Schwere Motoneuronerkrankung, Blindheit, Gehörlosigkeit, Verlust der Sprache, Verlust von Gliedmaßen, Schwere Verbrennungen, Schwere Kopfverletzung, Koma, Bakterielle Hirnhautentzündung, Hirngewebeentzündung, HIV-Infektion erworben durch Bluttransfusion, HIV-Infektion erworben während der beruflichen Tätigkeit, übrige Erkrankungen des Zentralen Nervensystems (z. B. Morbus Alzheimer, Frontotemporale Demenz (Morbus Pick), Levy-Körperchen-Demenz, Vasculäre Demenz (Morbus Binswanger), Friedreich Ataxie, Ataxie teleangiectatica, Multiple Systematrophie, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Corticobasale Degeneration, Neurosarkoidose, Zerebrales Krampfanfallsleiden (Epilepsie), Lupus erythematoses mit Beteiligung des Gehirns, Chronische Hirndruckerhöhung (Hydrocephalus), Hirnvenenthrombose, Neuro-Lues, Neuroborreliose, Thrombangiitis obliterans des Gehirns, Kollagenosen mit Beteiligung des Gehirns), Tödliche Krankheit*, Bypass-Operation, Operation der Aorta, Operation der Herzklappen, Organtransplantation. *Die Leistung entspricht der Todesfalleistung.
<b>Raucher-/ Nichtraucher-tarif</b>		Kinder im Alter von 1-17 Jahren sind im Falle bestimmter schwerer Krankheiten ohne zusätzlichen Beitrag obligatorisch mitversichert. Die genauen Bestimmungen und Grenzen entnehmen Sie bitte Ihren Versicherungsbedingungen. Handelt es sich beim Versicherungsnehmer um einen Arbeitgeber/Firma, ist die obligatorische Mitversicherung von Kindern ausgeschlossen.
<b>Fonds-anlagerisiko</b>		Der endgültige Anspruch auf die Leistung entsteht nach Ablauf der in den Versicherungsbedingungen genannten Karenzzeit.
<b>Raucher-/ Nichtraucher-tarif</b>	Die versicherte Person wird als Nichtraucher eingestuft, wenn sie in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung keinerlei Tabakprodukte konsumiert hat.	
<b>Berufs-unfähig-keitsschutz</b>	Bei der Ihnen vorliegenden Versicherung handelt es sich um eine Fondsgebundene Risikoversicherung. Wir investieren Ihre Beiträge in die von Ihnen gewählten Investmentfonds, wobei Sie beim Erwerb der Anteile im Rahmen Ihres Vertrags keine Ausgabeaufschläge bezahlen. Da die Kursentwicklung der Fondsanteile jedoch nicht voraussehen ist, kann auch die Höhe unserer Leistungen nicht garantiert werden. Auf der einen Seite haben Sie die Chance bei Kurssteigerungen der Fondsanteile zu profitieren und einen Wertzuwachs zu erzielen. Auf der anderen Seite tragen Sie aber auch das Risiko von Kursrückgängen. Beachten Sie bitte, dass Ihr Vertrag vorzeitig erlischt, wenn Ihr Fondsvermögen für die Entnahme der Kosten für den vereinbarten Versicherungsschutz sowie zur Deckung der Kosten der allgemeinen Verwaltung nicht mehr ausreicht. Wir werden Sie jedoch vor dem Erlöschen des Vertrags warnen.	Sofern Berufsunfähigkeitsschutz vereinbart wurde, ist folgende Leistung versichert:  Wird die versicherte Person innerhalb der für die Berufsunfähigkeit vereinbarten Versicherungsdauer zu mindestens 50 % berufsunfähig im Sinne der Versicherungsbedingungen, so zahlen wir über die verbleibende Leistungsdauer eine Berufsunfähigkeitsrente in vereinbarter Höhe. Beachten Sie bitte, dass der Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsrente mit Ablauf der Leistungsdauer endet. Das gilt auch, wenn die versicherte Person stirbt oder die Voraussetzungen für die Berufsunfähigkeit nicht mehr vorliegen.
<b>Invaliditäts-schutz (nicht bei FC08-1)</b>	Sofern Invaliditätsschutz vereinbart wurde, sind folgende Leistungen versichert:	
	<b>Leistung bei Erwerbsunfähigkeit</b> Wird die versicherte Person während der vereinbarten Versicherungsdauer (maximal bis einschließlich Alter 59) voraussichtlich dauerhaft und vollständig erwerbsunfähig im Sinne der Versicherungsbedingungen, endet Ihr Vertrag und wir zahlen 101 % des Fondsvermögens, mindestens aber die vereinbarte Versicherungssumme bzw. ab dem Alter 56 einen Prozentsatz der vereinbarten Versicherungssumme.	
	<b>Leistung bei Pflegebedürftigkeit</b> Ist die versicherte Person während der vereinbarten Versicherungsdauer voraussichtlich dauerhaft pflegebedürftig im Sinne der Versicherungsbedingungen, endet Ihr Vertrag und wir zahlen 101 % des Fondsvermögens, mindestens aber die vereinbarte Versicherungssumme bzw. ab dem Alter 56 einen Prozentsatz der vereinbarten Versicherungssumme.	
		Der endgültige Anspruch auf die Leistung entsteht nach Ablauf der in den Versicherungsbedingungen genannten Karenzzeiten.
<b>Todesfall-schutz</b>		Bei Tod des versicherten Kindes bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres ist die Auszahlung der Mindesttodesfallsumme auf die Höhe der üblichen Beerdigungskosten (derzeit 8.000 EUR) begrenzt. Ergeben 101 % des zu diesem Zeitpunkt angesparten Fondsvermögens einen höheren Betrag als die üblichen Beerdigungskosten, so wird selbstverständlich dieser Betrag ausgezahlt.
<b>Dynamische Erhöhung</b>		Im Rahmen der dynamischen Beitrags- und Leistungserhöhung erhöhen sich Ihre Beiträge und Leistungen, ohne dass eine Gesundheitsprüfung notwendig wird. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte dem Angebot.

# Gothaer Perikon Junior – Fondsgebundene Risikoabsicherung – Informationsblatt zur Fondsanlage

Abkürzungen: WKN = Wertpapierkennnummer  
IFN = Interne Fondsnummer

Die folgende Übersicht gibt Ihnen Informationen über sämtliche Investmentfonds, die Sie im Rahmen von „Gothaer Perikon Junior – Fondsgebundene Risikoabsicherung“ bei der Antragstellung auswählen können. Die Kursschwankungen der von Ihnen ausgewählten Fonds beeinflussen die Leistungen Ihrer fondsgebundenen Risikoversicherung. Sie haben die Chance, im Falle von Kurssteigerungen der Wertpapiere einen Wertzuwachs zu erzielen; Sie tragen aber auch im Falle von Kursrückgängen das Risiko der Wertminderung.

Fondsname	WKN	IFN	Risikoklasse		Kapitalanlagegesellschaft
<b>Fidelity Funds - European Growth A</b>	973270	43	Chancenorientiert	Dieser Fonds investiert vorwiegend in kontinentaleuropäische Aktien ohne Festlegung der Gewichtung einzelner Länder, Branchen und Unternehmen im Portfolio. Das Fondsmanagement sucht bei der Aktienauswahl nach Unternehmen, die von den politischen und wirtschaftlichen Änderungen in Europa profitieren und ihren Nutzen aus den Möglichkeiten, die sich aus dem Europäischen Binnenmarkt ergeben, ziehen können.	Fidelity Investments Services GmbH
<b>LINGOHR-SYSTEMATIC-LBB-INVEST (t)</b>	977479	49	Chancenorientiert	Der Fonds ist ein international anlegender Aktienfonds, dessen Anlagepolitik darauf ausgerichtet ist, computergestützt, überwiegend in solche Aktien zu investieren, die im Vergleich zur Gesamtheit der analysierten Aktien nach der Erkenntnis der Gesellschaft unterbewertet sind. Der Fonds investiert in ausgewählte Aktienmärkte weltweit. Da Börsenplätze im Langzeitvergleich durchaus markante Unterschiede aufweisen, werden Auswahlkriterien je nach Land unterschiedlich gewichtet. Daneben können auch anderen Aktien, verzinsliche Wertpapiere, Wandel- und Optionsanleihen sowie Genussscheine und Indexzertifikate erworben werden.	Landesbank Berlin Investment GmbH
<b>Templeton Growth (Euro) A (t)</b>	941034	75	Chancenorientiert	Anlageziel dieses Fonds ist langfristiges Kapitalwachstum. Die Anlage erfolgt weltweit in Aktien, dabei vorwiegend in Stammaktien, und Schuldtiteln von Unternehmen und der öffentlichen Hand.	Franklin Templeton Investment Funds
<b>Pioneer Funds-U.S. Pioneer C</b>	805669	100	Ausgesprochen chancenorientiert	Ziel dieses Teilfonds ist die Erwirtschaftung eines Kapitalzuwachses auf mittlere bis lange Sicht. Er investiert überwiegend in ein konservatives, breit diversifiziertes Portfolio aus Aktien von US-amerikanischen Unternehmen, die an der Börse derzeit unterbewertet sind. Die Aktienauswahl erfolgt nach dem Core-Value-Ansatz, der sich seit 1928 auch im amerikanischen Parallelfonds Pioneer Fund bewährt hat. Nach eingehender Analyse werden Titel ausgewählt, deren Börsenkurs unter ihrem tatsächlichen Wert liegt.	Pioneer Global Investment Ltd.
<b>BlackRock Global Funds - World Mining A2</b>	986932	114	Ausgesprochen chancenorientiert	Der World Mining Fund strebt ein größtmögliches Kapitalwachstum in US-Dollar an, und zwar durch Anlagen in Aktienwerte von Bergbau- und Metallunternehmen in der ganzen Welt. Anlagen werden hauptsächlich in größere Bergbaugesellschaften getätigt, die Grundmetalle und industrielle Mineralien fördern, z.B. Eisenerz oder Kohle. Ferner kann der Fonds von Zeit zu Zeit auch Goldminenaktien halten. Das Währungsrisiko des Fonds wird in der Regel nicht abgesichert.	BlackRock
<b>M&amp;G Global Basics Fund A EUR (t)</b>	797735	120	Ausgesprochen chancenorientiert	Langfristiges Kapitalwachstum; weltweite Investitionen mit Fokus auf Unternehmen in der Rohstoff- und weiterverarbeitenden Industrie.	M&G Securities Ltd.
<b>Pioneer Funds - Global Ecology A ND</b>	A0MJ48	133	Ausgesprochen chancenorientiert	Der Aktienfonds beteiligt den Anleger an den Gewinnchancen weltweiter Unternehmen, die mit ihren Produkten und Technologien ihren innovativen Beitrag für eine saubere und gesunde Umwelt leisten.	Pioneer Global Investment Ltd.
<b>ASI Funds - Multi Asset Dynamic Fund Acc</b>	A0Q1TM	180	Chancenorientiert	Ziel der Anlagepolitik des ASI Funds – Multi Asset Dynamic Fund („Teilfonds“) ist die Erwirtschaftung eines möglichst hohen Wertzuwachs in Euro. Es wird darauf abgezielt, positive, absolute Renditen zu erwirtschaften, unabhängig davon, wie die Märkte sich entwickeln. Zur Erreichung der Anlageziele wird das Teilfondsvermögen überwiegend in offene Aktien-, Renten- und Geldmarktfonds, als auch direkt in Aktien, Renten, Geldmarktinstrumente und in strukturierte Produkte auf alle zulässigen Vermögenswerte investiert. Bei den strukturierten Produkten handelt es sich um börsennotierte Anlageinstrumente, welche als Wertpapiere im Sinne des Artikels 4 Ziffer 1 des Verwaltungsreglements gelten. Je nach Markteinschätzung kann der Teilfonds auch bis zu 100 % in eine der oben genannten Kategorien anlegen. Zur Erreichung der vorgenannten Anlageziele ist auch der Einsatz abgeleiteter Finanzinstrumente („Derivate“), sowie der Einsatz von Techniken und Instrumenten sowohl zur effizienten Portfolioverwaltung als auch zur Absicherung vorgesehen. Des Weiteren kann der Teilfonds bis zu einer Grenze von insgesamt 10 % des Netto-Teilfondsvermögens in offene, regulierte Immobilienfonds und Hedgefonds, die einer gleichwertigen Aufsicht unterliegen und anderen als den in Nr. 2 des Artikel 4 des Verwaltungsreglements genannten Wertpapieren und Geldmarktinstrumenten investieren.	Alceda Fund Management S.A.
<b>Gothaer Comfort Ertrag*</b>	DWSORW	183	Konservativ	Gothaer Comfort Ertrag ist ein gemischtes deutsches Sondervermögen und investiert bis zu 30 % in Aktienfonds, bis zu 25 % in offene Immobilienfonds, bis zu 100 % in gemischte Fonds, Rentenfonds sowie Geldmarktfonds und bis zu 50 % in Geldmarktinstrumente. Mit seiner Anlagepolitik richtet sich der Gothaer Comfort Ertrag an sicherheitsorientierte Anleger, die Wachstumschancen wahrnehmen möchten.	Gothaer Asset Management / DWS Investment
<b>Gothaer Comfort Balance*</b>	DWSORX	184	Ausgewogen	Gothaer Comfort Balance ist ein gemischtes deutsches Sondervermögen und investiert mindestens 20 %, maximal 70 % in Aktienfonds, bis zu 25 % in offene Immobilienfonds, bis zu 80 % in gemischte Fonds, Rentenfonds sowie Geldmarktfonds und bis zu 50 % in Geldmarktinstrumente. Bis zu 10 % können auch in Alternative Investments angelegt werden. Mit seiner Anlagepolitik richtet sich der Gothaer Comfort Balance an ausgewogene Anleger, die Marktchancen wahrnehmen möchten.	Gothaer Asset Management / DWS Investment
<b>Gothaer Comfort Dynamik</b>	DWSORY	185	Chancenorientiert	Gothaer Comfort Dynamik ist ein gemischtes deutsches Sondervermögen und investiert zwischen 40 % und 100 % in Aktienfonds, bis zu 25 % in offene Immobilienfonds, bis zu 60 % in gemischte Fonds, Rentenfonds sowie Geldmarktfonds und bis zu 50 % in Geldmarktinstrumente. Bis zu 10 % können auch in Alternative Investments angelegt werden. Mit seiner Anlagepolitik richtet sich der Gothaer Comfort Dynamik an Anleger, die überdurchschnittliche Ertragschancen suchen und sich über Marktschwankungen bewusst sind.	Gothaer Asset Management / DWS Investment
<b>Carmignac Investissement</b>	AODP5W	214	Chancenorientiert	Carmignac Investissement ist ein internationaler Aktien-Fonds, der an Finanzplätzen der ganzen Welt investiert. Er strebt eine größtmögliche Wertentwicklung in absoluten Zahlen über eine aktive, nicht an Referenzwerte gebundene Verwaltung ohne grundsätzliche Beschränkung auf eine bestimmte Region oder einen bestimmten Sektor, Typ oder Umfang der Titel an.	Carmignac Gestion Luxembourg

<b>Pioneer Inv German Equity Inc</b>	975230	225	Ausgesprochen chancenorientiert	Der Fonds beteiligt den Anleger an den Gewinnchancen deutscher Aktien. Im Fokus stehen Unternehmen, die eine starke Marktstellung und ein attraktives Gewinnwachstumspotenzial aufweisen.	Pioneer Investments
--	--------	-----	------------------------------------	---	---------------------

---

**Fondswechsel** Sie haben jederzeit die Möglichkeit, die getroffene Fondsauswahl für Ihre laufenden Beiträge zu ändern („Fonds-Switch“) und/oder bereits vorhandenes Fondsvermögen in andere Fonds umzuschichten („Fonds-Shift“), wobei Fondswechsel für den Versicherungsnehmer kostenfrei sind.

**Preis** Der Preis der Fondsanteile wird täglich in diversen regionalen und überregionalen Tageszeitungen veröffentlicht, sodass Sie sich zusätzlich laufend informieren können.

**Weitere Informationen** Weitere Informationen zu den von Ihnen ausgewählten Fonds erhalten Sie von uns mit Ihren Vertragsunterlagen. Darüber hinaus stellen Ihnen die genannten Kapitalanlagegesellschaften auf Wunsch die aktuellen Verkaufsprospekte und Rechenschaftsberichte zur Verfügung.

\* Aufgrund der Risikostruktur nur für Shift und Switch zur Sicherung erzielter Kursgewinne vorgesehen – nicht bei Vertragsbeginn wählbar.