

## Antrag

# Die Gothaer Berufsunfähigkeits- Zusatzversicherung in Verbindung mit einer Risikoversicherung

Stand: 05.2006

# Die Gothaer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung in Verbindung mit einer Risikoversicherung



Daten des Abschlussvermittlers	Daten des Betreuers	Kenn-Nr.	Abrechnungsgruppe	
Versicherungsnummer	Fremdaktenzeichen/Bank-Kundennummer	Marketingschlüssel	Antragskennung <b>1   1   1   4   6   3</b>	
Name, Vorname			<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Geburtsdatum
Anschrift (Straße und Hausnummer)			Nationalität	Geburtsname
LKZ	PLZ	Ort	Geburtsland	Geburtsort
Derzeitiger Beruf / Branche	Berufsgruppe	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> derzeit ohne Beschäftigung	<input type="checkbox"/> allein stehend <input type="checkbox"/> verheiratet	
E-Mail	Telefon	Telefax		

Antragsteller / Versicherungsnehmer (VN) und zu versichernde Person (VP)

Angaben nach dem Geldwäschegesetz Identifikation (Antragsteller bzw. Vertretungsberechtigter)

Bei juristischen Personen: Zusätzliche Daten des Vertretungsberechtigten		Geburtsdatum	Geburtsort	Nationalität
Name, Vorname				
Anschrift (Straße und Hausnummer)		LKZ	PLZ	Ort
Der Antragsteller, bzw. bei juristischen Personen der Vertreter, hat sich ausgewiesen durch gültigen				
<input type="checkbox"/> Personalausweis	<input type="checkbox"/> Reisepass	Ausstellungsdatum	Ausweisnummer	
Ausstellende Behörde				

Wirtschaftlich Berechtigter

<input checked="" type="checkbox"/> Ich handle auf eigene Rechnung	Bei Abweichung bitte angeben:	Name, Vorname / Firma / Verband
Anschrift (Straße und Hausnummer)		LKZ    PLZ    Ort

Widerrufliches Bezugsrecht für den Todesfall (der VP)

<input type="checkbox"/> Antragsteller/Versicherungsnehmer	<input type="checkbox"/> der dann in gültiger Ehe lebende <b>Ehepartner</b> (wenn ja, diesen bitte <b>nicht</b> zusätzlich namentlich angeben)		
<input type="checkbox"/> folgende Person (Name, Vorname)	<input type="checkbox"/> männl.	Geburtsdatum	
	<input type="checkbox"/> weibl.		

Risikoversicherung

Tarif	Eintrittsalter	Ablaufalter oder Versicherungsdauer	Tarifierläuterungen siehe Antragsfolgeseite
<b>H 8 U</b>	Jahre	Jahre       Jahre	
Vertragsbeginn	Versicherungssumme EUR		Bitte das Angebot beifügen.
<b>0 1    2 0 0</b>			

Berufs-/ Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ/EUZ)

<input type="checkbox"/> Tarif BU2005 <input type="checkbox"/> Tarif EU2005	Zahlrente (Betrag pro Rentenfähigkeit) oder in % von der Hauptversicherung	Zahlweise der Rente <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> ½jährlich <input type="checkbox"/> ¼jährlich <input type="checkbox"/> monatlich	Jährliches Nettoeinkommen
<input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung wie Hauptversicherung oder <input type="checkbox"/> BUZ-/EUZ-Rente wie Hauptversicherung oder	Versicherungsdauer Jahre bis Alter	Beitragszahlungsdauer Jahre bis Alter	<input type="checkbox"/> Karenzzeit  Monate
	Jahre bis Alter	Leistungsdauer Jahre bis Alter	

Angaben zur Beitragszahlung

Zahlweise	Zu zahlender Gesamtbeitrag gemäß Zahlweise (geringe Rundungsdifferenzen sind möglich)		
<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> ½jährlich <input type="checkbox"/> ¼jährlich <input type="checkbox"/> monatlich			

Einzugsermächtigung (LSV) zum <input type="checkbox"/> 1. eines Monats <input type="checkbox"/> 15. eines Monats	
Die jeweils fälligen Beiträge sollen bis auf Widerruf von folgendem Konto abgebucht werden: <input type="checkbox"/> wie bisher	
Kontonummer	Kontoinhaber (Name, Vorname – falls nicht Antragsteller)
Bankleitzahl	Geldinstitut (Name und Ort)

Überschuss-system

Risikoversicherung	<input type="checkbox"/> Todesfallbonus	<input type="checkbox"/> Beitragsreduktion
Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsversicherung	<input checked="" type="checkbox"/> Beitragsreduktion	

Besondere Vereinbarungen

--

**Fragen an die zu versichernde Person**

Wurden für die zu versichernde Person bereits Lebens-, Berufs- und / oder Erwerbsunfähigkeits-(Zusatz)Versicherungen bei anderen Lebensversicherungsunternehmen abgeschlossen oder sind solche Anträge gestellt worden?  nein  besteht  bestand  beantragt  abgelehnt

Wurden in den letzten 10 Jahren zu diesen Versicherungen Beitragszuschläge oder Leistungseinschränkungen verlangt?  nein  ja

Versicherungsunternehmen \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_ Versicherungssumme \_\_\_\_\_ BU/EU-Rente (jährlich) \_\_\_\_\_ Abschluss-/Ablehnungsdatum \_\_\_\_\_

**Besondere Gefahren der zu versichernden Person**

Sind Sie **beruflich oder privat** besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Umgang mit Sprengstoffen, energiereichen Strahlen, gesundheitsschädlichen Stoffen, beim Rennsport, Motor- oder Segelflieger, Fallschirmspringer, Drachenflieger, Taucher, Bergsteiger, Extremsportler)?  nein  ja

Erläuterung: \_\_\_\_\_

**Bitte immer ausfüllen.** 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. Geben Sie bei den Antworten auch solche Umstände an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar der Gothaer Lebensversicherung AG schriftlich mitzuteilen.

**Gesundheitserklärung der zu versichernden Person**

1. Körpergröße, Körpergewicht \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg

2. Waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre in **ambulanter** Behandlung (z. B. Untersuchung, Nachsorgeuntersuchung, Routine- oder Vorsorgeuntersuchungen mit einem krankhaften Befund, Beratung, ambulante Operation etc.) bei Ärzten oder anderen Heilbehandlern (z. B. Heilpraktikern, Masseuren, Psychotherapeuten, Krankengymnasten etc.)?  nein  ja

3. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren chronische Infektionen (z. B. Hepatitis, Borreliose)?  nein  ja

4. Waren Sie innerhalb der letzten 10 Jahre in stationärer Behandlung (z. B. Krankenhaus, Rehabilitation, Kur etc.)?  nein  ja

5. Besteht oder bestand in den letzten 10 Jahren eine Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit?  nein  ja

6. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion (AIDS) festgestellt (z. B. positiver HIV-Test)?  nein  ja

7. Haben Sie einen Selbstmordversuch unternommen?  nein  ja

**Ergänzende Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen**

Frage	Art der Erkrankung, Art der Untersuchung, Beratung, Behandlung oder Operation	Wann, wie lange, wie oft?	Behandelnder Arzt, Krankenhaus o. ä. mit genauer Anschrift
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

**Hausarzt**

Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt weiß am Besten über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse Bescheid?  
 Welcher? (Bitte vollständigen Namen und Anschrift sowie die Fachrichtung angeben.) \_\_\_\_\_ Fachrichtung \_\_\_\_\_ Seit wann in Behandlung? \_\_\_\_\_

**Zusätzliche Gesundheitsklärung**  
 Nur ausfüllen, falls eine BUZ/EUZ eingeschlossen ist oder falls ein ärztliches Zeugnis erforderlich ist

1. Wurden in den letzten 12 Monaten von Ärzten oder Heilpraktikern Arzneimittel verordnet?  nein  ja  
 Welche und wogegen? \_\_\_\_\_

2. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren chronische körperliche oder psychische Krankheiten, Folgen von Krankheiten oder Unfällen (z. B. Depressionen, Amputationen, Versteifung, Rückenschmerzen, Wirbelsäulen- oder Bandscheibenschädigung, Lähmung, Krampfanfälle, Schwerhörigkeit, Fehlsichtigkeit, Allergien)?  nein  ja  
 Träger einer Brille oder anderer Sehhilfen bei Kurzsichtigkeit bitte Dioptrienzahl angeben links \_\_\_\_\_ rechts \_\_\_\_\_

3. Liegt bzw. lag bei Ihnen in den letzten 10 Jahren ein Tätigkeitswechsel aus gesundheitlichen Gründen vor?  nein  ja  
 Bitte Begründung angeben: \_\_\_\_\_

4. Bezogen, beziehen oder beantragten Sie eine Rente oder Pension aus gesundheitlichen Gründen?  nein  ja  
 Bitte Rentenbescheid zur Einsichtnahme beifügen!

5. Sind Sie im Besitz eines Schwerbehindertenausweises oder beantragen Sie einen? Grad? \_\_\_\_\_ %  nein  ja  
 Bitte Schwerbehindertenausweis zur Einsichtnahme beifügen!

**Ergänzende Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen**

Frage	Art der Erkrankung, Art der Untersuchung, Beratung, Behandlung oder Operation	Wann, wie lange, wie oft?	Behandelnder Arzt, Krankenhaus o. ä. mit genauer Anschrift
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

**Anlagen**

1. Ärztliches Zeugnis folgt  nein  ja

2. Da der zur Verfügung stehende Platz nicht ausreicht, ist ein gesondertes Blatt beigelegt.  nein  ja

3. Sonstige beigelegte Anlagen: \_\_\_\_\_

**Verantwortlichkeit, Schluss-erklärungen, Widerspruchsrecht und Unterschriften**

**Bevor Sie den Antrag unterschreiben:** Lesen Sie bitte die nachstehend und auf der Folgesseite des Antrags beschriebenen Schlusserklärungen, wichtigen Hinweise und Verbraucherinformationen. Diese Erklärungen enthalten unter anderem die Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung; sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärungen sowie die „Wichtigen Hinweise und Erklärungen“ zum Inhalt dieses Antrags.

**Schlusserklärung des Antragstellers:** Die gegenseitigen Rechte und Pflichten richten sich nach diesem Antrag, von dem mir bei Antragstellung eine Durchschrift/Kopie ausgehändigt wird, den gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland sowie den für den beantragten Tarif maßgebenden Leistungsbeschreibungen und Versicherungsbedingungen, die mir mit dem Versicherungsschein übersandt werden. Darüber hinaus erhalte ich weitere Verbraucherinformationen.

**Widerspruchsrecht:** Nach Erhalt der Unterlagen habe ich das Recht, dem Vertrag innerhalb von 30 Tagen in Textform zu widersprechen.

Ort _____	<b>Zu versichernde Person</b> _____	<b>Gesetzlicher Vertreter</b> (bei zu versichernden Minderjährigen) _____
Datum _____	<b>Kontoinhaber</b> (falls nicht Antragsteller) _____	<b>Antragsteller/Versicherungsnehmer</b> _____
_____	Telefonnummer des Vermittlers _____	<b>Vermittler</b> _____

# Wichtige Hinweise und Erklärungen

## Verantwortlichkeit für den Inhalt des Antrags

Die Antragsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Jede bis zur Annahme des Antrags noch eintretende sowie jede vor Antragstellung eingetretene, aber erst bis zur Annahme des Antrags bekannt werdende nicht unerhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands der zu versichernden Person werde ich unverzüglich der Gothaer Lebensversicherung AG anzeigen. Ich weiß, dass die Gothaer Lebensversicherung AG bei Verletzung dieser Pflichten vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

**Ich habe folgende Hinweise der Gothaer Lebensversicherung AG an mich zur Kenntnis genommen:**

**„Ihre Angaben und Erklärungen sind die Grundlage unserer Antragsprüfung. Dabei können wir nur die schriftlichen und damit nachweisbaren Angaben zu Grunde legen. Achten Sie daher darauf, dass die schriftlichen Erklärungen wahrheitsgemäß und vollständig sind. Dies gilt nicht nur, wenn Sie den Antrag selbst ausfüllen, sondern auch dann, wenn ein Dritter (z. B. der Vermittler) den Antrag ausfüllt. Entscheidungen zur Antragsannahme und Aussagen über die Erheblichkeit Ihrer Angaben kann nur unsere Fachabteilung treffen. Deshalb ist unser Vermittler angewiesen, weder verbindliche Erklärungen zu Risikoumständen abzugeben noch mündliche Erklärungen dazu für uns entgegenzunehmen, die nicht schriftlich im Antrag niedergelegt sind.“**

## Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass die Gothaer Lebensversicherung AG 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 Versicherte und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherte übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom zustande kommen des Vertrags 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, meine allgemeinen 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 weiter 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 Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

## Entbindung von der Schweigepflicht

Ich ermächtige die Gothaer Lebensversicherung AG zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte, andere Heilbehandler, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, bei denen ich in Behandlung war oder sein werde sowie andere Personenversicherer über meine Gesundheitsverhältnisse bei Vertragsabschluss zu befragen. Dies gilt für die Zeit vor der Antragsannahme und die nächsten sechs Jahre nach der Antragsannahme.

Die Gothaer Lebensversicherung AG darf auch die Ärzte, die die Todesursache feststellen und die Ärzte, die mich im letzten Jahr vor meinem Tod untersuchen oder behandeln werden sowie Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern – über die Todesursachen oder die Krankheiten, die zum Tod geführt haben, befragen.

Werden Leistungen wegen Berufs-/Erwerbsunfähigkeit beansprucht, darf die Gothaer Lebensversicherung AG die in Absatz 1 Satz 1 genannten Personen und Einrichtungen, die Ärzte und andere Heilbehandler, die mich untersucht haben sowie Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern – auch über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, voraussichtliche Dauer und bei Berufsunfähigkeit über Grad sowie über diejenigen Krankheiten, die zur Berufs-/Erwerbsunfähigkeit geführt haben, befragen.

Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus.

## Besondere Hinweise zur Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Wird die Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit einer kürzeren Dauer als die Beitragszahlungsdauer der Hauptversicherung abgeschlossen und wird nach dem Eintritt der Berufs-/Erwerbsunfähigkeit Beitragsbefreiung gewährt, so muss dennoch nach Ablauf der Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung die Beitragszahlung für die Hauptversicherung wieder aufgenommen werden, auch wenn weiterhin Berufs-/Erwerbsunfähigkeit besteht.

## Vorläufiger Versicherungsschutz

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

## Wechsel des Versicherers

Eine bestehende Lebensversicherung aufzugeben und dafür eine neue Lebensversicherung abzuschließen, ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzweckmäßig und kann mit wirtschaftlichen Nachteilen verbunden sein.

## Ansprechpartner/ Aufsichtsbehörde

Sollten Sie im Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsvertrag, Ihrem Versicherungsschutz oder auch unserer Beratung und Betreuung Fragen, Wünsche, Bedenken oder Beschwerden haben, so können Sie sich jederzeit vertrauensvoll an Ihren Betreuer, unsere Außenstellen oder die Hauptverwaltung wenden. Die Anschrift der Hauptverwaltung entnehmen Sie bitte unseren unten angegebenen Geschäftangaben. Telefonisch sind wir für Sie unter 0551 701-0 erreichbar. Per Telefax unter 0551 701-701 oder unter [www.gothaer.de](http://www.gothaer.de) im Internet.

Für Mitglieder der Gothaer Versicherungsbank VVaG steht in allen Beschwerdefällen unser Beauftragter für die Anliegen der Mitglieder, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln, zur Verfügung.

Generell steht Ihnen die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, als zuständige Aufsichtsbehörde in Beschwerdefällen zur Verfügung.

Darüber hinaus ist unser Unternehmen Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V., Kronenstr. 13, 10117 Berlin. Sie haben somit die Möglichkeit das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch zu nehmen.

# Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung – Stand vom 26.06.1998 –

Sehr geehrter Kunde

Sie haben eine Kapitalversicherung bei uns beantragt. Bevor wir den endgültigen Versicherungsschutz übernehmen, gelten die nachfolgenden Bedingungen.

## § 1 Was ist versichert?

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die für den Todesfall beantragten Leistungen.
- (2) Haben Sie eine Unfall-Zusatzversicherung beantragt und tritt während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes ein Unfall ein, zahlen wir zusätzlich die Unfallversicherungssumme, wenn der Unfall innerhalb eines Jahres nach dem Unfallereignis zum Tod des Versicherten führt.
- (3) Haben Sie eine Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung beantragt und tritt während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes Berufs-/Erwerbsunfähigkeit ein, zahlen wir zusätzlich
  - a) eine Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente, wenn uns die Berufs-/Erwerbsunfähigkeit innerhalb von drei Monaten seit ihrem Eintritt angezeigt worden ist.
  - b) die Leistungen aus der Beitragsbefreiung, wenn die Hauptversicherung zustande gekommen ist und solange sie nicht weggefallen ist.In jedem Fall enden die Leistungen bei Berufs-/Erwerbsunfähigkeit spätestens mit dem Ablauf der für die Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung beantragten Versicherungsdauer.
- (4) Auf Grund des vorläufigen Versicherungsschutzes zahlen wir einschließlich der Leistungen aus einer Unfall-Zusatzversicherung höchstens 100.000 EUR. Bei Berufs-/Erwerbsunfähigkeit beträgt die Höchstreute 12.000 EUR jährlich; die Beitragsbefreiung gilt höchstens für eine Versicherungssumme von 100.000 EUR. Diese Begrenzungen gelten auch dann, wenn höhere Leistungen beantragt oder mehrere Anträge auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind.

## § 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Voraussetzungen für den vorläufigen Versicherungsschutz sind, dass

- a) der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt;
- b) der Einlösbetrag für die beantragte Versicherung gezahlt oder bei uns eine Ermächtigung zum Beitragsentzug erteilt worden ist. Bei Vermögensbildungsversicherungen reicht es aus, wenn uns der Antrag auf Überweisung vermögenswirksamer Leistungen durch den Arbeitgeber vorliegt;
- c) Sie das zustande kommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben;
- d) Ihr Antrag sich im Rahmen der von uns gebotenen Tarife und Bedingungen bewegt;
- e) der Versicherte bei Unterzeichnung des Antrags das 14. Lebensjahr schon und das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

- § 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?**
- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bei uns eingeht.
  - (2) Er endet jedoch, wenn
    - a) der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat;
    - b) wir Ihren Antrag abgelehnt haben;
    - c) Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben;
    - d) der Einzug des Einlösungsbeitrags nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist.
- § 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?**
- (1) Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für Versicherungsfälle auf Grund von Ursachen, die vor Unterzeichnung des Antrags erkennbar geworden sind, auch wenn diese im Antrag angegeben wurden.
  - (2) Bei Selbsttötung des Versicherten besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.
- § 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?**
- Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir zwar keinen besonderen Beitrag; erbringen wir aber Leistungen auf Grund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Beitrag für das erste Versicherungsjahr des beantragten Versicherungsvertrags. Bei Einmalbeitragsversicherungen ist dies der einmalige Beitrag. Wir berechnen Ihnen jedoch nicht mehr als den Tarifbeitrag für die Höchstsumme und -rente gemäß § 1 Absatz 4. Bereits gezahlte Beiträge rechnen wir an.
- § 6 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?**
- (1) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, gelten die allgemeinen Bedingungen für die beantragte Versicherung, einschließlich derjenigen für mit beantragte Zusatzversicherungen. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse.
  - (2) Ein im Antrag festgelegtes Bezugsrecht gilt auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

## Tariferläuterungen und Leistungsbeschreibungen

**Hauptversicherung** (Verwendete Tarifikürzel: **M** = männlich / **W** = weiblich)

**Risikoversicherung** **Tarif H8UM/W** – Kapitalversicherung auf den Todesfall mit Umtauschoption

**Leistungsbeschreibung**

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 65. 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**

**Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung**

**Tarif BU2005BFM/W** – Die Gothaer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für **Beitragsbefreiung**.

**Tarif EU2005BFM/W** – Die Gothaer Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung für **Beitragsbefreiung**.

Sie kann längstens bis zum Alter 65 des Versicherten und nicht länger als bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer der Hauptversicherung eingeschlossen werden.

**Leistungsbeschreibung**

Beitragsbefreiung der Hauptversicherung und der eingeschlossenen Zusatzversicherungen während der Dauer der bedingungsgemäßen Berufs-/Erwerbsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer der Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung.

**Tarif BU2005BRM/W** – Die Gothaer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für eine **Rente**.

**Tarif EU2005BRM/W** – Die Gothaer Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung für eine **Rente**.

Die Versicherung der Rente kann maximal für die Dauer der Hauptversicherung eingeschlossen werden, längstens bis zum Alter 65 des Versicherten. Die Leistungsdauer der Rente kann unabhängig von der Hauptversicherung vereinbart werden, längstens bis zum Alter 65 des Versicherten.

**Leistungsbeschreibung**

Zahlung der vereinbarten Rente (höchstens 48 % der Versicherungssumme der Hauptversicherung bzw. 99,9 % bei Risikoversicherungen für nach dem 01.01.1961 Geborene) während der Dauer einer bedingungsgemäßen Berufs-/Erwerbsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer der Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung.

Die Rente wird gemäß vereinbarter Zahlweise im voraus, erstmalig anteilig bis zum Ende der laufenden Rentenzahlungsperiode gezahlt.

**Überschussystem**

**Tarife H8UM/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 Reduktionssatz ist jeweils für ein Versicherungsjahr gültig.

**Tarife BU2005BF, BU2005BR, EU2005BF, EU2005BR**

– **Leistungsfreie Zeit**

**Beitragsreduktion** – Die Überschüsse werden dazu verwendet, die Beiträge (ohne Zuschläge) für die Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung zu reduzieren. Der Reduktionssatz ist jeweils für ein Versicherungsjahr gültig.

– **Leistungspflichtige Zeit**

**Verzinsliche Ansammlung** – Der jährliche Überschuss wird mit dem Ansammlungszins verzinslich angesammelt und bei Beendigung der BU2005BF, EU2005BF ausgezahlt.

**Gewinnrente** – Es wird eine jährlich steigende Gewinnrente gezahlt. Der Zuwachs bemisst sich in Prozent der gesamten Vorjahresrente inkl. etwaigem Sofortbonus.

**Maßgebende Versicherungsbedingungen**

**Tarife H8UM/W**

– Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Kapitalversicherung auf den Todesfall (Risikoversicherung).

**Tarife BU2005BFM/W, BU2005BRM/W, BU2005BR(E)M/W**

– Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung.

**Tarife EU2005BFM/W, EU2005BRM/W, EU2005BR(E)M/W**

– Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung.

**Besondere Zugangsvoraussetzungen** (K, UK, G/UG)

– Es gelten die Versicherungsbedingungen für die Grundtarife nach Maßgabe der Vereinbarungen im Kollektivvertrag.