

Antrag

**Die Gothaer
Berufsunfähigkeitsversicherung Premium**

**Die Gothaer
Berufsunfähigkeitsversicherung Basis**

**Die Gothaer
Direktversicherung Berufsunfähigkeitspolice**

Stand: 04.2012

Die Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Premium

Die Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Basis

Die Gothaer Direktversicherung Berufsunfähigkeitspolice



Bitte das Beiblatt zum Antrag beifügen.

Alle Beiträge sind in Euro.

AN215481

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

**Antragsteller/
Versicherungsnehmer
(VN)**

Titel, Vorname, Name, Firma		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Straße und Hausnummer		
Staat	Postleitzahl	Ort
Geburtsdatum		Nationalität
Geburtsname		Geburtsland Geburtsort

**Zu versichernde Person
(VP)**

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

Betriebliche Altersversorgung (Direktversicherung)

<input type="checkbox"/> Versicherung aus Entgeltumwandlung		
<input type="checkbox"/> Versicherung aus Arbeitgeberfinanzierung	Personalnummer	Eintritt in die Firma
Unverfallbarkeit: <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> vertraglich ab Beginn		

Angaben nach dem Geldwäschegesetz

Der Antragsteller hat sich ausgewiesen durch gültigen		<input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung sowie die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf meine eigene Veranlassung . Ich wurde hierzu von keinem Dritten beauftragt.			
<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> 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.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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 Erlebensfall

<input type="checkbox"/> Antragsteller/Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> der dann in gültiger Ehe lebende Ehepartner (Bitte nicht zusätzlich namentlich benennen.)			
<input type="checkbox"/> folgende Person	Vorname, Name	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum

Abweichend gilt bei einer Direktversicherung Entgeltumwandlung: Unwiderrufliches Bezugsrecht für die versicherte Person.
Firmenfinanzierung: Unwiderrufliches Bezugsrecht für die versicherte Person, sofern die Voraussetzungen für die Unverfallbarkeit eingetreten sind, ansonsten widerruflich.

Versicherungsbeginn und umfang	Versicherungsbeginn (12:00 Uhr)	<input type="checkbox"/> Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Premium	Eintrittsalter
	0 1 2 0	<input type="checkbox"/> Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Basis	_____ Jahre
		<input type="checkbox"/> Gothaer Direktversicherung Berufsunfähigkeitspolice	
	Versicherungsdauer	Beitragszahlungsdauer	<input type="checkbox"/> Karenzzeit in
	_____ Jahre bis _____ Alter	_____ Jahre bis _____ Alter	_____ Monaten (max. 24)
		Leistungsdauer	
		_____ bis Alter _____	

Berufs-unfähigkeits-versicherung	Tarif	Zahlrente (pro Rentenfähigkeit)	Zahlweise der Rente
	_____	_____	<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> 1/2-jährlich <input type="checkbox"/> 1/4-jährlich <input type="checkbox"/> monatlich
	<input type="checkbox"/> Leistungsdynamik	Eine Erhöhung der Rente im BU-Fall um _____ % (mind. 1 % max. 3 %)	
	<input type="checkbox"/> Starter-BU	(Startphase mind. fünf Jahre und höchstens bis Alter 35) _____ Jahre bis _____ Alter	
	Überschusssystem	<input type="checkbox"/> Beitragsreduktion (nicht bei Direktversicherung)	<input type="checkbox"/> mit Familienbonus
		<input type="checkbox"/> Sofortbonus	

Nur ausfüllen, wenn der **Familienbonus** beantragt ist

Partner (Vorname, Name)	_____	Geburtsdatum	_____
Angaben zum leiblichen bzw. adoptierten, nicht volljährigen Kind, das mit der versicherten Person im gleichen Haushalt lebt:			
Kind (Vorname, Name)	_____	Geburtsdatum	_____
Versicherte Person und Partner leben in einer gemeinsamen gesetzlichen Ehe bzw. eingetragenen Lebenspartnerschaft?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sofern keine gesetzliche Ehe bzw. keine eingetragene Lebenspartnerschaft vorliegt, muss ein gemeinsamer Wohnsitz der versicherten Person und des Partners nachgewiesen werden (Kopie der Personalausweise/Meldebescheinigungen).			
Nachweis beigelegt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Dynamische Beitrags-erhöhung (nicht bei Direkt-versicherung)	<input checked="" type="checkbox"/> Erhöhung der Beiträge um	<input checked="" type="checkbox"/> 5 % (mind. 3 % max. 5 %)	<input type="checkbox"/> jährlich	<input checked="" type="checkbox"/> alle 2 Jahre	<input type="checkbox"/> alle 3 Jahre
	<input type="checkbox"/> Erhöhung der Rente um	<input type="checkbox"/> _____ (mind. 1 % max. 3 %)			
	<input type="checkbox"/> Keine dynamische Beitragserhöhung				

Hinweis: Bei Abschluss einer Starter BU beginnt die dynamische Beitrags- bzw. Rentenerhöhung erst nach Eintritt in die Folgephase.

Angaben zum Beitrag	Zu zahlender Beitrag gemäß Zahlweise ab Versicherungsbeginn
	0 1 2 0
	Bei vereinbarter Starter-BU beträgt der Beitrag ab
	0 1 2 0

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
Einzugs-ermächtigung (LSV)	Der jeweils fällige Beitrag soll zum <input type="checkbox"/> 1. eines Monats <input type="checkbox"/> 15. eines Monats bis auf Widerruf von folgendem Konto abgebucht werden: <input type="checkbox"/> wie bisher			
	Kontonummer	Kontoinhaber (Vorname, Name – falls nicht mit Antragsteller identisch)		
	Bankleitzahl	Geldinstitut (Name und Ort)		

Immer zu beantworten.**Fragen zur beruflichen Tätigkeit der versicherten Person**

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?

Branche _____ Seit wann? Vollzeit Teilzeit Unbefristet Befristet bis: _____ angestellt selbstständig öffentlicher Dienst ohne Beschäftigung derzeit in Ausbildung/Studium zu: _____

Welche berufliche Ausbildung haben Sie abgeschlossen?

 Kaufmännische Ausbildung: _____ Handwerkliche/technische Ausbildung: _____ Studium: _____ Berufsgruppe _____ Sonstiges (z. B. ungelern; nicht abgeschlossene Ausbildung/Studium): _____Beabsichtigen Sie, sich in den nächsten 12 Monaten selbstständig zu machen? nein ja, als _____

Wie hoch war Ihr jährliches Bruttoarbeitseinkommen* während der letzten 3 Jahre?

Jahr 20____: _____ EUR Jahr 20____: _____ EUR Jahr 20____: _____ EUR

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

Zusatzfragen

1. Zu wie viel Prozent üben Sie eine Innendiensttätigkeit mit z. B. kaufmännischen Aufgaben oder Büro-, Planungs-, Entwicklungs-, Beratungs- oder Verwaltungsarbeiten aus? Mindestens 75 % Weniger als 75 %
2. Wie hoch ist bei Ihrer Tätigkeit der Anteil belastender Einflüsse z. B. durch körperliche Arbeit, Schicht- oder Wechseldienst, Nacharbeit oder Fahrtätigkeit? Mindestens 25 % Weniger als 25 %
3. Wie viele fest angestellte Voll- bzw. Teilzeitmitarbeiter (nicht: geringfügig Beschäftigte) führen Sie als Vorgesetzter? Mindestens 7 Weniger als 7
4. Bitte geben Sie Ihren höchsten Ausbildungsabschluss an:
 - abgeschlossenes Studium an einer staatlich anerkannten Hoch- oder Fachhochschule schulischer Abschluss
 - beruflicher Abschluss als Techniker/Meister oder an einer Fachschule keinen
 - Abschluss eines staatlich anerkannten Ausbildungsberufs

Angaben zu bestehenden und früheren VersicherungenBestehen für die zu versichernde Person bereits 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, versicherte Rentenhöhe, 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, Bodybuilding)? 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 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 Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Premium Version _____
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Basis
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Gothaer Direktversicherung Berufsunfähigkeitspolice
- 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)

Ort, Datum _____

Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller) _____

Antragsteller/Versicherungsnehmer _____

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

Vermittler (ggf. mit Stempel) _____

Original für Gothaer · 1. Durchschlag/Kopie für Vermittler · 2. Durchschlag/Kopie für Antragsteller/Versicherungsnehmer

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sie haben uns als Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung die Ihnen bekannten **Gefahrumstände**, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit Ihnen und dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir schriftlich oder in Textform gefragt haben, **wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen**. Dies gilt nicht nur, wenn Sie den Antrag selbst ausfüllen, sondern **auch dann, wenn ein Dritter** (z. B. der Vermittler) in Ihrem Namen **den Antrag ausfüllt**. Verletzen Sie diese Anzeigepflicht, so können wir vom Vertrag zurücktreten.
Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. **In diesem Fall** haben wir das **Recht**, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu **kündigen**.
Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und unser Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Die anderen Bedingungen werden auf unser Verlangen rückwirkend – bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode – Vertragsbestandteil.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich **willige ein**, dass die Gothaer Lebensversicherung AG, Köln (kurz Gothaer) im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.
Ich willige ferner ein, dass die Gothaer und die mit ihr konzernmäßig verbundenen Unternehmen und Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.
 Ohne Einfluss auf den Vertrag und **jederzeit widerrufbar willige ich weiterhin ein**, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags-, und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.
Diese Einwilligungen gelten nur, wenn ich vor Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung – als Bestandteil der mir vor Antragstellung ausgehändigten Kundeninformationen – Kenntnis nehmen konnte.

Entbindung von der Schweigepflicht

• 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 Schweigepflichtenbindung 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.

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 Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer neuen Versicherung 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

	Tarif	Tarifbeschreibung	Leistungsbeschreibung
Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Premium	BU12 T	Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Premium.	Befreiung von der Beitragszahlungspflicht und Zahlung der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente während der Dauer einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung.
	BU12 ST	Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Premium nach Tarif BU12T mit abgesenkten Anfangsbeiträgen in der Startphase.	Die Rente wird gemäß vereinbarter Zahlweise im voraus, erstmalig anteilig bis zum Ende der laufenden Rentenzahlungsperiode gezahlt. - Versicherungsbedingungen in Premiumqualität - Zusatzleistungen bei RehaMaßnahmen, Wiedereingliederung und Umorganisation - Zusatzleistung bei Eintritt einer schweren Erkrankung eines eigenen Kindes - Nachversicherungsoption bei bestimmten Anlässen - Einmalige Nachversicherungsoption ohne besonderen Anlass in den ersten fünf Jahren - Lebenslange Rentenzahlung bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit möglich - Garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall sofern gewählt
Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Basis	BU12 B	Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Basis.	Befreiung von der Beitragszahlungspflicht und Zahlung der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente während der Dauer einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung.
	BU12 SB	Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Basis nach Tarif BU12B mit abgesenkten Anfangsbeiträgen in der Startphase.	Die Rente wird gemäß vereinbarter Zahlweise im voraus, erstmalig anteilig bis zum Ende der laufenden Rentenzahlungsperiode gezahlt. - Versicherungsbedingungen in Basisqualität und entsprechendem Beitragsniveau - Wechselmöglichkeit in die Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Premium zu bestimmten Anlässen - Zusatzleistung bei Eintritt einer schweren Erkrankung eines eigenen Kindes - Nachversicherungsoption bei bestimmten Anlässen - Garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall sofern gewählt
Gothaer Direktversicherung Berufsunfähigkeitspolice	BU12 DV	Gothaer Direktversicherung Berufsunfähigkeitspolice mit gleicher Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer. Die Leistungsdauer kann gegenüber der Versicherungsdauer verlängert sein.	Befreiung von der Beitragszahlungspflicht und Zahlung der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente während der Dauer einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung.
	BU12 SDV	Gothaer Direktversicherung Berufsunfähigkeitspolice nach Tarif BU12 DV mit abgesenkten Anfangsbeiträgen in der Startphase.	Die Rente wird gemäß vereinbarter Zahlweise im voraus, erstmalig anteilig bis zum Ende der laufenden Rentenzahlungsperiode gezahlt. - Berufsunfähigkeitsversicherung im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge
Überschuss-system		leistungsfreie Zeit	leistungspflichtige Zeit
		Beitragsreduktion – Die Überschüsse werden dazu verwendet, die Beiträge für die Berufsunfähigkeitsversicherung zu reduzieren. Der Reduktionssatz ist jeweils für ein Versicherungsjahr Sofortbonus – Die Überschüsse werden zur Erhöhung der versicherten Rente aus dieser Berufsunfähigkeitsversicherung verwendet. Diese werden von Versicherungsbeginn an jeweils für ein Versicherungsjahr gewährt und erhöhen die Versicherungsleistung im Falle der Berufsunfähigkeit. Familienbonus – Lebt die Versicherte Person in einem gemeinsamen Haushalt mit dem Ehegatten/Lebenspartner und einem gemeinsamen Kind, so werden in der leistungsfreien Zeit höhere Überschüsse gewährt.	Bonusrente – Es wird eine jährlich steigende Bonusrente gezahlt. Der Zuwachs bemisst sich in Prozent der gesamten Vorjahresrente inkl. etwaigem Sofortbonus und der erreichten Bonusrente.
Tarife mit besonderen Zugangsvoraussetzungen	(K, G, Q, R)	Es gelten die Versicherungsbedingungen für die Grundtarife nach Maßgabe der Vereinbarungen im Kollektivvertrag.	