Mitarbeiter-Anmeldung
zu einer privaten Ergänzungsversicherung
zum bestehenden Gruppenversicherungsvertrag mit der Gothaer Krankenversicherung

Gothaer

>> Drucken | >> neue Eingabe

Versicherungsnummer

0.57433
GKR-Agenturnummer

ANGVU001
Stand 06.2026

Arbeitgeber / Firma

Siemens
Vertragspartner der Gruppen-Krankenversicherung

12080
Kollektivvertragsnummer

Versicherungsfähige Personen

Versicherungsfähig sind **ausschließlich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter** der vorgenannten Firma – Vertragspartner – sowie der mit ihr verbundenen Unternehmen. Externe Dritte, die nicht zu diesem Personenkreis gehören, können keinen rechtsgültigen Vertrag abschließen.

Anmeldender / Mitarbeiter / versicherte Person (VP)

Titel, Vorname, Name

☐ männlich
☐ weiblich

Straße und Hausnummer

D
Staat | Postleitzahl | Ort

Geburtsdatum | derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche | Einstellungsdatum

Derzeitiger Krankenversicherer (Name der gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherung)

Freiwillige Angaben

Telefonnummer | Mobilnummer | Telefaxnummer | E-Mailadresse

Beginn der Versicherung

01 . 01 . 2027
Versicherungsbeginn

Hinweise Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer von 2 Jahren abgeschlossen (zum Versicherungsjahr s. Tarifbedingungen). Er verlängert sich stillschweigend um jeweils 1 Jahr, sofern er nicht bedinungsgemäß gekündigt wird.

Zum versicherungsfähigen Personenkreis gehören ausschließlich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der oben genannten Firma (siehe Vertragspartner) bzw. mit ihr verbundener Unternehmen. Externe Dritte, die nicht zu diesem Personenkreis gehören, können keinen rechtsgültigen Vertrag abschließen.

Beitragszahlung

Die Teilnahme an der Gruppen-Krankenversicherung ist nur mit SEPA-Lastschriftverfahren möglich.

Zahlweise ☐ jährlich (4 % Nachlass) ☐ 1/2-jährlich ☐ 1/4-jährlich ☐ monatlich

Teilnahme am SEPA-Lastschriftverfahren ☐ nein ☒ ja (bitte **SEPA-Lastschrift-Mandat ausfüllen**)

Beitragszahler ☒ Mitarbeiter

Versicherungsumfang MediGroup (Tarife **ohne** Alterungsrückstellungen)

- **Ambulant** ☐ A 0 , 0 0
- **Zahn** ☐ Z 0 , 0 0 ☐ ZB 0 , 0 0
  ☐ Z Duo 0 , 0 0
- **Stationär** ☐ S 1 0 , 0 0 ☐ S 2 0 , 0 0
- **Verdienstausfall** ☐ TG
  Tarifstufe | Tagessatz*

Die Beiträge entnehmen Sie der beigefügten Datei. >>

Monatlicher Gesamt-Beitrag Alle Beträge in EUR.

Gesundheitszustand

Hinweis: Falls Sie die **Angaben zum Gesundheitszustand nicht bestätigen** können, **nutzen Sie** bitte den **Antrag mit Gesundheitsfragen**.

☐ **Ich bestätige**, dass ich in den letzten 12 Monaten vor Anmeldung **nicht länger als 20 Tage arbeitsunfähig** krank war.

Nur bei Tarif MediGroup Z Duo

Verkürzte Leistungsbegrenzung bei Vorversicherung:
Es besteht bis zum Versicherungsbeginn eine private Zusatzversicherung für Zahnersatz mit einer vorgesehenen tariflichen Erstattung von mindestens 80 % bei dem folgenden Unternehmen:

.....

Name Ihres bisherigen Versicherungsunternehmens

Versicherungs-schutz vor Ablauf der Widerrufsfrist

Ich stimme zu, dass mein beantragter Versicherungsschutz **vor** Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Abweichend von den dem Versicherungsvertrag zugrundeliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen wird der erste Beitrag mit Beginn des Versicherungsschutzes fällig.

Empfangs-bekenntnis

Darüber hinaus bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich, rechtzeitig vor Abgabe dieses Antrags, die Kundeninformationen nach der Informationspflichtenverordnung (VVG- InfoV) und § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sowie die aktuellen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der beantragten Tarife erhalten habe.

Einwilligung in die Daten-verarbeitung

Weiterhin habe ich die auf den Folgeseiten des Antrags abgedruckten Erläuterungen zur

1. Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten durch die Gothaer Krankenversicherung AG
2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten
3. Weitergabe meiner Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Gothaer Krankenversicherung AG sowie Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit der unter 3.1 bis 3.4 genannten Stellen – wie die
   3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung
   3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
   3.3 Datenweitergabe an Rückversicherer
   3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
4. Speicherung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

und meine **Widerrufsmöglichkeit** zur Kenntnis genommen und willige durch meine nachstehende Unterschrift in dem dort beschriebenen Umfang in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützten Daten durch die Gothaer Krankenversicherung AG ein.

Schluss-erklärungen

Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben und Erklärungen, die Sie oder der/die Vermittler/-in für Sie in diesem Antrag gemacht haben auf **Richtigkeit und Vollständigkeit. Beachten Sie** hierzu auch die **auf den folgenden Seiten** beschriebenen **„Erklärungen und wichtigen Hinweise“** sowie die **„wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht“.** Sie sind **wichtiger Bestandteil des Vertrages. Ich mache mit meiner Unterschrift die „Erklärungen und wichtigen Hinweise“ sowie die „wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht“ zum Inhalt dieses Antrags.**

Unterschriften

Ort, Datum (immer angeben)		**Zu versichernde Personen ab 16 Jahren** (bei Minderjährigen zusätzlich gesetzlicher Vertreter)	**Antragsteller/ Hauptversicherter**

Bitte senden Sie das Anmeldeformular bzw. den Versicherungsantrag an:
per E-Mail: siemens@gothaer.de

SEPA-Lastschrift-Mandat

Antwort: Gothaer Krankenversicherung AG, 50598 Köln

Hinweise

Bitte **alle Felder** zur **Zahlungsart und Kontoverbindung ausfüllen.**

Ihre Rechte zum SEPA-Lastschrift-Mandat sind in einem **Merkblatt** enthalten, das Sie **von Ihrem Geldinstitut** erhalten.

Sie können **innerhalb von 8 Wochen**, beginnend mit dem Belastungsdatum, **die Erstattung des belasteten Betrages verlangen**.
Es gelten dabei die mit Ihrem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Angaben zum Zahlungsempfänger

Gothaer Krankenversicherung AG
Arnoldiplatz 1
50969 Köln

Gläubiger ID DE52ZZZ00000070522

Mandatsreferenz ..... Vom Zahlungsempfänger auszufüllen.

Verwendungszweck

.....
Versicherungsschein- / Antragsnummer des zugrunde liegenden Vertrages (falls bekannt)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Geldinstitut an, die vom oben genannten Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Zugleich erkläre ich / erklären wir uns damit einverstanden, dass die Mindestfrist zur Vorab-Information einer SEPA-Basislastschrift (Pre-Notification) von 14 auf 5 Arbeitstage verkürzt wird.

Zahlungsart ☐ Wiederkehrende Zahlung ☐ Einmalige Zahlung

Datum erster Einzug/ Gültig ab .....

Angaben zur Kontoverbindung des Zahlungspflichtigen

.....
Anrede, Vorname, Name

.....
Straße und Hausnummer

....
Land PLZ Ort

.....
IBAN (Internationale Bankkontonummer)

....
BIC (Internationale Bankleitzahl des Geldinstituts)
Im europäischen Währungsraum nicht erforderlich.
Name des Geldinstituts

Ort, Datum und Unterschriften

....
Ort Datum Unterschrift des Zahlungspflichtigen Unterschrift des 2. Zahlungspflichtigen

Zur Information **Angaben zum Vertragsverhältnis zwischen Zahlungsempfänger und Zahlungspflichtigen.**

Bei abweichendem Beitragszahler

.....
Name des Versicherungsnehmers

Dieses Feld nicht ausfüllen, falls Sie für sich selbst zahlen.

Hinweise zur Datenverarbeitung und den Ihnen zustehenden Rechten nach Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Nach Art. 13 DSGVO möchten wir Ihnen Informationen zur Datenverarbeitung geben. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die **Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln, E-Mail info@gothaer.de**. Alle weiteren Informationen nach Art. 13 DSGVO finden Sie im Datenschutz-Informationsblatt. Dieses enthält insbesondere Angaben zur **Kontaktmöglichkeit zum Datenschutzbeauftragten, zum Zweck und zur Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung, zu den Empfängern personenbezogener Daten, zur Speicherdauer, zu Ihren Betroffenenrechten und zu eventuell eingesetzten automatisierten Entscheidungen**. Das Informationsblatt finden Sie in der jeweils aktuellen Fassung unter www.gothaer.de/datenschutz.

115921 – 05.2018

Einwilligung zur Schweigepflichtentbindung der Gothaer Krankenversicherung

Gothaer

AN215797

Einwilligung in die Verarbeitung* von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag verarbeiten zu dürfen, benötigt die Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (kurz: Gothaer) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die Gothaer Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, verarbeiten zu dürfen. Die Gothaer benötigt Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen weiterleiten zu dürfen.
Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.
Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten
– durch die Gothaer selbst (unter 1.),
– im Zusammenhang mit der Erhebung oder Erfassung bei Dritten (unter 2.),
– bei der Übermittlung an Stellen außerhalb der Gothaer (unter 3.) und
– wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).
Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

* Nach Art. 4 Ziffer 2 DSGVO umfasst die „Verarbeitung“ u. a. das Erheben, das Erfassen, die Organisation, das Ordnen, die Speicherung, die Anpassung oder Veränderung, das Auslesen, das Abfragen, die Verwendung, die Offenlegung durch Übermittlung oder Verbreitung personenbezogener Daten.

1. Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten

Verarbeitung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Gothaer.

Ich willige ein, dass die Gothaer die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten verarbeitet, soweit dieses zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Erhebung oder Erfassung von Gesundheitsdaten bei Dritten

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen zu erheben oder zu erfassen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die Gothaer die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben. Die dazu erforderliche Einverständniserklärung wird im Einzelfall eingeholt.

3. Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten

Die Gothaer verpflichtet die unter 3.1 bis 3.4 genannten Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1 Übermittlung von Daten zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Gothaer benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Gothaer meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Gothaer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Gothaer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die Gothaer führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft unserer Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten übermittelt, benötigt die Gothaer Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.
Die Gothaer führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Gothaer verarbeiten unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.gothaer.de/datenschutz eingesehen oder bei info@gothaer.de angefordert werden. Für die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Gothaer Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Gothaer meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang verarbeitet werden, wie die Gothaer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Versicherungsgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Übermittlung von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Übermittlung von Daten an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Gothaer Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die Gothaer Ihren Versicherungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.
Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die Gothaer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risikoprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.
Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Gothaer das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.
Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen übermittelt, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen übermittelt werden.
Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.
Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die Gothaer unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Gothaer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Übermittlung von Daten an selbstständige Vermittler

Die Gothaer gibt grundsätzlich keine Angabe zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.
Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.
Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.
Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen.
Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Übermittlung von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die Gothaer meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort verarbeitet und zu Beratungszwecken verwendet werden dürfen.

4. Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die Gothaer Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die Gothaer speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können bzw. selbst notwendige Anfragen an Mitglieder des PKV-Verbandes zu richten. Ihre Daten werden bei der Gothaer bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die Gothaer meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken verarbeitet.

Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht
Vorvertragliche Anzeigepflicht

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

[Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln schriftlich nachzuholen.]

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand
– weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
– noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht
ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.
Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.
Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil.
Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der rückwirkenden Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Erklärungen und wichtige Hinweise

Verpflichtungen bis zur Annahme des Antrags

Ich verpflichte mich, alle Heilbehandlungen (einschließlich Beratungen und Untersuchungen), alle Veränderungen im Gesundheitszustand, alle Veränderungen hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit und/oder – sofern eine Krankentagegeldversicherung beantragt wird – eine Verminderung des Nettoeinkommens der zu versichernden Personen, **die bis zur Annahme dieses Antrags eintreten, vollständig und wahrheitsgemäß anzugeben,** sofern der Versicherer nach Antragstellung bis zur Zusendung des Versiche-rungsscheins erneut Fragen hiernach stellt.

Antragsbindefrist

An meinen Antrag bei der Gothaer Krankenversicherung AG, dessen Durchschrift mir nach meiner Unterschrift ausgehändigt wird, halte ich mich 6 Wochen gebunden, sofern ich ihn nicht nach Zugang des Versicherungsscheins innerhalb von 14 Tagen widerrufe. Die Frist beginnt mit dem Tag, an dem der Antrag unterschrieben ist.

Bei Anträgen auf Krankentagegeld

Erklärungen zum Nettoeinkommen bei Anträgen auf Krankentagegeld:
Ich bestätige, dass das beantragte Krankentagegeld zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigt.

Änderung von Anschrift u. Namen

Mir ist bekannt, dass Änderungen von Anschrift oder Namen des Versicherungsnehmers und/oder der versicherten Person/-en dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen sind.

Besonderheiten in der Gruppen-Kranken-versicherung (Auszüge)

Versicherungsnehmer
Versicherungsnehmer ist der Vertragspartner des Gruppen-Krankenversicherungsvertrages. Versichert werden Personen (hauptversicherte und mitzuversichernde Personen) soweit sich ihre Berechtigung zum Beitritt aus dem Gruppenversicherungsvertrag ergibt und Versicherbarkeit nach dem jeweiligen Tarif besteht.

Beendigung des Gruppen-Krankenversicherungsvertrages und Fortsetzung des einzelnen Versicherungsverhältnisses
Das Versicherungserhältnis im Gruppen-Krankenversicherungsvertrag endet mit Beendigung bzw. Ablauf des Gruppen-Krankenversicherungsvertrages bzw. Ausscheiden aus dem versicherungsfähigen Personenkreis. In diesem Falle hat der Versicherte das Recht auf unmittelbare Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu den Bedingungen eines vergleichbaren Tarifes der Einzelversicherung, sofern er mindestens 3 Monate versichert war. Besondere Vereinbarungen werden Bestandteil der Einzelversicherung. Die Wartezeiten entfallen in der Einzelversicherung. Ein Antrag auf Weiterführung muss innerhalb von 2 Monaten nach Beendigung der Versicherung im Gruppen-Krankenversicherungsvertrag beim Versicherer gestellt werden. Ein Antrag auf Weiterführung nach Ablauf der Frist von 2 Monaten gilt als Neuantrag zur Einzelversicherung. Als Neuantrag gilt auch, wenn der beantragte Versicherungsschutz über den bisherigen hinausgeht. Das ordentliche Kündigungsrecht eines einzelnen Versicherungsverhältnisses (Austrittserklärung) bleibt unberührt (siehe Versicherungsdauer).

Zustandekommen des Vertrages

Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn vor Antragstellung die nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und der Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) erforderlichen Unterlagen und Informationen übergeben worden sind und der Versicherungsnehmer nach Erhalt des Versicherungsscheins nicht innerhalb von 14 Tagen seine Vertragserklärung widerruft.

Vertragsgrundlagen

Die gegenseitigen **Rechte und Pflichten** richten sich nach diesem Antrag, von dem mir **bei Antragstellung eine Durchschrift/Kopie** ausgehändigt wird, und evtl. dazu abgegebenen schriftlichen Erklärungen, den gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland sowie nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, einschließlich Tarifbeschreibung. Mündliche Nebenabreden sind ungültig.

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1 — **Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise**

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- **der Versicherungsschein,**
- **die Vertragsbestimmungen,**
  einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- **diese Belehrung,**
- **das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten**
- **und die weiteren in Abschnitt 2 ausgeführten Informationen**

jeweils in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln, Telefax: 0221 308 21900, E-Mail: kv_service@gothaer.de

Sie können Ihr Widerrufsrecht auch online unter https://www.barmeniagothaer.de/widerruf/ ausüben. Wenn Sie diese Online-Funktion nutzen, übermitteln wir Ihnen auf einem dauerhaften Datenträger (z. B. durch eine E-Mail) unverzüglich eine Eingangsbestätigung mit Informationen zum Inhalt der Widerrufserklärung sowie dem Datum und der Uhrzeit ihres Eingangs.

Widerrufsfolgen

Beginnt der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist, endet im Falle eines wirksamen Widerrufs der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen nur den auf die Zeit nach dem Zugang der Widerrufserklärung entfallenden Teil der Prämien zurückzugewähren.

Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang der Widerrufserklärung entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag um einen Betrag in Höhe von 1/360 der von Ihnen für ein Jahr zu zahlenden Prämie. Sie dürfen in diesem Fall Versicherungsleistungen, die Sie vor der Ausübung des Widerrufsrechts aufgrund eines Versicherungsfalls aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben, einbehalten.

1167XX – 06.2026

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren sind.

Leistungen sind unverzüglich, spätestens innerhalb von 30 Tagen, zurückzugewähren. Die Frist beginnt für den Versicherer mit dem Zugang und für den Versicherungsnehmer mit der Abgabe der Willenserklärung.

Besondere Hinweise

Wenn Sie Ihr Widerrufsrecht nicht ausüben, sind Sie an den Vertrag gebunden.

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ihr Widerrufsrecht erlischt spätestens zwölf Monate und 14 Tage nach dem Vertragsschluss.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
8. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
9. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
10. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
11. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
    b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
12. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
13. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
14. das auf den Vertrag anwendbare Recht;
15. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
16. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
17. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

Hinweise zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz

Hinweise zur Datenverarbeitung und den Ihnen zustehenden Rechten nach Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Nach Art. 13 DSGVO möchten wir Ihnen Informationen zur Datenverarbeitung geben. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die **Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln, E-Mail info@gothaer.de**. Alle weiteren Informationen nach Art. 13 DSGVO finden Sie im entsprechenden Informationsblatt, welches diesem Antrag als Anlage beigefügt ist. Dieses enthält insbesondere Angaben zur **Kontaktmöglichkeit zum Datenschutzbeauftragten, zum Zweck und zur Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung, zu den Empfängern personenbezogener Daten, zur Speicherdauer, u Ihren Betroffenenrechten und zu eventuell eingesetzten automatisierten Entscheidungen**. Das Informationsblatt finden Sie in der jeweils aktuellen Fassung auch unter www.gothaer.de/datenschutz.