Antrag (1/2):

Persönliche Daten

Vermittlerdaten

Antragschlüssel

Daten des Abschlussvermittlers:
Daten des Betreuers:
Kennnummer:
Abrechnungsgruppe:

Versicherungsnummer:
Antragsnummer/ext. Maklernummer/Fremdaktenzeichen:
Marketingschlüssel:

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

Titel, Vorname, Name oder Firma:
Straße und Hausnummer:
Staat: Postleitzahl: Ort:
Geburtsdatum: Nationalität: Steueridentifikationsnummer:
Geburtsname: Geburtsland: Geburtsort:
E-Mailadresse (für eine schnellere Bearbeitung bei Rückfragen): Telefonnummer (freiwillige Angabe):

männlich
 weiblich

alleinstehend
 verheiratet/verpartnert

Ich möchte meine Vertragsdokumente an die oben angegebene E-Mailadresse erhalten.
Bei bAV: zentrale E-Mailadresse (z. B. Personalabteilung) des Arbeitgebers.

Ich möchte zusätzlich monatlich per E-Mail über meinen Vertragsstand informiert werden (gilt nur für Gothaer Index Protect).

angestellt öffentlicher Dienst
 selbstständig ohne Beschäftigung derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche:

steuerpflichtig in USA nein ja ITIN/EIN:

Sind Sie in einem weiteren Land außer Deutschland steuerpflichtig? nein ja, in:
ausländische Steueridentifikationsnummer:

Zu versichernde Person (VP) falls abweichend von VN

Titel, Vorname, Name:
Straße und Hausnummer:
Staat: Postleitzahl: Ort:
Geburtsdatum: Nationalität: **Nur bei bAV:** Steueridentifikationsnummer:
Geburtsname: Geburtsland: Geburtsort:

männlich
 weiblich

alleinstehend
 verheiratet/verpartnert

Angaben nach dem Geldwäschegesetz

Nicht bei Gothaer Basisvorsorge, Direktversicherung, Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung

Der Antragsteller hat sich ausgewiesen durch gültigen Personalausweis Reisepass gültig bis:

Bitte immer eine deutlich lesbare Kopie (Vorder- und Rückseite) des Personalausweises oder Reisepasses beifügen.

Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz durch den Vermittler
Der Gesetzgeber fordert eine ordnungsgemäße Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz. Dies bedeutet, dass der Antragsteller zum Zeitpunkt der Identifizierung persönlich anwesend ist und sich durch das Original Ausweisdokument ausweist und eine Kopie dieses Dokumentes eingereicht wird.

Das Ausweisdokument wurde dabei von dem Vermittler auf Echtheit und Gültigkeit geprüft:
– Keine Beschädigungen
– Keine Aufkleber (außer eventuell Adresssatz)
– Sicherheitsmerkmale (Hologramme) sind gegeben

Eine deutlich lesbare Kopie des gültigen Personalausweises/Reisepasses (Vorder- und Rückseite) wird nachgereicht

Wirtschaftlich Berechtigter

Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung sowie die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf meine **eigene Veranlassung**. Ich wurde hierzu von keinem Dritten beauftragt.
 Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung sowie die damit verbundenen Transaktionen erfolgen **nicht** auf eigene Veranlassung. Ich wurde hierzu von einem Dritten beauftragt:

Titel, Vorname, Name, Straße, Hausnummer:
Staat: Postleitzahl: Ort: Geburtsdatum:
 männlich weiblich

Juristische Person

Ist der Antragsteller und/oder der wirtschaftlich Berechtigte eine juristische Person (z. B. AG, GmbH, KG, Stiftung etc.)? nein ja
Falls ja, ist das Zusatzblatt „**Erweiterte Auskunft zu einer juristischen Person**“ auszufüllen und zusammen mit den **hierin genannten Unterlagen** dem Antrag beizufügen. Das Zusatzblatt finden Sie unter der Druckartikelnummer 114193 im Materialverzeichnis.

Auftretende Person

Gibt es für den Antragsteller/unsere Vertragspartner eine natürliche Person, die für diesen ausdrücklich auftritt (sogenannte Auftretende Person)?
Zu identifizieren ist diejenige Person, die nachweislich im Namen und in Vollmacht des Vertragspartners handelt.

Nein Ja, bitte Zusatzblatt (www.gothaer.de/216653) ausfüllen (wichtige Hinweise sowie Definitionen auf dem Zusatzblatt)

Auskunft zur Herkunft des Geldes **Ab 100.000 EUR Einmalbeitrag / Depoteinlage: Woraus wird der Beitrag finanziert? (Mehrfachnennungen möglich. Bitte beschreiben Sie die Geldherkunft möglichst konkret. Fügen Sie bitte unbedingt die entsprechenden Nachweise in Kopie bei, zum Beispiel: Kontoauszug, Kaufvertrag, Erbschein, Testament.)**

Einkommen/Gewinn/Kapitalvermögen – Unbedingt den ausgeübten Beruf im Abschnitt Antragsteller angeben.

Wie hoch war das regelmäßige monatliche (Familien-)Nettoeinkommen der letzten 12 Monate?

EUR

Über welches weitere Kapitalvermögen verfügen Sie? (z. B. Sparbücher, Tagesgeldkonten, Fondsvermögen, etc.)

EUR

Einmalbeitrag, Zuzahlung stammt aus: dem Sparkapital bei einem anderen Finanzdienstleister (nicht Gothaer)

Investmentdepot, Sparvertrag, Sparbuch, sonstige Sparkonten

dem Verkauf einer Immobilie (Bitte Anschrift angeben)

Ablaufleistung aus einem anderen Versicherungsvertrag

Erbschaft

Schenkung

andere Herkunft

Außerhalb der konkreten Geldanlage verfügen Sie noch über: weniger als 500.000 EUR bis zu 1 Mio. EUR Mehr als 1 Mio. EUR

Konto für Rentenzahlung/Auszahlung

(Nur ausfüllen bei sofort beginnender Rentenzahlung oder bei Auszahlung eines die Wiederanlagesumme übersteigenden Betrags.)

IBAN (internationale Bankkontonummer)

BIC (internationale Bankleitzahl des Geldinstituts)

Name des Geldinstituts

Im europäischen Währungsraum nicht erforderlich.

Nur bei HIZ: weitere zu versichernde Person

Titel, Vorname, Name

Geburtsdatum

männlich

weiblich

Straße und Hausnummer

Staat

Postleitzahl

Ort

Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht

Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer beispielsweise vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann. Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Schlussserklärung und in den „Erklärungen und wichtigen Hinweisen“.

Zusätzlich beachten Sie bitte die Erläuterungen zur Durchführung genetischer Tests auf der Seite „Erklärungen und wichtige Hinweise“.

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 Versicherungsunternehmen oder sind solche Anträge in den **letzten 12 Monaten** gestellt worden?

nein

ja (Versicherung, Versicherungssumme, Versicherungsunternehmen, gekündigt, nicht gekündigt):

Fragen zur beruflichen Tätigkeit der zu versichernden Person

Immer zu beantworten.

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus? seit wann?

(nur zu beantworten bei SBU und BUZ)

Nur zu beantworten bei einer Versicherungssumme > 150.000 EUR (schwere Krankheiten), Todesfallschutz > 300.000 EUR oder wenn eine BU-Rente > 18.000 EUR jährlich (jeweils inkl. bestehender Vorversicherungen und inkl. Sofort- bzw. Todesfallbonus) beantragt oder ein ärztliches Zeugnis erforderlich ist.

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)

Übersteigt die Versicherungssumme im Todesfall 600.000 EUR, fügen Sie bitte Einkommensnachweise in Kopie bei.

bei Berufsstartern: Wie hoch ist Ihr vereinbartes jährliches Bruttoarbeitseinkommen?

Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten selbstständig gemacht oder beabsichtigen Sie, sich in den nächsten 12 Monaten selbstständig zu machen?

nein

ja, als

Nur zu beantworten, wenn eine BU-Rente oder BU-Beitragsbefreiung beantragt ist.

Branche

angestellt selbstständig öffentlicher Dienst ohne Beschäftigung derzeit Ausbildung/Studium zu:

Nur zu beantworten, wenn eine BU-Rente beantragt ist.

Welche berufliche Ausbildung haben Sie abgeschlossen?

kaufmännische Ausbildung:

handwerkliche/technische Ausbildung:

Studium:

sonstiges (z. B. ungelemt; nicht abgeschlossene(s) Ausbildung/Studium):

- Zusatzfragen**
- Zu wie viel Prozent üben Sie eine Innendiensttätigkeit mit kaufmännischen Aufgaben oder Büro-, Planungs-, Entwicklungs-, Beratungs- oder Verwaltungsarbeiten aus? mindestens 75% weniger als 75%
 - Wie hoch ist bei Ihrer Tätigkeit der Anteil belastender Einflüsse z. B. durch körperliche und handwerkliche Arbeit, Schicht- oder Wechseldienst, Nachtarbeit oder Fahrtätigkeit? mindestens 25% weniger als 25%
 - Wie viele fest angestellte Voll- bzw. Teilzeitmitarbeiter (nicht: geringfügig Beschäftigte) führen Sie als disziplinarischer Vorgesetzter? mindestens 7 weniger als 7
 - 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

Bitte immer beantworten, wenn eine Gesundheitsprüfung erforderlich ist. Sollte der Platz für die Beantwortung nicht ausreichen, sind diese auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt zu machen oder das Beiblatt „Ergänzende Angaben zum Gesundheitszustand“ (215905) auszufüllen und beizufügen.

- gesondertes Beiblatt? ja
 ärztliches Zeugnis? folgt liegt bei

Allgemeine Frage **Größe und Gewicht**

Größe in cm Gewicht in kg

Angaben zum Gesundheitszustand

Folgende Fragen sind in Abhängigkeit vom beantragten Produkt immer zu beantworten:

Hauptversicherungen:	Kapitalversicherung, Gothaer VarioRent plus – Fonds mit erhöhtem Todesfallschutz, Risikoversicherung, Gothaer Perikon ausschließlich als Todesfallversicherung	Fragen 1 bis 10 (ohne 3)
	Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung	Fragen 1 bis 12
	Gothaer Perikon mit Leistung bei Eintritt einer schweren Krankheit und im Todesfall	Fragen 1 bis 14
	Gothaer Perikon Junior (Eintrittsalter der VP max. 14 Jahre)	Fragen 18 bis 20
Zusatzversicherungen:	Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung (außer sofortbeginnende Rente)	Fragen 1 bis 10
	nur BU-Beitragsbefreiung bei DV GarantieRente Index oder bei jährlichem Zahlbeitrag nicht mehr als 3.504 EUR	Fragen 15 bis 17
	BU-Rente, BU-Beitragsbefreiung bei jährlichem Zahlbeitrag über 3.504 EUR	Fragen 1 bis 12
produktunabhängig:	wenn ärztliches Zeugnis erforderlich (zusätzlich)	Fragen 11 bis 12

	nein ▼	ja ▼
1. Haben Sie in den letzten 12 Monaten (Beachte: nur für die Risikolebensversicherung in den letzten 36 Monaten) geraucht (z. B. Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeifen)?	1. ☐	☐
Wenn ja. Was?		
Wie viel täglich?		
2. Ist eine ambulante oder stationäre Behandlung in den nächsten 12 Monaten beabsichtigt oder von einem Arzt oder Therapeuten empfohlen?	2. ☐	☐
3. Wurden in den letzten 12 Monaten von Ärzten oder Heilpraktikern Arzneimittel verordnet? Welche und wogegen?	3. ☐	☐
4. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 3 Jahren Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen der folgenden Organsysteme bzw. der folgenden Art und erfolgten deswegen Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen bei Ärzten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten, Psychologen, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten?	4.	
Wenn Sie eine oder mehrere der nachfolgenden Fragen mit „ja“ beantworten, füllen Sie bitte den dazugehörigen Zusatzfragebogen aus.		
<i>Die folgenden Aufzählungen zeigen Ihnen dazu nur Beispiele, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben.</i>		
a) Herz und Kreislauforgane	z. B. Hypertonie (Bluthochdruck), Durchblutungsstörungen, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzmuskelschaden, Herzrhythmusstörungen, Verschlusskrankheit, Thrombose, Embolie, Venenleiden, Schlaganfall, Schwindel, Ohnmacht (Synkope)	a) ☐
b) Atmungsorgane (inkl. Coronavirus-Infektion)	z. B. Asthma (auch allergisches Asthma), Heuschnupfen mit asthmatischen Beschwerden, Chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe	b) ☐
c) Verdauungsorgane, Leber, Milz, Bauchspeicheldrüse	z. B. Speiseröhrenerkrankung, Gastritis, Magengeschwür, Darmentzündung, erhöhte Leberwerte, Leberentzündung, Fettleber, Alkoholerkrankung der Leber, Gallenerkrankungen, Milzvergrößerung, Bauchspeicheldrüsenentzündung oder -funktionsstörung	c) ☐
d) Harn- und Geschlechtsorgane	z. B. Nierenentzündungen, Nierenversagen, Zystennieren, Nierensteine, Blut im Urin, Eiweiß im Urin, Prostataerkrankungen, Erkrankungen der Geschlechtsorgane	d) ☐
e) Nervensystem und Gehirn	z. B. Schlaganfall, Tumore, Fehlbildung, Lähmung, periphere Nervenkrankheit (Krankheiten der Nervenbahnen), Anfallsleiden, Multiple Sklerose, Migräne, Hirn- oder Hirnhautentzündung, Parkinson'sche Krankheit, Kopfschmerzen	e) ☐
f) Psyche	z. B. ADHS, Depression, Angststörung, Essstörung, psychosomatische Störung, Schizophrenie, Suchterkrankung, Alkoholabhängigkeit, Suizidversuch, psychische Belastungsreaktion, psychotherapeutische Behandlung	f) ☐
g) Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten	z. B. Tuberkulose, Zeckenbisskrankungen, Hepatitis, Malaria, chronische Infektionen	g) ☐
h) Tumore und Blutkrankheiten	z. B. Krebserkrankungen, Leukämien, Lymphknotenschwellungen, Blutbildungsstörungen, Blutarmut (Anämie), Gerinnungsstörungen, Bluterkrankheit, Muttermale mit bösartigem Befund	h) ☐
i) Stoffwechsel	z. B. angeborene Stoffwechselerkrankungen (Leber, Muskel, Niere), Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörungen, Gicht, Schilddrüsenerkrankungen, Erkrankungen der inneren Drüsen wie Nebennieren, Hirnanhangdrüse	i) ☐
j) Bewegungsapparat	z. B. Wirbelsäulenerkrankung, Lumbago, Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Meniskuserkrankungen, Rheuma, Fibromyalgie, Gelenkschwellung, Erkrankung von Bändern, Sehnen oder Muskeln, Rückenbeschwerden, Gelenkverschleiß, Muskelschmerzen und -verspannungen, Beschwerden mit den Knien, Hüften, Schultern oder an anderen Stellen des Bewegungsapparates	j) ☐
5. Haben oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren Unfallverletzungen oder Vergiftungen?	5. ☐	☐
6. Wurden in den letzten 3 Jahren ambulante Operationen durchgeführt?	6. ☐	☐
7. Werden oder wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre wegen Medikamentenmissbrauchs, des Konsums von Alkohol, von Betäubungsmitteln oder von Drogen beraten oder behandelt? Wenn ja, wann, wo, durch wen?	7. ☐	☐
8. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Gesundheitsstörungen, Organfehler oder angeborene Erkrankungen, die Anlass waren zur Anerkennung einer Behinderteneigenschaft (GdS/GdB), Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder einer Pflegestufe?	8. ☐	☐
9. Haben in den letzten 5 Jahren stationäre Aufenthalte (Krankenhaus, Operation, Rehabilitation, Kur etc.) stattgefunden?	9. ☐	☐
10. Wurde bei Ihnen eine HIV Infektion festgestellt (z. B. positiver HIV Test)?	10. ☐	☐

nein ja
▼ ▼

11. Bestehen oder bestanden in den **letzten 3 Jahren** bei Ihnen Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen der folgenden Organsysteme bzw. der folgenden Art? 11.
Wenn Sie eine oder mehrere der nachfolgenden Fragen mit „ja“ beantworten, füllen Sie bitte den dazugehörigen Zusatzfragebogen aus.
 Die folgenden **Aufzählungen** zeigen Ihnen dazu nur **Beispiele**, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben.
- a) **Augen** z. B. Hornhauterkrankung, Netzhauterkrankung, grüner oder grauer Star, Lasik OP, Sehstörungen, Fehlsichtigkeit von mehr als +/- 5 Dioptrien a)
- b) **Ohren** z. B. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Gleichgewichtsstörungen nach Tinnitus, Ohrgeräusche, Gleichgewichtsstörungen b)
- c) **Allergien oder Haut** z. B. Ekzem, Allergie, Heuschnupfen, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hautausschlag c)
12. Bezogen, beziehen oder haben Sie in den **letzten 5 Jahren** eine Rente, Unfallrente oder Pension aus gesundheitlichen Gründen beantragt? Warum? **Bitte die Kopie des Rentenbescheids beifügen.** 12.
13. Haben Ihres Wissens nach Ihre leiblichen Eltern, Großeltern oder Geschwister vor dem Alter 60 an Herzerkrankungen, Herzinfarkt, Schlaganfall, Nierenerkrankungen, Tumorerkrankungen, Zuckerkrankheit, Multipler Sklerose, Alzheimer oder Parkinson'scher Krankheit, Muskeldystrophie, familiärer adenomatöser Polyposis, familiärer Cholesterinerhöhung oder anderen Erbkrankheiten gelitten? 13.
14. Wurden bei Ihnen Erkrankungszeichen in den **letzten 5 Jahren** beobachtet wie z. B. Urinbefunde (Eiweiß, Blut), Brustschmerzen bei Belastung, Sehstörungen wie Schleiersehen oder Doppelsehen, Empfindungsstörungen oder Sensibilitätsstörungen, Gehstörungen, Nervenausfälle, Blutarmut, Muskelschwund? 14.
15. Waren Sie in den **letzten 3 Jahren** aus gesundheitlichen Gründen mehr als 10 Kalendertage durchgehend nicht in der Lage Ihre berufliche Tätigkeit auszuüben bzw. Ihre Studientätigkeit auszuüben bzw. Ihre schulischen Verpflichtungen (Schulbesuch) wahrzunehmen? 15.
16. Waren Sie wegen Beschwerden oder Krankheiten des Rückens, des Bewegungsapparates, der Psyche, des Herzens oder des Kreislaufs, Zuckerkrankheit, Schlaganfall, Multiple Sklerose (MS) oder Krebserkrankungen in den **letzten 3 Jahren** in ärztlicher, physiotherapeutischer oder psychotherapeutischer Behandlung? 16.
17. Wurden in den letzten 12 Monaten von Ärzten verschreibungspflichtige Arzneimittel verordnet? Welche und wogegen? (Verhütungsmittel und Impfungen sind nicht anzugeben.) 17.
18. Bestehen angeborene Fehlbildungen, angeborene Funktionsstörungen von inneren Organen oder bestehen Impfschäden, Folgen von Infektionskrankheiten oder Unfällen oder Einschränkungen des Seh- oder Hörvermögens? Welche? Ggf. seit wann? 18.
- Hinweis: Der Rückfragezeitraum in den folgenden Fragen 19a – 19c beträgt bis zu 10 Jahre. Liegt das Alter des zu versichernden Kindes unter 10 Jahren, beziehen sich die Fragen auf den Zeitraum ab der Geburt.**
- Eine Kopie des kompletten U-Heftes muss bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres immer beigefügt werden.**
- 19 a. Wurde **in den letzten 10 Jahren** bei Untersuchungen des Kindes (einschl. Vorsorgeuntersuchungen gemäß U-Heft) Auffälligkeiten oder Abweichungen zur altersgemäßen Entwicklung festgestellt? Welche? Wann? Durch wen? 19a.
- 19 b. Wurde **in den letzten 10 Jahren** wegen Erkrankungen von inneren Organen, Erkrankungen des Nervensystems oder des Gehirns, wegen Stoffwechselstörungen (inkl. Diabetes), Erkrankungen der Wirbelsäule oder rheumatischen Erkrankungen, **über einen Zeitraum von mindestens 3 zusammenhängenden Monaten** ärztliche Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen (einschl. Medikamentenverordnung) durchgeführt? 19b.
- 19 c. Wurde **in den letzten 10 Jahren** Operationen (auch ambulant), stationäre Aufenthalte, eine Chemo- oder Strahlentherapie durchgeführt oder sind solche Maßnahmen **in den nächsten 12 Monaten** angedacht oder geplant? 19c.
20. Haben Ihres Wissens nach die leiblichen Eltern, Großeltern oder Geschwister des Kindes vor dem Alter 60 an Herzerkrankungen, Herzinfarkt, Schlaganfall, Nierenerkrankungen, Tumorerkrankungen, Zuckerkrankheit, Multipler Sklerose, Alzheimer oder Parkinson'scher Krankheit, Muskeldystrophie, familiärer adenomatöser Polyposis, familiärer Cholesterinerhöhung oder anderen Erbkrankheiten gelitten? 20.

Ergänzende Angaben zu den bei 2-20 mit „ja“ beantworteten Fragen ggf. Beiblatt (215905) nutzen

Frage	Genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose), Art der Beschwerden, Behandlungen, Operationen und Untersuchungen	Beginn (MM.JJJJ)	Ende (MM.JJJJ)	Dauer
	Bei wem? Wo? (auch Krankenanstalten, Sanatorien) Name, Postleitzahl, Ort	Medikamente (Name, Dosis, Dauer der Einnahme)		
	Bestehen Folgen der Erkrankung? ☐ nein ☐ ja. Welche?			
	Erfolgte ein stationärer Aufenthalt? ☐ nein ☐ ja. Welcher?			
	Ist die Erkrankung wiederholt aufgetreten? ☐ nein ☐ ja			

Frage	Genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose), Art der Beschwerden, Behandlungen, Operationen und Untersuchungen	Beginn (MM.JJJJ)	Ende (MM.JJJJ)	Dauer
	Bei wem? Wo? (auch Krankenanstalten, Sanatorien) Name, Postleitzahl, Ort	Medikamente (Name, Dosis, Dauer der Einnahme)		
	Bestehen Folgen der Erkrankung? ☐ nein ☐ ja. Welche?			
	Erfolgte ein stationärer Aufenthalt? ☐ nein ☐ ja. Welcher?			
	Ist die Erkrankung wiederholt aufgetreten? ☐ nein ☐ ja			

Hausarzt Hausarzt bzw. Arzt, der am besten über die gesundheitlichen Verhältnisse der zu versichernden Person Bescheid weiß.

Vorname, Name und vollständige Anschrift Fachrichtung in Behandlung seit

Besondere Gefahren der zu versichernden Person Sind Sie beruflich besonderen Gefahren ausgesetzt, z. B. Umgang mit Sprengstoffen, energiereichen Strahlen, gesundheitsschädlichen Stoffen? nein ja

Bitte erläutern Sie:

Üben Sie Extremsportarten wie z.B. Auto- und Motorradrennen, Kunstflug, Gleitschirmfliegen und Fallschirmspringen, Cage Fighting, Eisklettern, Höhlenwandern, Pferderennsport, Downhill, Parkour, Eis- und Höhlentauchen aus? nein ja

Wenn ja, welche Extremsportart üben Sie aus?

Bergsport z. B. Eisklettern, Höhlenwandern, Gebäude/Turmklettern etc. Bitte Fragebogen 115800 Bergsteigen ausgefüllt beifügen.

Flugsport z. B. Kunstflug, Gleitschirmfliegen, Fallschirmspringen etc. Bitte Fragebogen 115808 Flugsport ausgefüllt beifügen.

Automobilsport z. B. Autorennen, Rallyesport, Autocross etc. Bitte Fragebogen 116034 Automobilsport ausgefüllt beifügen.

Motorradsport z. B. Motorradrennen, Enduro, Dragster etc. Bitte Fragebogen 115803 Motorradsport ausgefüllt beifügen.

Tauchsport z. B. Eistauchen, Höhlentauchen, Freitauchen etc. Bitte Fragebogen 115807 Tauchen ausgefüllt beifügen.

Reitsport z. B. Pferderennsport, Polo, Rodeo etc. Bitte Fragebogen 115804 Reitsport ausgefüllt beifügen.

Sonstiges z. B. Parkour, Cage Fighting, Canyoning etc.

Bitte erläutern Sie:

Sind für die zu versichernde Person in den **nächsten 12 Monaten** Aufenthalte außerhalb der EU, Schweiz, Großbritannien, Norwegen, Island, USA, Kanada von mehr als 12 Wochen geplant?

nein ja (bitte erläutern Sie):

Nur zu beantworten bei Abschluss einer Gothaer Risikolebensversicherung:

Fährt die zu versichernde Person Motorrad mit einem Hubraum > 125 ccm oder einer Leistung > 15 PS / 11 kW im Straßenverkehr?

nein ja

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

		Personalnummer	Eintritt in die Firma
☐ Direktversicherung	aus Entgeltumwandlung	☐ ja ☐ nein (nicht bei Kapitalversicherung)	
☐ Unterstützungskasse	aus Entgeltumwandlung	☐ ja ☐ nein	
☐ Pensionsplan	aus Entgeltumwandlung	☐ ja ☐ nein	
☐ Pensionszusage (Leistungszusage)	mit Leistungsanpassung (Wortlaut der Vereinbarung wurde ausgehändigt)		☐ ja ☐ nein

Unverfallbarkeit gesetzlich vertraglich ab Beginn

Widerrufliches Bezugsrecht für den Todesfall (der VP)

Antragsteller/Versicherungsnehmer der dann in gültiger Ehe lebende **Ehepartner** (Bitte **nicht zusätzlich** namentlich benennen.)

folgende Person Vorname, Name männlich weiblich Geburtsdatum

den Fall von schwerer Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder Erwerbs-/ Berufsunfähigkeit (der VP)

Antragsteller/Versicherungsnehmer versicherte Person

Der Bezugsberechtigte soll die versicherte Person oder ein Angehöriger (gemäß § 15 Abs. 1 Nr. 2 bis 7 der Abgabenordnung (AO)) sein. Siehe auch „Hinweis zum Bezugsrecht oder zum Versorgungszweck“

Nur ausfüllen, wenn der **Familienbonus** beantragt ist (nur bei Risiko-lebensversicherung)

Partner (Vorname, Name)

Angaben zum leiblichen bzw. adoptierten, nicht volljährigen Kind, das mit der zu versichernden Person im gleichen Haushalt lebt:

Kind (Vorname, Name)

Zu versichernde Person und Partner leben in einer gemeinsamen gesetzlichen Ehe bzw. eingetragenen Lebenspartnerschaft? ja nein

Sofern keine gesetzliche Ehe bzw. keine eingetragene Lebenspartnerschaft vorliegt, muss ein gemeinsamer Wohnsitz der zu versichernden Person und des Partners nachgewiesen werden (Kopie der Personalausweise/Meldebescheinigungen).

Nachweis beigelegt? ja nein

Besondere Vereinbarungen

.....

.....