

Beitragsrechnung

BR LB4Z 0727.0400

Gothaer Lebensversicherung AG • 50598 Köln

02 3063 E211 64 8000 30A2

DV 08.24 0,85 Deutsche Post



*K4000*5704*0000778*0908*

Herrn

Robert Werner

Stockerholzstr. 22

88048 Friedrichshafen

Gothaer Lebensversicherung AG
 Service Unternehmertunden 1
 Telefon 0551 701-57260
 lv_service@gothaer.de
 www.gothaer.de

Lebensversicherung Nr. 87-379666-63**Versicherte Person: Robert Werner**

07.08.2024



Sehr geehrter Herr Werner,

fällig am 01.07.2024

für die Zeit vom 01.07.2024 bis 01.01.2025 ist Ihr Jahresbeitrag fällig; er beträgt

294,75 EUR**Ihr zu zahlender Betrag****294,75 EUR**

Bitte überweisen Sie den genannten Betrag unter Angabe des

**Verwendungszwecks 87-379666-63
 auf das Konto IBAN DE67 3005 0000 0072 0000 29.**

Der Versicherungsbeitrag ist in Deutschland nach § 4 Nr. 10 a UStG von der Umsatzsteuer und nach § 4 Abs. 1 Nr. 5 VersStG 2021 von der Versicherungsteuer befreit.

Mit freundlichen Grüßen

Oliver Schoeller

Alina vom Bruck

Mit dieser Beitragsrechnung werden die Folgen einer evtl. vorangegangenen Mahnung gem. §38 VVG nicht aufgehoben.

GL
Gothaer Lebensversicherung AG, 50598 Köln
02 3063 E211 62 E000 7865

DV 08.24 1,00 Deutsche Post 

*K4000*5678*0001926*0808*



0727 0400

Herrn
Robert Werner
Stockerholzstr. 22
88048 Friedrichshafen

Gothaer

Gothaer Lebensversicherung AG
Service Unternehmertunden 1
Telefon 0551 701- 57260
iv_service@gothaer.de
www.gothaer.de

Versicherungsnummer: 87-37966663 (6660/9001)
Versicherte Person: Robert Werner
Versicherungsnehmer/in: Robert Werner

07.08.2024



Sehr geehrter Herr Werner,

Ihr ehemaliger Arbeitgeber hat für Sie eine obligatorische Versorgung in Form dieser Versicherung abgeschlossen. Sie sind aus Ihrem bisherigen Arbeitsverhältnis ausgeschieden und Ihr ehemaliger Arbeitgeber hat Ihnen die Versicherung überlassen. Wir haben Sie daher als neuen Versicherungsnehmer in unseren Unterlagen vermerkt.

Sie haben die Möglichkeit, einen angepassten Versicherungsschutz ohne Gesundheitsprüfung einfach und unkompliziert fortzuführen. Die versicherten Leistungen entnehmen Sie dem beigefügten Nachtrag.

Möchten Sie den Versicherungsschutz in bisheriger Form aufrechterhalten, senden Sie uns die beigefügte Erklärung zur Wagnisprüfung vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurück. Gern prüfen wir dann, in welcher Form wir Ihnen den gewünschten Versicherungsschutz bieten können.

Nehmen Sie bitte dieses Schreiben zu Ihren Versicherungsunterlagen.

Das Beitragskonto ist bis zum Änderungstermin ausgeglichen. Die fälligen Beiträge ab dem 01.07.2024 entrichten Sie bitte auf unser Konto bei der Landesbank Hessen-Thüringen, IBAN: DE6730050000072000029, BIC: WELADEDXXX. Sie können uns auch zum Lastschrifteinzug ermächtigen. Hierzu benötigen wir von Ihnen das beigefügte SEPA-Lastschriftmandat.

Wünschen Sie diesen wertvollen Versicherungsschutz nicht, geben Sie uns bitte eine kurze schriftliche Rückmeldung, gerne auch per Mail.

Die Änderung der Versicherung erfolgt nicht zum Zahlungsabschnitt. Bis zur nächsten Fälligkeit ist daher ein anteiliger Beitrag zu zahlen.

Rufen Sie uns bitte an, wenn Sie Fragen haben.

Mit freundlichen Grüßen

Gothaer Lebensversicherung AG

Gesellschaft
Sitz
Aufsichtsrat
Vorstand

Gothaer Lebensversicherung AG
Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (Hausanschrift)
Prof. Dr. Werner Görg (Vorsitzender)
Alina vom Bruck (Vorsitzende),
Oliver Brüb, Dr. Mathias Bühring-Uhle,
Harald Ingo Epple, Oliver Schoeller

Postanschrift
Rechtsform
Registergericht
USt-IdNr.

50598 Köln
Aktiengesellschaft
Amtsgericht Köln, HRB 56769
DE207591682

SEPA-Lastschrift-Mandat

Bitte zurück an:

Gothaer Lebensversicherung 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 Zahlungs-empfänger	Gothaer Lebensversicherung AG Arnoldiplatz 1 50969 Köln		Gläubiger ID DE16ZZZ00000070200
Mandatsreferenz	Vom Zahlungsempfänger auszufüllen.		
Verwendungs-zweck	87-37966663 Versicherungsschein- / Antragsnummer des zugrunde liegenden Vertrages		
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 mich / erklären wir uns damit einverstanden, dass die Mindestfrist zur Vorab-Information (Pre-Notification) einer SEPA-Basislastschrift von 14 auf 5 Arbeitstage verkürzt wird.			
Zahlungsart	<input type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung		
Datum erster Einzug / Gültig ab			
Angaben zur Kontoverbindung des Zahlungspflichtigen	Name, Vorname Straße und Hausnummer Land PLZ Ort IBAN (Internationale Bankkontonummer) BIC (Internationale Bankleitzahl des Geldinstituts)		
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 abweichen-dem Beitrags-zahler	Dieses Feld nicht ausfüllen, falls Sie für sich selbst zahlen. Name des Versicherungsnehmers		
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 Lebensversicherung 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 .		

Nachtrag

zu Ihrer

Gothaer Berufsunfähigkeitsschutz Business

Versicherungsnummer: 87-37966663 **Kenn-Nr.:** 6660 **Abr.Grp.:** 9001

Versicherungsnehmer/in: Robert Werner

Versicherte Person: Robert Werner

Geburtsdatum: 21.03.1973

Geschlecht: männlich

Ablauf der Versicherungsdauer: 01.01.2040 mittags 12.00 Uhr

Ablauf der Leistungsdauer: 01.01.2040

Änderungstermin: 01.07.2024

Art der Änderung: Dienstaustritt

monatliche Berufsunfähigkeitsrente : 1.056,00 EUR

Tarif: BUTE23DV10QM1

zu zahlender Beitrag:

Die Versicherungsbeiträge sind nach § 4 Abs. 1 Nr. 5 VersStG von der Versicherungssteuer befreit.

Beitragsverlauf bis zum vereinbarten Beitragszahlungsablauf.

Fällt der Änderungstermin nicht auf einen Zahlungstermin, ist ein anteiliger Beitrag ab dem Änderungstermin des neu berechneten Betrages bis zum nächsten Zahlungstermin zu zahlen.

jährlich ab ~~periode nachdem die zu zahlende Beitrag~~ zu zahlender Beitrag

01.07.2024	589,50 EUR
01.01.2025	612,60 EUR
01.01.2026	634,30 EUR
01.01.2027	654,10 EUR
01.01.2028	675,20 EUR
01.01.2029	692,90 EUR
01.01.2030	700,80 EUR
01.01.2031	696,70 EUR
01.01.2032	685,00 EUR
01.01.2033	661,70 EUR
01.01.2034	624,60 EUR
01.01.2035	571,10 EUR
01.01.2036	498,30 EUR
01.01.2037	402,30 EUR
01.01.2038	278,40 EUR
01.01.2039	120,20 EUR

Leistungen Ihrer Versicherung

Seite 2 zum Nachtrag
zur Versicherung Nr. 87-37966663

- Versicherungsschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit

Die Einzelheiten zu den Versicherungsleistungen entnehmen Sie bitte den folgenden Erläuterungen bzw. den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Leistung im Fall der Berufsunfähigkeit

Im Fall der Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen erbringen wir folgende Leistung:

Während der Dauer der Berufsunfähigkeit, längstens bis zum 01.01.2040
zahlen wir Ihnen eine monatliche Rente in Höhe von 1.056,00 EUR

Durch den Sofortbonus erhöht sich die monatliche Rente auf 1.500,00 EUR *)

Überschussbeteiligung:

Überschussverwendung in der leistungsfreien Zeit: Sofortbonus

Überschussverwendung in der leistungspflichtigen Zeit: Gewinnrente

*) Die Leistungen aus der Überschussbeteiligung können nicht garantiert werden. Diese sind für das laufende Geschäftsjahr gültig.

Durch die gewählte Überschussverwendung (Sofortbonus) erhalten Sie eine erhöhte Versicherungsleistung im Falle der Berufsunfähigkeit.

Nähere Erläuterungen enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Schutz bei Pflegebedürftigkeit

Wird die versicherte Person während der vereinbarten Versicherungsdauer berufsunfähig infolge von Pflegebedürftigkeit im Sinne der Bedingungen, so erbringen wir die Leistungen unabhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit.



Seite 3 zum Nachtrag
zur Versicherung Nr. 87-37966663

Garantiewerte

Im Fall einer Kündigung erlischt der Vertrag. Ein Rückkaufswert fällt für Ihre Versicherung nicht an.

Die folgende Tabelle informiert Sie über die garantierten Werte für die gesamte Laufzeit beispielhaft zum Beginn und zum Ende der Laufzeit.

Entwicklung der Garantiewerte vor und nach Stornoabzug

Termin	Garantiertes Guthaben (Rückkaufswert nach §169 VVG)	Garantierte beitragsfreie Vers.Summe am 01.01.2040 vor Stornoabzug	Abzug bei Beitragsfreistellung oder Kündigung	Garantierte beitragsfreie Vers.Summe am 01.01.2040 nach Stornoabzug
01.01.2024	0,00 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR
bis				
01.01.2040	0,00 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR	0,00 EUR

Beachten Sie bitte, dass zukünftige Vertragsänderungen bei der Ermittlung dieser Werte nicht berücksichtigt sind.

Gothaer Lebensversicherung AG

Köln, 07.08.2024

Oliver Schoeller

Alina vom Bruck

Bitte zurück an:

Gothaer Lebensversicherung AG
50598 Köln

Erklärung zur Wagnisprüfung für Kollektive

87-379666-63

Versicherungsnummer

Zu
versichernde
Person
(VP)

Titel, Vorname, Name

AN117391

Straße und Hausnummer

- männlich
- weiblich
- allein stehend
- verheiratet

Staat _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Nur bei bAV:

Geburtsdatum _____ Nationalität _____

Steueridentifikationsnummer _____

Geburtsname _____

Geburtsland _____

Geburtsort _____

Hinweis zur
vorvertrag-
lichen
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 Schlusserklärung und in den "Erklärungen und wichtigen Hinweisen" ... Zusätzlich beachten Sie bitte die Erläuterungen zur Durchführung genetischer Tests auf der Seite "Erklärungen und wichtige Hinweise".

Barcode: 0000_025_0001926_05_08 / RunID_Print: 0740153

Angaben zu
bestehenden
und
früheren
Versicherun-
gen

Bestehen für die zu versichernde Person bereits Lebens-, Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits(Zusatz-)Versicherungen und/oder Versicherungen gegen schwere Krankheiten bei anderen Lebensversicherungsunternehmen oder sind solche Anträge in den **letzten 12 Monaten** gestellt worden?

nein ja (Versicherung, Versicherungssumme): _____

Fragen zur
beruflichen
Tätigkeit
der
versicherten
Person

Immer zu beantworten.

Welche Tätigkeit über Sie derzeit aus? _____ Seit wann? _____

Nur zu beantworten bei einer Versicherungssumme > 150.000 EUR (schwere Krankheiten), Todesfallschutz > 300.000 EUR eine Grundfähigkeitsrente > 18.000 EUR oder wenn eine BU-Rente > 12.000 EUR jährlich (jeweils inkl. bestehender Vorversicherungen) beantragt ist 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 Selbständigen: Gewinn bzw. Jahresüberschuss (vor Steuern)

Bei Berufsstartern: Wie hoch ist Ihr vereinbartes jährliches Bruttoarbeitseinkommen? _____ EUR

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- / EU-Rente oder BU-Beitragsbefreiung beantragt ist.

Branche _____

angestellt selbständig öffentlicher Dienst ohne Beschäftigung derzeitig in Ausbildung/Studium zu: _____

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

Welche berufliche Ausbildung haben Sie abgeschlossen?

- Kaufmännische Ausbildung: Handwerkliche/technische Ausbildung: Studium:

 Sonstiges (z. B. ungelerner; nicht abgeschlossene Ausbildung/Studium):

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
			nein <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/>
Angaben zum Gesund- heits- zustand	<p>1. Können Sie derzeit ihre berufliche Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen nicht oder nur mit Einschränkungen ausüben?</p> <p>2. Waren Sie in den letzten 3 Jahren aus gesundheitlichen Gründen mehr als 10 Kalendertage durchgehend nicht in der Lage Ihre jeweilige Tätigkeit auszuüben? Die jeweilige Tätigkeit bedeutet die konkrete Tätigkeit dieses Zeitraums wie z.B. Beruf, Ausbildung, Studium, Elternzeit.</p> <p>3. Waren Sie wegen Beschwerden oder Krankheiten des Rückens, des Bewegungsapparates, der Psyche, des Herzens oder des Kreislaufs, Zuckerkrankheit, Schlaganfall, Multipler Sklerose (MS) oder Krebserkrankungen oder wegen Unfällen in den letzten 3 Jahren in ärztlicher, physiotherapeutischer oder psychotherapeutischer Behandlung oder liegt bei Ihnen derzeit ein Grad der Behinderung von mindestens 30 vor?</p> <p>4. Wurden in den letzten 12 Monaten von Ärzten verschreibungspflichtige Arzneimittel verordnet? Welche und wogegen? (Verhütungsmittel und Impfungen sind nicht anzugeben.)</p>	1. <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
Hausarzt	Hausarzt bzw. Arzt, der am besten über die gesundheitlichen Verhältnisse der zu versichernden Person Bescheid weiß.		

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 Sind Sie beruflich besonderen Gefahren ausgesetzt, z. B. Umgang mit Sprengstoffen, energiereichen Strahlen, gesundheitsschädlichen Stoffen?

nein ja (bitte erläutern Sie):

Cage Fighting, Eisklettern, Hohlenwandern, Pferderennsport, Downhill,

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

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

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

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

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

Reitsport z.B. Pferderennsport, Polo, Rodeo etc. Bitte

Sontiges 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, Norwegen, Island, USA, Kanada von mehr als 12 Wochen geplant?

Besondere Vereinbarungen
Einwilligungs-erklärung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die Gothaer Lebensversicherung AG (nachfolgend: Versicherer) 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.

Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungs-pflicht

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Der Versicherer benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:



0000_025_0001926_06_08 / RunID_Print: 0740153

Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass der Versicherer - soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist - meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an den Versicherer übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten durch den Versicherer an diese Stellen weiter gegeben werden und befreie auch insoweit die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Möglichkeit II:

Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

Erklärung für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe Abfrage von Gesundheitsfragen bei Dritten).

Möglichkeit II:

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungen auf meine Erben oder wenn diese abweichend bestimmt sind auf die Begünstigten des Vertrags über.

Schluss-erklärungen Die auf den folgenden Seiten beschriebenen "Erklärungen und wichtigen Hinweise" insbesondere zur "Vorvertraglichen Anzeigepflicht", und zur "Einwilligung in Auskünfte über das allgemeine Zahlungsverhalten" habe ich zur Kenntnis genommen. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Ich mache sie zum Inhalt dieses Antrags.

Einwilligung Weiterhin habe ich die **auf den Folgeseiten des Antrags abgedruckten Erläuterungen zur "Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten"**, zur **"Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten"** - wie die **"Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung"**, die **"Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen und Personen)"**, die **"Datenweitergabe an Rückversicherungen"**, und die **"Datenweitergabe an selbstständige Vermittler"** sowie zur **"Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt"** zur Kenntnisgenommen und **willige** durch meine nachstehende Unterschrift in dem dort beschriebenen Umfang in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten durch die Gothaer Lebensversicherung AG ein.

Unterschriften

Zu versichernde Person (bei Minderjährigen: Gesetzlicher Vertreter/bei Minderjährigen ab Alter 16 zusätzlich: die zu versichernde Person)

Ort, Datum _____ **Antragsteller/Versicherungsnehmer** _____ **Vermittler** (ggf. mit Stempel)

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

Denken Sie an ggf. erforderliche Zusatzfragebögen, wenn Sie eine oder mehrere Gesundheitsfragen mit "ja" beantwortet haben.

Bitte immer den "Antrag (2/2): Tarifdaten" beifügen.

Erklärungen und wichtige Hinweise

Vorvertragliche Anzeigepflicht

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 anzugeben. 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 der Prämie zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine prämienfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

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. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrenabsicherung 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.

Einwilligung in Auskünfte über das allgemeine Zahlungsverhalten

Ich willige ein, dass die Gothaer Lebensversicherung AG zum Zwecke des Vertragsabschlusses und bei Bedarf im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung zu Zwecken der Vertragsverwaltung und -abwicklung (z.B. im Schadenfall) Informationen zu meinem Zahlungsverhalten und Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten von einer Auskunft (z.B. Creditreform, SCHUFA) bezieht und nutzt. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Vorläufiger Versicherungsschutz

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

Gesundheitsprüfung

Wenn die Gothaer Lebensversicherung AG auf eine Gesundheitsprüfung verzichtet, ist sie aber berechtigt, eine Prüfung zu verlangen oder den Antrag abzulehnen, wenn sie Kenntnis von erkennbaren erschweren Risiken hat.

Prädiktiver Gtentest

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 Jahressrente vereinbart wird.



Sonstige Hinweise	Für die Aufnahme des Vertrags 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 unzweckmäßig und kann zu wirtschaftlichen Nachteilen führen.
Ansprechpartner / Aufsichtsbehörde / Schlichtungsstelle	Ihren Ansprechpartner im Außendienst und Ihren Kundenbetreuer in unseren Außenstellen oder der Hauptverwaltung entnehmen Sie bitte dem Versicherungsschein/Nachtrag zum Versicherungsschein oder dem jeweiligen Korrespondenzbrief, die Aufsichtsbehörden und Schlichtungsstellen zu außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten entnehmen Sie bitte den Ihnen ausgehändigte 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 ausgehändigt wurden. Mündliche Nebenabreden sind ungültig.

Hinweise zur Datenverarbeitung und den Ihnen zustehenden Rechten nach Ihren Betroffenenrechten und zu eventuell eingesetzten automatisierten Entscheidungen. Das Informationsblatt finden Sie in der jeweils aktuellen Fassung auch unter www.gothaer.de/datenschutz.

Einwilligung zur Datenverarbeitung

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Gothaer Lebensversicherung AG (im folgenden Versicherer genannt) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Der Versicherer 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.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages beim Versicherer unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch den Versicherer selbst,
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten,
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt.

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.



Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten

Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer.

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

Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten

Weitergabe ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach §203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers.

Der Versicherer verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, die medizinische Gutachter einzuschalten. Der Versicherer 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 der Versicherer 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 den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Der Versicherer führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung 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 weitergegeben, benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Der Versicherer führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für den Versicherer erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.gothaer.de/datenschutz eingesehen oder bei info@gothaer.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung.

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

Datenweitergabe an Rückversicherungen Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann der Versicherer Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich 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 der Versicherer Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere 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 den Versicherer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob der Versicherer das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergeleitet, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsdaten verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den genannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch den Versicherer 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 den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 293 StGB geschützten Daten vor ihrer Schweigepflicht.

Datenweitergabe an selbstständige Vermittler Der Versicherer 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 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 vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass der Versicherer 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 erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten im Rahmen der Risikoprüfung Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert der Versicherer Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass der Versicherer zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem meldet, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird. Der Versicherer speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei dem Versicherer der Vertrag und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung nicht zustandsgespeichert.

de kommt

Ich willige ein, dass der Versicherer 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 speichert und nutzt.

Beitragsrechnung

BR LB4Z 0727.0400

Gothaer Lebensversicherung AG • 50598 Köln

02 3063 E211 64 8000 3091

DV 08.24 0,85 Deutsche Post



*K4000*5704*0000777*0908*

Herrn
 Robert Werner
 Stockerholzstr. 22
 88048 Friedrichshafen

Gothaer Lebensversicherung AG
 Service Unternehmertunden 1
 Telefon 0551 701-57260
 lv_service@gothaer.de
 www.gothaer.de

Lebensversicherung Nr. 03-178719-62

Versicherte Person: Robert Werner

07.08.2024



Sehr geehrter Herr Werner,

fällig am 01.07.2024

für die Zeit vom 01.07.2024 bis 01.01.2025 ist Ihr Jahresbeitrag fällig; er beträgt

918,70 EUR**Ihr zu zahlender Betrag****918,70 EUR**

Bitte überweisen Sie den genannten Betrag unter Angabe des

**Verwendungszwecks 03-178719-62
 auf das Konto IBAN DE67 3005 0000 0072 0000 29.**

Der Versicherungsbeitrag ist in Deutschland nach § 4 Nr. 10 a UStG von der Umsatzsteuer und nach § 4 Nr. 5 VersStG von der Versicherungsteuer befreit.

Mit freundlichen Grüßen

Oliver Schoeller

Alina vom Bruck

Gesellschaft Gothaer Lebensversicherung AG
Sitz Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (Hausanschrift)
Aufsichtsrat Prof. Dr. Werner Görg (Vorsitzender)
Vorstand Alina vom Bruck (Vorsitzende),
 Oliver Brüß, Dr. Mathias Bühring-Uhle,
 Harald Ingo Epple, Oliver Schoeller

Postanschrift
Rechtsform Aktiengesellschaft
Registergericht Amtsgericht Köln, HRB 56769
USt-IdNr. DE207591682



GL
Gothaer Lebensversicherung AG, 50598 Köln
02 3063 E211 62 E000 7850
DV 08.24 1,00 Deutsche Post



0727 0400

*K4000*5678*0001925*0808*

Herrn
Robert Werner
Stockerholzstr. 22
88048 Friedrichshafen

Gothaer Lebensversicherung AG
Service Unternehmerkunden 1
Telefon 0551 701- 57260
lv_service@gothaer.de
www.gothaer.de

07.08.2024

Versicherungsnummer: 03-17871962 (6660/9001)**Versicherte Person: Robert Werner****Versicherungsnehmer/in: Robert Werner**

0001_025_0001925_01_06 / RunID_Print: 0740153

Sehr geehrter Herr Werner,

Sie sind aus Ihrem bisherigen Arbeitsverhältnis ausgeschieden und Ihr Arbeitgeber hat Ihnen die Versicherung überlassen. Wir haben Sie daher als neuen Versicherungsnehmer in unseren Unterlagen vermerkt.

Durch den Dienstaustritt wird die Versicherung nicht mehr in dem mit Ihrem früheren Arbeitgeber abgeschlossenen Kollektivvertrag geführt. Deshalb müssen die bis zum Umstellungstermin gewährten Vergünstigungen entfallen. Die Änderung wird durch den beigefügten Nachtrag dokumentiert.

Das Beitragskonto ist bis zum Änderungstermin ausgeglichen. Die fälligen Beiträge ab dem 01.07.2024 entrichten Sie bitte auf unser Konto bei der Landesbank Hessen-Thüringen, IBAN: DE67300500000072000029, BIC: WELADEDXXX. Sie können uns auch zum Lastschrifteinzug ermächtigen. Hierzu benötigen wir von Ihnen das beigefügte SEPA-Lastschriftmandat.

Selbstverständlich können Sie Beitrag und/oder Versicherungsleistung auch entsprechend Ihrem persönlichen Versorgungsbedarf reduzieren oder die Versicherung sogar in beitragsfreier Form übernehmen und fortführen. Bitte melden Sie sich, falls Sie Änderungswünsche haben.

Nach dem Geldwäschegesetz ist es erforderlich, dass wir - wenn sich unser Vertragspartner ändert - eine Identifizierung vornehmen. Hierfür benötigen wir eine Fotokopie des Personalausweises bzw. Passes des neuen Versicherungsnehmers.

Bitte geben Sie uns daher den beigefügten Identifizierungsbogen - ausgefüllt und unterschrieben - zusammen mit der Kopie zurück.

Möchten Sie die Versicherung über einen neuen Arbeitgeber fortführen, benachrichtigen Sie uns bitte. Wir senden Ihnen gern die erforderlichen Übertragungsunterlagen zu.

Die Änderung der Versicherung erfolgt nicht zum Zahlungsabschnitt. Die anteiligen Beiträge entnehmen Sie bitte der Beitragsabrechnung, die wir gesondert übersenden.

Gesellschaft Sitz Aufsichtsrat Vorstand	Gothaer Lebensversicherung AG Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (Hausanschrift) Prof. Dr. Werner Görg (Vorsitzender) Alina vom Bruck (Vorsitzende), Oliver Brüß, Dr. Mathias Bühring-Uhle, Harald Ingo Epple, Oliver Schoeller	Postanschrift Rechtsform Registergericht USt-IdNr.	50598 Köln Aktiengesellschaft Amtsgericht Köln, HRB 56769 DE207591682
---	---	--	---

Seite 2, Brief vom 07.08.2024 an Herrn Robert Werner

Gemeinsam unser Klima schützen!

Lassen Sie uns die Umwelt schützen und gleichzeitig unsere Kommunikation verbessern.

Empfangen Sie Ihre Vertragspost per E-Mail in Ihrem digitalen Postfach und nutzen Sie viele weitere Funktionen und Services in unserem Kundenportal **"Meine Gothaer"**.



Weitere Informationen finden Sie unter www.gothaer.de/meine-gothaer oder scannen Sie den QR-Code.

Rufen Sie uns bitte an, wenn Sie Fragen haben.

Mit freundlichen Grüßen

Gothaer Lebensversicherung AG

SEPA-Lastschrift-Mandat

Bitte zurück an:

Gothaer Lebensversicherung 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 Zahlungs-empfänger	Gothaer Lebensversicherung AG Arnoldiplatz 1 50969 Köln		Gläubiger ID DE16ZZZ00000070200
Mandatsreferenz	Vom Zahlungsempfänger auszufüllen.		
Verwendungs-zweck	03-17871962 Versicherungsschein- / Antragsnummer des zugrunde liegenden Vertrages		
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 mich / erklären wir uns damit einverstanden, dass die Mindestfrist zur Vorab-Information (Pre-Notification) einer SEPA-Basislastschrift von 14 auf 5 Arbeitstage verkürzt wird.			
Zahlungsart	<input type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung		
Datum erster Einzug / Gültig ab			
Angaben zur Kontoverbindung des Zahlungspflichtigen	Name, Vorname Straße und Hausnummer Land PLZ Ort IBAN (Internationale Bankkontonummer) BIC (Internationale Bankleitzahl des Geldinstituts)		
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 abweichen-dem Beitrags-zahler	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 Lebensversicherung 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 .		

Nachtrag

zu Ihrer

Gothaer Risikoversicherung Plus

Versicherungsnummer:	03-17871962	Kenn-Nr.:	6660	Abr.Grp.:	9001
Versicherungsnehmer/in:	Robert Werner				
Versicherte Person:	Robert Werner				
Geburtsdatum:	21.03.1973				
Geschlecht:	männlich				
Tarifausprägung:	NRR				
Ablauf der Versicherungsdauer:	01.01.2040 mittags 12.00 Uhr				
Änderungstermin:	01.07.2024				
Art der Änderung:	Dienstaustritt				
zu zahlender Beitrag:	jährlich vom 01.01.2025 an				1.837,40 EUR
	Bis zu diesem Termin ist ein anteiliger Beitrag zu zahlen.				
Tarif:	TKN8uDVGMI				

Unsere Leistungen im Überblick

- Versicherungsschutz für den
 - Todesfall
 - Berufsunfähigkeitsfall

Die Einzelheiten zu den Versicherungsleistungen entnehmen Sie bitte den folgenden Erläuterungen bzw. den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Leistung für den Todesfall

Vertragsteil 01

Die Todesfallsumme beträgt bis zum Ablauf am 01.01.2040 192.431,00 EUR

Bei Tod des Versicherten vor Ablauf der Versicherung wird die vereinbarte Todesfallsumme ausgezahlt und die Versicherung erlischt.

Der Beitrag für diesen Vertragsteil beträgt jährlich 1.744,20 EUR

Die jährlichen Beiträge sind bis zur letzten Fälligkeit vor dem 01.01.2040 zu zahlen.

Seite 2 zum Nachtrag
zur Versicherung Nr. 03-17871962

Überschussbeteiligung:

Überschussverwendung: Todesfallbonus

Durch die gewählte Überschussverwendung (Todesfallbonus) werden die Überschussanteile zur Erhöhung Ihrer Todesfallleistung verwendet.

Nähere Erläuterungen enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Leistung im Berufsunfähigkeitsfall

Im Fall von Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen erbringen wir folgende Leistung(en):

Vertragsteil 02 für: Robert Werner

Tarif: BU2017BFGrim1

Befreiung von der Beitragszahlung für den Vertragsteil 01 während der Dauer der Berufsunfähigkeit, längstens bis zum 01.01.2040.

Der Beitrag für diesen Vertragsteil beträgt jährlich 93,20 EUR

Die jährlichen Beiträge sind bis zur letzten Fälligkeit vor dem 01.01.2040 zu zahlen.

Überschussbeteiligung:

Überschussverwendung in der leistungsfreien Zeit:	Beitragsreduktion
Überschussverwendung in der leistungspflichtigen Zeit:	Gewinnrente

Die Leistungen aus der Überschussbeteiligung können nicht garantiert werden. Diese sind für das laufende Geschäftsjahr gültig. Der Beitrag ohne Beitragsreduktion beträgt jährlich 141,20 EUR.

Sonstige Festlegungen und Klauseln

Umfang des Umtauschrechtes

Das nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen bestehende Umtauschrecht gilt nur für den Vertragsteil 01.

Garantiewerte

Im Fall einer Kündigung wird der Vertrag als beitragsfreie Versicherung fortgesetzt.

Die folgende Tabelle informiert Sie über die künftigen garantierten Werte zum angegebenen Termin.

Die Werte in der Spalte **vor Stornoabzug** stellen die Leistungen bei Beitragsfreistellung oder Kündigung ohne Berücksichtigung eines Stornoabzugs dar. Diese Werte dienen insofern nur der Information über die Auswirkungen des Stornoabzugs.

Die Werte in der Spalte **nach Stornoabzug** stellen die Leistungen dar, die wir im Leistungsfall bei Beitragsfreistellung oder Kündigung auszahlen.

Entwicklung der Garantiewerte vor und nach Stornoabzug in EUR

Seite 3 zum Nachtrag
zur Versicherung Nr. 03-17871962

Termin	Garantiertes Guthaben (Rückkaufswert nach §169 VVG)	Garantierte beitragsfreie Vers.Summe am 01.01.2040 vor Stornoabzug	Abzug bei Beitragsfreistellung oder Kündigung	Garantierte beitragsfreie Vers.Summe am 01.01.2040 nach Stornoabzug
01.01.2025	2.715,00	17.922,00	1.063,00	10.905,00
01.01.2026	3.343,00	22.771,00	1.063,00	15.530,00
01.01.2027	3.991,00	28.164,00	1.062,00	20.670,00
01.01.2028	4.561,00	33.505,00	1.062,00	25.703,00
01.01.2029	5.064,00	38.944,00	1.062,00	30.777,00
01.01.2030	5.474,00	44.373,00	1.062,00	35.764,00
01.01.2031	5.788,00	49.870,00	1.063,00	40.711,00
01.01.2032	5.985,00	55.384,00	1.062,00	45.556,00
01.01.2033	6.052,00	60.953,00	1.062,00	50.257,00
01.01.2034	5.971,00	66.616,00	1.062,00	54.768,00
01.01.2035	5.715,00	72.393,00	1.062,00	58.940,00
01.01.2036	5.245,00	78.270,00	1.062,00	62.422,00
01.01.2037	4.510,00	84.218,00	1.062,00	64.387,00
01.01.2038	3.444,00	90.160,00	1.062,00	62.358,00

Sind in einzelnen Jahren keine beitragsfreien Leistungen ausgewiesen, so wird der für eine Beitragsfreistellung erforderliche Mindestbetrag nicht erreicht.

Beachten Sie bitte, dass zukünftige Vertragsänderungen bei der Ermittlung dieser Werte nicht berücksichtigt sind.

Gothaer Lebensversicherung AG

Köln, 07.08.2024

Oliver Schoeller

Alina vom Bruck

0000_025_0001925_04_06 / RunID_Print: 0740153

P

Im Folgenden erhalten Sie weitere Informationen:

Wie mit Ihnen vereinbart, erhalten Sie den Überschuss für Ihre Risikoversicherung in Form eines zusätzlichen Versicherungsschutzes (Todesfallbonus). Dadurch erhöht sich die Versicherungsleistung im Todesfall ganz erheblich.

Das wirkt sich auf Ihren Versicherungsvertrag gegenwärtig wie folgt aus:

Versicherungssumme	192.431,00 EUR
Todesfallbonus	128.929,00 EUR
Gesamtleistung im Todesfall	321.360,00 EUR

Der Todesfallbonus wird jedes Jahr in Abhängigkeit vom Geschäftsverlauf neu festgelegt und ist damit immer nur für das jeweils laufende Kalenderjahr garantiert. Die Höhe der Überschüsse ist nicht garantiert.



0000_025_0001925_05_06 / RunID_Print: 0740153

Bitte zurück an:

Gothaer Lebensversicherung AG
50598 Köln

Angaben nach dem Geldwäschegesetz

Versicherungsnummer: 03-17871962 (Kenn-Nr.:/6660/9001)

Versicherte Person: Robert Werner

Versicherungsnehmer: Robert Werner



Zu identifizierende Person (ZIP)

Titel, Vorname, Name _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Als (künftiger) Versicherungsnehmer weise ich mich aus durch gültigen

() Personalausweis () Reisepass

Gültig bis _____

Übermitteln Sie uns bitte einen lesbaren Kopie (Vorder- und Rückseite) vom Ausweisdokument. Gerne papierlos, dafür müssen Sie nur den QR-Code scannen oder die Internetseite www.gothaer.de/uploadperso nutzen und den Anweisungen folgen.



Ausländische Steuerpflicht

Die zu identifizierende Person ist steuerpflichtig

• in den USA () nein () ja ITIN/EIN _____

• in einem Land außer Deutschland steuerpflichtig
() nein () ja in _____

ausländische Steueridentifikationsnummer _____

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 _____ () männlich () weiblich

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort, Nationalität _____

Juristische Person

Die zu identifizierende Person und/oder der wirtschaftlich Berechtigte ist eine juristische Person (z.B. AG, GmbH, KG, Stiftung etc.). ja nein

Politisch exponierte Person

Eine PEP ist eine natürliche Person, die ein wichtiges öffentliches Amt ausübt (oder ausgeübt hat), ein unmittelbares Familienmitglied oder eine ihr bekanntermaßen nahestehende Person.

Der neue Versicherungsnehmer ist eine politisch exponierte Person ja nein
Der genannte wirtschaftlich Berechtigte ist eine politisch exponierte Person ja nein

Ort und Datum

Unterschrift des (künftigen) Versicherungsnehmers