

**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 (freiwillige Angaben)

Telefonnummer (freiwillige Angaben)

Ich möchte meine Vertragsdokumente an die oben angegebene E-Mailadresse erhalten.

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

Bei bAV: zentrale E-Mailadresse (z. B. Personalabteilung) des Arbeitgebers.

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 vom VN

Titel, Vorname, Name

Straße und Hausnummer

Staat

Postleitzahl

Ort

Geburtsdatum

Nationalität

Nur bei bAV:

Steueridentifikationsnummer

Geburtsname

Geburtsland

Geburtsort

Angaben nach dem Geldwäschegesetz

**Nicht bei Gothaer Basisvorsorge, Direktversicherung, Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung**

Der Antragsteller hat sich ausgewiesen durch gültigen

Personalausweis

Reisepass

gültig bis

Ausstellungsdatum

Ausweisnummer

Ausstellende Behörde

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

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

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.

Politisch exponierte Person

Ist der Antragsteller eine politisch exponierte Person?

(s. Erläuterungen und wichtige Hinweise sowie Definition auf dem Zusatzblatt)

ja, bitte Zusatzblatt (215284) ausfüllen

Ist der genannte wirtschaftliche Berechtigte eine politisch exponierte Person?

(s. Erläuterungen und wichtige Hinweise sowie Definition auf dem Zusatzblatt)

ja, bitte Zusatzblatt (215284) ausfüllen

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

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

Ablaufleistung aus einem anderen Versicherungsvertrag  andere Herkunft \_\_\_\_\_

**Konto für Rentenzahlung/Auszahlung** (Nur ausfüllen bei sofort beginnender Rentenzahlung oder bei Auszahlung eines die Wiederanlagensumme übersteigenden Betrags.)

IBAN (internationale Bankkontonummer) \_\_\_\_\_

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

Name des Geldinstituts \_\_\_\_\_

**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 Schlusserklärung und bei 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 > 12.000 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)

**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-Rente oder BU-Beitragsbefreiung beantragt ist.**

**Branche** \_\_\_\_\_

Vollzeit  Teilzeit

unbefristet  befristet bis: \_\_\_\_\_

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. ungelern; 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, Nacharbeit oder Fahrtätigkeit?  mindestens 25%  weniger als 25%
  - Wie viele fest angestellte Voll- bzw. Teilzeitmitarbeiter (nicht: geringfügig Beschäftigte) führen Sie als 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:	<b>Kapitalversicherung, Gothaer VarioRent plus – Fonds mit erhöhtem Todesfallschutz, Risikoversicherung, Gothaer Perikon ausschließlich als Todesfallversicherung</b>	Fragen 1 bis 10 (ohne 3)
	<b>Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung</b>	Fragen 1 bis 12
	<b>Gothaer Perikon mit Leistung bei Eintritt einer schweren Krankheit und im Todesfall</b>	Fragen 1 bis 14
	<b>Gothaer Perikon Junior (Eintrittsalter der VP max. 14 Jahre)</b>	Fragen 17 bis 19
Zusatzversicherungen:	<b>Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung (außer sofortbeginnende Rente)</b>	Fragen 1 bis 10
	nur <b>BU-Beitragsbefreiung bei DV GarantieRente Performance oder bei jährlichem Zahlbeitrag nicht mehr als 3.000 EUR</b>	Fragen 15 bis 16
	<b>BU-Rente, BU-Beitragsbefreiung (außer DV GarantieRente Performance) bei jährlichem Zahlbeitrag über 3.000 EUR</b>	Fragen 1 bis 12
produktunabhängig:	wenn <b>ärztliches Zeugnis</b> erforderlich (zusätzlich)	Fragen 11 bis 12

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

**11.** Bestehen oder bestanden in den **letzten 5 Jahren** bei Ihnen Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen der folgenden Organsysteme bzw. der folgenden Art? nein ja  
▼ ▼

**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.

Nur bei Fehlsichtigkeit **über fünf** Dioptrien links **Dioptrienzahl** rechts

- a) **Augen** z. B. Hornhauterkrankung, Netzhauterkrankung, grüner oder grauer Star, Lasik OP, Sehstörung 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 65 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.** 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? 17.

**Hinweis: Der Rückfragezeitraum in den folgenden Fragen 18a – 18c 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.**

**18 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? 18a.

**18 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? 18b.

**18 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? 18c.

**19.** Sind bei den leiblichen Eltern, Großeltern oder Geschwistern des Kindes Herzerkrankungen, Nierenerkrankungen, Muskelerkrankungen, Erkrankungen des Nervensystems oder des Gehirns, Epilepsie, Diabetes, familiäre Cholesterinerhöhung oder rheumatische Erkrankungen aufgetreten? 19.

**Ergänzende Angaben zu den bei 2-19 mit „ja“ beantworteten Fragen ggf. Beiblatt (215905) nutzen**

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

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

Ist die zu versichernde Person **beruflich oder privat besonderen Gefahren** ausgesetzt (z. B. Umgang mit Sprengstoffen, energiereichen Strahlen, gesundheitsschädlichen Stoffen, beim Bergsport, Kampfsport, Rennsport, Flugsport, Motorsport, Fallschirmspringen, Tauchen, Extremsport)?

nein  ja (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?

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
<input type="checkbox"/> Direktversicherung	aus Entgeltumwandlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (nicht bei Kapitalversicherung)	
<input type="checkbox"/> Unterstützungskasse	aus Entgeltumwandlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Pensionsplan	aus Entgeltumwandlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Pensionszusage (Leistungszusage)	mit Leistungsanpassung (Wortlaut der Vereinbarung wurde ausgehändigt) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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  
Das Bezugsrecht gilt auch für ein etwaiges Beitragsdepot.

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

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

folgende Person Vorname, Name  männlich  weiblich Geburtsdatum

**Nur ausfüllen, wenn der Familienbonus beantragt ist (nur bei selbstständiger Berufsunfähigkeitsversicherung und bei Risikolebensversicherung)**

**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 beigefügt?

ja  nein

**Besondere Vereinbarungen**

.....  
.....  
.....

**Einwilligung zur Datenübermittlung (nur bei Gothaer Basisvorsorge)**

Hiermit willige ich in die für den Sonderausgabenabzug gemäß § 10 Abs. 2 EStG erforderliche Datenübermittlung (im jeweiligen Beitragsjahr zu berücksichtigende Beiträge unter Angabe der Identifikationsnummer und der Vertragsdaten) an die zentrale Stelle ein.

Ort, Datum

**X** anonym

Unterschrift