

Antrag

Die Gothaer Jagd-Unfallversicherung

für Mitglieder des Landesjagdverbandes Sachsen e. V.

Gothaer Jagd-Unfallversicherung



für Mitglieder des Landesjagdverbandes Sachsen e. V.

Bitte zurück an: 0551-701-964392 jagd@gothaer.de Gothaer Allgemeine Versicherung AG, 50598 Köln
 Telefax E-Mail Adresse

Mitglieds-Nr. der versicherten Person

**Antragsteller/
Versicherungs-
nehmer**

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

 Straße _____

 Staat/PLZ/Ort _____

**Beginn und
Dauer der
Versicherung**

Der Versicherungsvertrag wird zunächst für ein Jahr abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Versicherungsbeginn (12.00 Uhr) **Versicherungsablauf (12.00 Uhr)**
 (Tag der Änderung) (Hauptfälligkeit)

**SEPA-
Lastschrift-
Mandat**

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.

Gothaer Allgemeine Versicherung AG

Gothaer Allee 1, 50969 Köln

DE0ZZZ00000070161

(vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Zahlungsempfänger

Gläubiger ID

Mandatsreferenz

Ich ermächtige den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die vom oben genannten Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Zugleich erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Mindestfrist zur Vorab-Information einer SEPA-Basislastschrift (Pro-Notification) von 14 auf 5 Arbeitstage verkürzt wird.

Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Datum erster Einzug/Gültig ab _____

IBAN (Internationale Bankkontonummer) _____

Zahlungspflichtiger (Vorname, Name) falls nicht mit Antragsteller identisch _____

BIC (Internationale Bankleitzahl des Geldinstituts) _____

Name des Geldinstituts _____

**Zu versichernde
Person**

- Nur auszufüllen, falls Antragsteller/Versicherungsnehmer nicht die zu versichernde Person ist -

Titel, Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

**Widerrufliches
Bezugsrecht
für den
Todesfall**

Sofern nichts anderes vereinbart ist, sind bei Unfalltod die gesetzlichen Erben bezugsberechtigt.

Formloses Beiblatt mit weiteren Bezugsberechtigten

Abweichender Bezugsberechtigter (Vorname, Name) _____

Geburtsdatum _____

**Versicherungs-
summen
und Beiträge**

Leistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Variante 1	Variante 2	Variante 3
	EUR	EUR	EUR
Tod	5.000	10.000	10.000
Invaliditätsgrundsumme	40.000	50.000	72.000
Vollinvalidität (350 % Progression)	140.000	175.000	252.000
Tagegeld ab 43. Tag	-	-	10
Bergungskosten	10.000	10.000	10.000
Kosmetische Operationen	10.000	10.000	10.000
Jahresbeitrag	26,00	32,00	82,00

Die gesetzliche Versicherungssteuer ist bereits enthalten.

Die Jahresbeiträge sind auch bei unterjähriger Versicherungsdauer in voller Höhe zu entrichten.

Angaben zum Gesundheitszustand

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Unrichtige Beantwortung und/oder arglistiges Verschweigen kann die Gothaer berechtigen, den Versicherungsschutz zu versagen.

nein ja
▼ ▼

- 1. Hat die zu versichernde Person in den letzten fünf Jahren Unfälle erlitten, die eine ärztliche Behandlung erforderlich machten?
- 2. Wurde oder wird eine der zu versichernden Personen in den letzten fünf Jahren wegen einer schweren Erkrankung ärztlich beraten, untersucht oder behandelt?

Schwere Erkrankungen sind:

- Erkrankungen, die eine Krankenhausbehandlung erforderlich machten
- Erkrankungen, die eine Schwerbehinderung zur Folge haben
- Erkrankungen, die eine regelmäßige Behandlung oder Medikamenteneinnahme erforderlich machen

- 3. Liegt eine Kurzsichtigkeit von mehr als -8 Dioptrien vor?

Genauere Krankheitsbezeichnungen (Diagnosen) Art der Beschwerden, Behandlungen, Operationen, Untersuchungen	Wiederholt aufgetreten?		Behandlungs-/ beschwerdefrei		Operationen		Name und Anschrift der Heilbehandler, Krankenanstalten, Sanatorien
	nein	ja	nein	ja	nein	ja	
	▼	▼	▼	▼	▼	▼	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sofern der vorgesehene Raum für die Angaben nicht ausreicht, sind diese auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt zu machen. Gesondertes Beiblatt? nein ja

Vorversicherungen

Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich werden.

Bestehen, bestanden oder wurden gleichartige Versicherungen beantragt? nein ja Wer kündigte? VN VU

 Versicherungsgesellschaft (VU) Versicherungsnummer von – bis Ablehnung am

Kommunikationsdaten

Ich bin (**jederzeit widerruflich**) damit einverstanden, dass mir durch die Vermittler und deren Mitarbeiter sowie die Unternehmen der Gothaer Versicherungsgruppe schriftlich (auch per Telefax oder E-Mail) und telefonisch Informationen über die Leistungsangebote des Gothaer Konzerns gegeben werden.

(freiwillige Angaben)

 Telefonnummer Telefaxnummer E-Mail-Adresse

Der Widerruf ist jederzeit möglich: Telefon 0221 308 00 / E-Mail: info@gothaer.de

Empfangsbekanntnis

Ich bestätige, dass ich die aufgeführten Kundeninformationen und Versicherungsbedingungen vor Antragstellung erhalten habe

- Gothaer Unfallversicherung
- Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Gothaer Jagd-Unfallversicherung

 Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers

Schluss-erklärungen und Unterschriften

Die auf der **nächsten Seite** beschriebenen Erklärungen und wichtigen Hinweise **habe ich zur Kenntnis genommen**. Diese Erklärungen enthalten unter anderem die **Belehrung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und über das Widerrufsrecht** sowie die **Hinweise zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz**; sie sind **wichtiger Bestandteil des Vertrags**. Ich mache mit meiner Unterschrift die „**Erklärungen und wichtigen Hinweise**“ zum Inhalt dieses Antrags. Ich halte mich an meinen Antrag **einen Monat gebunden**. **Mein Widerrufsrecht bleibt hiervon unberührt**. Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.

 Ort, Datum Antragsteller/Versicherungsnehmer Zahlungspflichtiger

Erklärungen und wichtige Hinweise

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sie haben uns als Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung **die Ihnen bekannten Gefahrumstände**, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit Ihnen und dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir schriftlich oder in Textform gefragt haben, **wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen**. Dies gilt nicht nur dann, wenn Sie den Antrag selbst ausfüllen, sondern **auch dann, wenn ein Dritter** (z. B. der Vermittler) in Ihrem Namen **den Antrag ausfüllt**. Verletzen Sie diese Anzeigepflicht, so können wir vom Vertrag zurücktreten.

Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. In diesem Fall haben wir das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat **zu kündigen**.

Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht **und unser Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn** wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Die anderen Bedingungen werden auf unser Verlangen rückwirkend – bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode – Vertragsbestandteil.

Hinweise zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen und der mit den zuständigen Aufsichtsbehörden abgestimmten Verhaltensregeln. Diese können Sie in der jeweils gültigen Fassung nachlesen unter www.gothaer.de/datenschutz.

Stammdaten von Antragsstellern und Versicherten sowie Angaben über die Art der bestehenden Verträge werden zur zentralisierten Bearbeitung von bestimmten Verfahrensabschnitten im Geschäftsablauf (z. B. Telefonate, Post, Inkasso) in einem von Mitgliedern der Gothaer Konzerngruppe gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren erhoben, verarbeitet oder genutzt.

Eine Liste der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie in der jeweils gültigen Fassung nachlesen unter www.gothaer.de/datenschutz.

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist.

Versicherungsfähigkeit

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd schwer- und schwerstpflegebedürftige Personen im Sinne der sozialen Pflegeversicherung [Ziffer 6 der Gothaer Unfallversicherungsbedingungen.

Neu- und Ersatzversicherungen

Bei Neuversicherungen und Nachträgen, die eine Erweiterung des Versicherungsschutzes zum Inhalt haben, tritt der Versicherungsschutz nach unverzüglicher Entrichtung des vollen Einlösbetrags mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, in Kraft.

Sonstige Hinweise

Für die **Aufnahme des Antrags** fallen **keine gesonderten Gebühren oder Kosten** an.

Rückläufergebühren aus SEPA-Lastschriften und Kosten eines Mahnverfahrens werden geltend gemacht.

Benachrichtigung im Schadenfall

Melden Sie den Schaden **sofort** Ihrem persönlichen Betreuer oder melden Sie den Schaden an Gothaer Allgemeine Versicherung AG, 50598 Köln, Telefon 0551 701-54267 oder per Telefax 0551 701-964267 und sorgen Sie für **weitestgehende Schadenminderung**.

Bitte verständigen Sie bei Schäden durch Einbruchdiebstahl, Vandalismus, Beraubung, Abhandenkommen von versicherten Sachen oder mutwillige Beschädigung **auch sofort die Polizei**.

Ansprechpartner/ Aufsichtsbehörde/ Schlichtungsstelle

Ihren Ansprechpartner entnehmen Sie bitte dem Versicherungsschein/Nachtrag zum Versicherungsschein oder dem jeweiligen Korrespondenzbrief.

Die Aufsichtsbehörden und die Schlichtungsstellen zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten entnehmen Sie bitte den Ihnen vor Antragstellung ausgehändigten Kundeninformationen.

Vertragsgrundlagen

Die gegenseitigen **Rechte und Pflichten** richten sich nach diesem Antrag, von dem mir **bei Antragstellung eine Kopie** ausgehändigt wird, eventuell dazu abgegebenen schriftlichen Erklärungen, den gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland sowie nach den genannten Versicherungsbedingungen und Kundeninformationen, die ich vor Antragstellung zur Einsicht erhalten habe. Mündliche Nebenabreden sind ungültig.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärungen **innerhalb von 14 Tagen** ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Telefax, E-Mail) **widerrufen**. **Die Frist beginnt, nachdem** Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312g Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246 § 3 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Gothaer Allgemeine Versicherung AG, Gothaer Allee 1, 50969 Köln

• Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs **endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen** den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenen **Teil der Beiträge**, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesen Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag um einen Betrag in Höhe von 1/360 des von Ihnen für ein Jahr zu zahlenden Beitrags.

Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

• Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Das **Widerrufsrecht besteht nicht** bei Verträgen mit einer **Laufzeit von weniger als einem Monat**. Soweit eine **vorläufige Deckung** erteilt wurde, endet diese mit dem Zugang des Widerrufs bei uns.

Gesellschaft	Gothaer Allgemeine Versicherung AG	Postanschrift	50598 Köln
Sitz	Gothaer Allee 1, 50969 Köln (Hausanschrift)		
Aufsichtsrat	Prof. Dr. Werner Görg (Vorsitzender)	Rechtsform	Aktiengesellschaft
Vorstand	Thomas Leicht (Vorsitzender), Dr. Mathias Bühring-Uhle, Dr. Karsten Eichmann, Harald Ingo Epple, Michael Kurtenbach, Dr. Hartmut Nickel-Waninger, Oliver Schoeller	Registergericht	Amtsgericht Köln, HRB 21433
		USt-IdNr.	DE122786654
		VersSt-Nr.	9116/810/00420