

Antrag

Gothaer Perikon

- **Fondsgebundene Risikoabsicherung**

Stand: 07.2007

**Antragsteller /
Versicherungs-
nehmer (VN)**

Daten des Abschlussvermittlers	Daten des Betreuers	Kenn-Nr.	Abrechnungsgruppe	
Versicherungsnummer	Fremdaktenzeichen/Bank-Kundennummer	Marketingschlüssel	Antragskennung 1 1 1 4 5 1	
<input type="checkbox"/> Arbeitgeber/Firma* <input type="checkbox"/> Name, Vorname			<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Geburtsdatum
Anschritt (Straße und Hausnummer)			Nationalität	Geburtsname
LKZ	PLZ	Ort		Geburtsland
Derzeitiger Beruf / Branche		Berufsgruppe	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> derzeit ohne Beschäftigung	
E-Mail		Telefon	Telefax	

*Handelt es sich beim Versicherungsnehmer um einen Arbeitgeber/Firma, ist die obligatorische Mitversicherung von Kindern ausgeschlossen.

**Zu versichernde
Person (VP)**

Name, Vorname			<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Geburtsdatum
Anschritt (Straße und Hausnummer)			Nationalität	Geburtsname
LKZ	PLZ	Ort		Geburtsland
Derzeitiger Beruf / Branche		Berufsgruppe	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> derzeit ohne Beschäftigung	
E-Mail		Telefon	Telefax	

**Angaben
nach dem
Geldwäsche-
gesetz**

Bei juristischen Personen: Zusätzliche Daten des Vertretungsberechtigten (Name, Vorname)

Anschritt (Straße und Hausnummer) LKZ PLZ Ort

Geburtsdatum Geburtsort Nationalität

Der Antragsteller, bzw. bei juristischen Personen der Vertreter, hat sich ausgewiesen durch gültigen

Personalausweis Reisepass Ausstellungsdatum Ausweisnummer
 Ausstellende Behörde

**Wirtschaftlich
Berechtigter**

Ich handle auf eigene Rechnung Bei Abweichung bitte den wirtschaftlich Berechtigten angeben:

Name, Vorname / Firma / Verband

Anschritt (Straße und Hausnummer) LKZ PLZ Ort

**Widerrufliches
Bezugsrecht für
• den Todesfall
(der VP)**

Antragsteller/Versicherungsnehmer
 der dann in gültiger Ehe lebende **Ehepartner** (wenn ja, diesen bitte **nicht** zusätzlich namentlich angeben)

folgende Person (Name, Vorname) männl.
 weibl. Geburtsdatum

**• den Fall von
schwerer
Krankheit,
Invalidität
(der VP)**

Antragsteller/Versicherungsnehmer
 der dann in gültiger Ehe lebende **Ehepartner** (wenn ja, diesen bitte **nicht** zusätzlich namentlich angeben)

folgende Person (Name, Vorname) männl.
 weibl. Geburtsdatum

Fondsgebundene Risiko-versicherung

Tarif
F C 0 7

Vertragsbeginn (12:00 Uhr)
0 1 | 2 0 0

Mindesttodesfallsumme/ Versicherungssumme EUR

Eintrittsalter | | Jahre

Ablaufalter oder Versicherungsdauer | | Jahre | | Jahre | | Jahre

Beitrags-zahlungsdauer | | Jahre

Tarifierläuterungen
 siehe Antragsfolgeseite

Bitte den Versorgungsvorschlag beifügen.

Dynamische Beitrags- und Leistungserhöhung | **Dauer der dynamischen Erhöhung**

Anpassung jährlich alle 2 Jahre alle 3 Jahre unbefristet | | Jahre (mind. 6 Jahre)

um 3 % 4 % 5 % bis zum Ablauf der Vertragslaufzeit längstens bis Alter 65

Dynamisierung des Berufsunfähigkeitsschutzes nein ja

Invaliditätsschutz

Ich wünsche zusätzlich den Baustein zur Absicherung der Erwerbsunfähigkeit/Pflegebedürftigkeit (nicht bei Tarif FC07-1)

Berufsunfähigkeits-schutz

Zahlrente (Betrag pro Rentenfähigkeit) | | | | | oder | | | | | in % von der Mindesttodesfallsumme/Versicherungssumme

Versicherungsdauer | | Jahre bis Alter | | | | |

Zahlweise der Rente monatlich

Jährliches Nettoeinkommen (Hauptversicherung) | | | | | | | | | | |

Leistungsdauer | | Jahre bis Alter | | | | |

Fondsanlage

Bitte beachten: Der Anteil des einzelnen Fonds muss mind. 10 % und mind. 10 EUR betragen. Weitere Informationen zur Fondsanlage entnehmen Sie bitte dem anhängenden „Informationsblatt zur Fondsanlage“.

Fidelity-European Growth A (43) | | | | | % LINGOHR-SYSTEMATIC-LBB-INVEST (49) | | | | | % Templeton Growth Euro Fund (75) | | | | | %

U.S. Pioneer Fund C (100) | | | | | % M&G Global Basics (120) | | | | | % Fidelity European Fund (124) | | | | | %

A2A Basis (130) | | | | | % A2A Chance (131) | | | | | % A2A Wachstum (132) | | | | | %

Angaben zur Beitragszahlung

Zahlweise

jährlich ½jährlich ¼jährlich monatlich

Zu zahlender Gesamtbeitrag gemäß Zahlweise (geringe Rundungsdifferenzen sind möglich) | | | | | | | | | | |

Einzugsermächtigung (LSV) zum 1. eines Monats

Die jeweils fälligen Beiträge sollen bis auf Widerruf von folgendem Konto abgebucht werden: wie bisher

Kontonummer | | | | | | | | | | | | | | |

Kontoinhaber (Name, Vorname – falls nicht Antragsteller) | | | | | | | | | | | | | | |

Bankleitzahl | | | | | | | | | | | | | | |

Geldinstitut (Name und Ort) | | | | | | | | | | | | | | |

Besondere Vereinbarungen

| | | | | | | | | | | | | | |

Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann. Geben Sie bei den Antworten auch solche Umstände an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar der Gothaer Lebensversicherung AG schriftlich mitzuteilen.

Fragen an die zu versichernde Person

Wurden für die zu versichernde Person bereits Lebens-, Berufs-, Erwerbsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherungen und/oder Versicherungen gegen schwere Krankheiten bei anderen Lebensversicherungsunternehmen abgeschlossen oder sind solche Anträge gestellt worden?

nein besteht bestand beantragt abgelehnt

Wurden in den letzten 10 Jahren zu diesen Versicherungen Beitragszuschläge oder Leistungseinschränkungen verlangt? nein ja

Versicherungsunternehmen | | | | | Versicherungsnummer | | | | | Versicherungssumme | | | | | BU/EU-Rente (jährlich) | | | | | Abschluss-/Ablehnungsdatum | | | | | | | | | | |

Besondere Gefahren der zu versichernden Person

Sind Sie **beruflich oder privat** besonderen Gefahren ausgesetzt (z.B. Umgang mit Sprengstoffen, energiereichen Strahlen, gesundheitsschädlichen Stoffen, beim Rennsport, Motor- oder Segelflieger, Fallschirmspringer, Drachenflieger, Taucher, Bergsteiger, Extremsportler)? nein ja

Erläuterung: | | | | | | | | | | | | | | |

- Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten Aufenthalte außerhalb der EU, Island, Norwegen, Schweiz, USA, Kanada von mehr als 12 Wochen? Falls ja, bitte nähere Informationen: _____ nein ja
- Haben Sie in den letzten zwölf Monaten geraucht? Wenn ja, geben Sie bitte an, was und wieviel Sie täglich geraucht haben: _____ nein ja
- Körpergröße, Körpergewicht _____ cm _____ kg
- Waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre in ambulanter Behandlung (z. B. Untersuchung, Nachsorgeuntersuchung, Routine- oder Vorsorgeuntersuchung mit einem krankhaften Befund, Laboruntersuchung, Beratung, ambulante Operation etc.) bei Ärzten oder anderen Heilbehandlern (z. B. Heilpraktikern, Masseuren, Psychotherapeuten, Krankengymnasten etc.)? nein ja
- Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren chronische Infektionen (z. B. Hepatitis, Borreliose)? nein ja
- Waren Sie innerhalb der letzten 10 Jahre in stationärer Behandlung (z. B. Krankenhaus, Rehabilitation, Kur etc.)? nein ja
- Besteht oder bestand in den letzten 10 Jahren eine Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit? nein ja
- Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion (AIDS) festgestellt (z. B. positiver HIV-Test)? nein ja
- Haben Sie einen Selbstmordversuch unternommen? nein ja

Ergänzende Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen

Frage	Art der Erkrankung, Art der Untersuchung, Beratung, Behandlung oder Operation	Wann, wie lange, wie oft?	Behandelnder Arzt, Krankenhaus o. ä. mit genauer Anschrift

Hausarzt

Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt weiß am besten über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse Bescheid? Welcher? (Bitte vollständigen Namen und Anschrift sowie die Fachrichtung angeben.)	Fachrichtung	Seit wann in Behandlung?
---	--------------	--------------------------

Bitte zusätzlich ausfüllen bei Absicherung von schweren Krankheiten, Invalidität oder Berufsunfähigkeit bzw. wenn ein ärztliches Zeugnis erforderlich ist

- Haben Ihres Wissens nach Ihre leiblichen Eltern 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? nein ja
 Verwandtschaftsverhältnis: _____
 Art der Erkrankung: _____
 In welchem Alter aufgetreten: _____
- Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 10 Jahren Erkrankungen oder Erkrankungsfolgen wie z. B. Herzklappenveränderungen, Herzfehler, Herzmuskelschaden, chronische Nierenerkrankung, Nierenfehlbildung, Durchblutungsstörungen des Gehirns, des Herzens oder der Extremitäten, Tumore (gutartig / bösartig), angeborener Stoffwechselerkrankung, Parkinson'sche Krankheit, Kinderlähmung, Multiple Sklerose, Hirn- oder Hirnhautentzündung, Muskel-erkrankungen oder wurden Sie in den letzten 10 Jahren mit Strahlen- oder Chemotherapie oder Dialyse behandelt? nein ja
- Wurden bei Ihnen Erkrankungszeichen in den letzten 10 Jahren beobachtet wie z. B. Urinbefunde (Eiweiß, Blut), Brustschmerzen bei Belastung, Sehstörungen wie Schleiersehen oder Doppelsehen, Empfindungsstörungen / Sensibilitätsstörungen, Gehstörungen, Nervenausfälle, Blutarmut, Muskelschwund? nein ja
- Wurden in den letzten 12 Monaten von Ärzten oder Heilpraktikern Arzneimittel verordnet? nein ja
 Welche und wogegen? _____
- Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren chronische körperliche oder psychische Krankheiten, Folgen von Krankheiten oder Unfällen (z. B. Depressionen, Amputationen, Versteifung, Rückenschmerzen, Wirbelsäulen- oder Bandscheibenschädigung, Lähmung, Krampfanfälle, Schwerhörigkeit, Fehlsichtigkeit, Allergien)? nein ja
 Träger einer Brille oder anderer Sehhilfen bei Kurzsichtigkeit bitte Dioptrienzahl angeben links _____ rechts _____
- Liegt bzw. lag bei Ihnen in den letzten 10 Jahren ein Tätigkeitswechsel aus gesundheitlichen Gründen vor? nein ja
 Bitte Begründung angeben: _____
- Bezogen, beziehen oder beantragten Sie eine Rente oder Pension aus gesundheitlichen Gründen? nein ja
 Bitte Rentenbescheid zur Einsichtnahme beifügen!
- Sind Sie im Besitz eines Schwerbehindertenausweises oder beantragen Sie einen? nein ja
 Bitte Schwerbehindertenbescheid zur Einsichtnahme beifügen! Grad? _____ %

Ergänzende Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen

Frage	Art der Erkrankung, Art der Untersuchung, Beratung, Behandlung oder Operation	Wann, wie lange, wie oft?	Behandelnder Arzt, Krankenhaus o. ä. mit genauer Anschrift

Verantwortlichkeit, Schluss-erklärungen, Widerspruchsrecht und Unterschriften

Bevor Sie den Antrag unterschreiben: Lesen Sie bitte die nachstehend und auf der **Folgeseite** des Antrags beschriebenen Schluss-erklärungen, wichtigen Hinweise und Verbraucherinformationen. Diese Erklärungen enthalten unter anderem die Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung; sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schluss-erklärungen sowie die „Wichtigen Hinweise und Erklärungen“ zum Inhalt dieses Antrags.

Schluss-erklärung des Antragstellers: Die gegenseitigen Rechte und Pflichten richten sich nach diesem Antrag, von dem mir bei Antragstellung eine Durchschrift/Kopie ausgehändigt wird, den gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland sowie den für den beantragten Tarif maßgebenden Versicherungsbedingungen, die mir mit dem Versicherungsschein übersandt werden. Darüber hinaus erhalte ich weitere Verbraucherinformationen.

Widerspruchsrecht: Nach Erhalt der Unterlagen habe ich das Recht, dem Vertrag innerhalb von 30 Tagen in Textform zu widersprechen.

Ort	Zu versichernde Person	Gesetzlicher Vertreter (bei zu versichernden Minderjährigen)
Datum	Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller)	Antragsteller/Versicherungsnehmer
	Telefonnummer des Vermittlers	Vermittler

Wichtige Hinweise und Erklärungen

Verantwortlichkeit für den Inhalt des Antrags

Die Antragsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Jede bis zur Annahme des Antrags noch eintretende sowie jede vor Antragstellung eingetretene, aber erst bis zur Annahme des Antrags bekannt werdende nicht unerhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands der zu versichernden Person werde ich unverzüglich der Gothaer Lebensversicherung AG anzeigen. Ich weiß, dass die Gothaer Lebensversicherung AG bei Verletzung dieser Pflichten vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

Ich habe folgende Hinweise der Gothaer Lebensversicherung AG an mich zur Kenntnis genommen:

„Ihre Angaben und Erklärungen sind die Grundlage unserer Antragsprüfung. Dabei können wir nur die schriftlichen und damit nachweisbaren Angaben zugrunde legen. Achten Sie daher darauf, dass die schriftlichen Erklärungen wahrheitsgemäß und vollständig sind. Dies gilt nicht nur, wenn Sie den Antrag selbst ausfüllen, sondern auch dann, wenn ein Dritter (z. B. der Vermittler) den Antrag ausfüllt. Entscheidungen zur Antragsannahme und Aussagen über die Erheblichkeit Ihrer Angaben kann nur unsere Fachabteilung treffen. Deshalb ist unser Vermittler angewiesen, weder verbindliche Erklärungen zu Risikoumständen abzugeben noch mündliche Erklärungen dazu für uns entgegenzunehmen, die nicht schriftlich im Antrag niedergelegt sind.“

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass die Gothaer Lebensversicherung AG im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos, und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrags sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Gothaer und die mit ihr konzernmäßig verbundenen Unternehmen und Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten dar- über hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen - auf Wunsch auch sofort - überlassen wird.

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich ermächtige die Gothaer Lebensversicherung AG zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte, andere Heilbehandler, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, bei denen ich in Behandlung war oder sein werde sowie andere Personenversicherer über meine Gesundheitsverhältnisse bei Vertragsabschluss zu befragen. Dies gilt für die Zeit vor der Antragsannahme und die nächsten sechs Jahre nach der Antragsannahme.

Die Gothaer Lebensversicherung AG darf auch die Ärzte, die die Todesursache feststellen und die Ärzte, die mich im letzten Jahr vor meinem Tod untersuchen oder behandeln werden sowie Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern – über die Todesursachen oder die Krankheiten, die zum Tod geführt haben, befragen.

Werden Leistungen wegen Eintritt einer der definierten schweren Krankheiten, Invalidität oder Berufsunfähigkeit beansprucht, darf die Gothaer Lebensversicherung AG die in Absatz 1 Satz 1 genannten Personen und Einrichtungen, die Ärzte und andere Heilbehandler, die mich untersucht haben sowie Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern – auch über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, voraussichtliche Dauer und bei Berufsunfähigkeit über Grad sowie über diejenigen Krankheiten, die zum Eintritt einer der definierten schweren Krankheiten, Invalidität oder Berufsunfähigkeit geführt haben, befragen.

Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus.

Wechsel des Versicherers

Eine bestehende Lebensversicherung aufzugeben und dafür eine neue Lebensversicherung abzuschließen, ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzweckmäßig und kann mit wirtschaftlichen Nachteilen verbunden sein.

Ansprechpartner/ Aufsichtsbehörde

Sollten Sie im Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsvertrag, Ihrem Versicherungsschutz oder auch unserer Beratung und Betreuung Fragen, Wünsche, Bedenken oder Beschwerden haben, so können Sie sich jederzeit vertrauensvoll an Ihren Betreuer, unsere Außenstellen oder die Hauptverwaltung wenden. Die Anschrift der Hauptverwaltung entnehmen Sie bitte unseren unten angegebenen Geschäftsangaben. Telefonisch sind wir für Sie unter 0551 701-0 erreichbar. Per Telefax unter 0551 701-701 oder unter www.gothaer.de im Internet.

Für Mitglieder der Gothaer Versicherungsbank VVaG steht in allen Beschwerdefällen unser Beauftragter für die Anliegen der Mitglieder, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln, zur Verfügung.

Generell steht Ihnen die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, als zuständige Aufsichtsbehörde in Beschwerdefällen zur Verfügung.

Darüber hinaus ist unser Unternehmen Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V., Kronenstr. 13, 10117 Berlin. Sie haben somit die Möglichkeit das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch zu nehmen.

Tarifierläuterungen und Leistungsbeschreibungen

Tarife

FC07-1 – Fondsgebundene Todesfallversicherung.

Leistungsbeschreibung

Bei Tod der versicherten Person während der vereinbarten Versicherungsdauer endet Ihr Vertrag und wir zahlen 101 % des Fondsvermögens, mindestens jedoch die Mindesttodesfallsumme.

FC07-2 – Fondsgebundene Todesfallversicherung mit vorgezogener Leistung bei Eintritt einer schweren Krankheit.

Leistungsbeschreibung

Bei Tod der versicherten Person oder dem Eintritt einer der definierten schweren Krankheiten während der vereinbarten Versicherungsdauer endet Ihr Vertrag und wir zahlen 101 % des Fondsvermögens, mindestens aber die vereinbarte Versicherungssumme. Die Mindesttodesfallsumme entspricht der vereinbarten Versicherungssumme.

FC07-3 - Fondsgebundene Schwere Krankheiten Versicherung mit Mindesttodesfallschutz von 5.000 EUR.

Leistungsbeschreibung

Bei Tod der versicherten Person oder dem Eintritt einer der definierten schweren Krankheiten während der vereinbarten Versicherungsdauer endet Ihr Vertrag. Im Todesfall erstatten wir 101 % des Fondsvermögens, mindestens aber 5.000 EUR. Bei Eintritt einer der definierten schweren Krankheiten zahlen wir 101 % des Fondsvermögens, mindestens aber die vereinbarte Versicherungssumme. Versicherte schwere Krankheiten bei dem Tarif FC07-2 und FC07-3 sind die nachstehend aufgeführten 46 definierten schweren Krankheitsereignisse im Sinne der Versicherungsbedingungen:

Herzinfarkt, Erkrankung des Herzmuskels, Schlaganfall, Chronisches Nierenversagen, Krebs, Gutartiger Gehirntumor, Multiple Sklerose, Lähmung, Kinderlähmung, Parkinson'sche Krankheit, Schwere Motoneuronerkrankung, Blindheit, Taubheit, Verlust der Sprache, Verlust von Gliedmaßen, Schwere Verbrennungen, Schwere Kopfverletzung, Koma, Bakterielle Hirnhautentzündung, Hirngewebeentzündung, HIV-Infektion erworben durch Bluttransfusion, HIV-Infektion erworben während der beruflichen Tätigkeit, übrige Erkrankungen des Zentralen Nervensystems (z. B. Morbus Alzheimer, Frontotemporale Demenz (Morbus Pick), Levy-Körperchen-Demenz (Morbus Binswanger), Friedreich Ataxie, Ataxie teleangiectatica, Multiple Systematrophie, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Corticobasale Degeneration, Neurosarkoidose, Zerebrales Krampfanfallsleiden (Epilepsie), Lupus erythematoses mit Beteiligung des Gehirns, Chronische Hirndruckerhöhung (Hydrocephalus), Hirnvenenthrombose, Neuro-Lues Neuroborreliose, Thrombangiitis obliterans des Gehirns, Kollagenosen mit Beteiligung des Gehirns), Tödliche Krankheit*, Bypass-Operation, Operation der Aorta, Operation der Herzklappen, Organtransplantation.

*Die Leistung entspricht der Todesfallleistung.

Kinder im Alter von 1-17 Jahren sind im Falle bestimmter schwerer Krankheiten ohne zusätzlichen Beitrag obligatorisch mitversichert. Die genauen Bestimmungen und Grenzen entnehmen Sie bitte Ihren Versicherungsbedingungen. Handelt es sich beim Versicherungsnehmer um einen Arbeitgeber/Firma, ist die obligatorische Mitversicherung von Kindern ausgeschlossen.

Der endgültige Anspruch auf die Leistung entsteht nach Ablauf der in den Versicherungsbedingungen genannten Karenzzeit.

Raucher-/ Nichtrauchertarif

Die versicherte Person wird als Nichtraucher eingestuft, wenn sie in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung keinerlei Tabakprodukte konsumiert hat.

Fondsanlageerisiko

Bei der Ihnen vorliegenden Versicherung handelt es sich um eine Fondsgebundene Risikoversicherung. Wir investieren Ihre Beiträge in die von Ihnen gewählten Investmentfonds, wobei Sie beim Erwerb der Anteile im Rahmen Ihres Vertrags keine Ausgabenaufschläge bezahlen. Da die Kursentwicklung der Fondsanteile jedoch nicht vorauszusehen ist, kann auch die Höhe unserer Leistungen nicht garantiert werden. Auf der einen Seite haben Sie die Chance bei Kurssteigerungen der Fondsanteile zu profitieren und einen Wertzuwachs zu erzielen. Auf der anderen Seite tragen Sie aber auch das Risiko von Kursrückgängen. Beachten Sie bitte, dass Ihr Vertrag vorzeitig erlischt, wenn Ihr Fondsvermögen für die Entnahme der Kosten für den vereinbarten Versicherungsschutz sowie zur Deckung der Kosten der allgemeinen Verwaltung nicht mehr ausreicht. Wir werden Sie jedoch vor dem Erlöschen des Vertrags warnen.

Berufsunfähigkeitschutz

Sofern Berufsunfähigkeitsschutz vereinbart wurde, ist folgende Leistung versichert:

Wird die versicherte Person innerhalb der für die Berufsunfähigkeit vereinbarten Versicherungsdauer zu mindestens 50 % berufsunfähig im Sinne der Versicherungsbedingungen, so zahlen wir über die verbleibende Leistungsdauer eine Berufsunfähigkeitsrente in vereinbarter Höhe.

Beachten Sie bitte, dass der Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsrente mit Ablauf der Leistungsdauer endet. Das gilt auch, wenn die versicherte Person stirbt oder die Voraussetzungen für die Berufsunfähigkeit nicht mehr vorliegen.

Invaliditätsschutz (nicht bei FC07-1)

Sofern Invaliditätsschutz vereinbart wurde, sind folgende Leistungen versichert:

Leistung bei Erwerbsunfähigkeit

Wird die versicherte Person während der vereinbarten Versicherungsdauer (maximal bis einschließlich Alter 59) voraussichtlich dauerhaft und vollständig erwerbsunfähig im Sinne der Versicherungsbedingungen, endet Ihr Vertrag und wir zahlen 101 % des Fondsvermögens, mindestens aber die vereinbarte Versicherungssumme bzw. ab dem Alter 56 einen Prozentsatz der vereinbarten Versicherungssumme.

Leistung bei Pflegebedürftigkeit

Ist die versicherte Person während der vereinbarten Versicherungsdauer voraussichtlich dauerhaft pflegebedürftig im Sinne der Versicherungsbedingungen, endet Ihr Vertrag und wir zahlen 101 % des Fondsvermögens, mindestens aber die vereinbarte Versicherungssumme bzw. ab dem Alter 56 einen Prozentsatz der vereinbarten Versicherungssumme.

Der endgültige Anspruch auf die Leistung entsteht nach Ablauf der in den Versicherungsbedingungen genannten Karenzzeiten.

Todesfallschutz

Bei Tod des versicherten Kindes bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres ist die Auszahlung der Mindesttodesfallsumme auf die Höhe der üblichen Beerdigungskosten (derzeit 8.000 EUR) begrenzt. Ergeben 101 % des zu diesem Zeitpunkt angesparten Fondsvermögens einen höheren Betrag als die üblichen Beerdigungskosten, so wird selbstverständlich dieser Betrag ausgezahlt.

Dynamische Erhöhung

Im Rahmen der dynamischen Beitrags- und Leistungserhöhung erhöhen sich Ihre Beiträge und Leistungen, ohne dass eine Gesundheitsprüfung notwendig wird. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte dem Versorgungsvorschlag.

Gothaer Perikon – Fondsgebundene Risikoabsicherung – Informationsblatt zur Fondsanlage

(Stand: 01.03.2007) – (Abkürzungen: WKN = Wertpapierkennnummer)

Die folgende Übersicht gibt Ihnen Informationen über sämtliche Investmentfonds, die Sie im Rahmen von „Gothaer Perikon – Fondsgebundene Risikoabsicherung“ bei der Antragstellung auswählen können. Die Kursschwankungen der von Ihnen ausgewählten Fonds beeinflussen die Leistungen Ihrer fondsgebundenen Risikoabsicherung. Sie haben die Chance, im Falle von Kurssteigerungen der Wertpapiere einen Wertzuwachs zu erzielen; Sie tragen aber auch im Falle von Kursrückgängen das Risiko der Wertminderung.

Fidelity Funds - European Growth A
WKN: 973270
Interne Fonds-Nr. 43
Dieser Fonds investiert vorwiegend in kontinentaleuropäische Aktien ohne Festlegung der Gewichtung einzelner Länder, Branchen und Unternehmen im Portfolio. Das Fondsmanagement sucht bei der Aktienauswahl nach Unternehmen, die von den politischen und wirtschaftlichen Änderungen in Europa profitieren und ihren Nutzen aus den Möglichkeiten, die sich aus dem Europäischen Binnenmarkt ergeben, ziehen können.

Risikoklasse: Chancenorientiert
Kapitalanlagegesellschaft: Fidelity Investments Services GmbH

LINGOHR-SYSTEMATIC-LBB-INVEST (t)
WKN: 977479
Interne Fonds-Nr. 49
Der Fonds ist ein international anlegender Aktienfonds, dessen Anlagepolitik darauf ausgerichtet ist, computergestützt, überwiegend in solche Aktien zu investieren, die im Vergleich zur Gesamtheit der analysierten Aktien nach der Erkenntnis der Gesellschaft unterbewertet sind. Der Fonds investiert in ausgewählte Aktienmärkte weltweit. Da Börsenplätze im Langzeitvergleich durchaus markante Unterschiede aufweisen, werden Auswahlkriterien je nach Land unterschiedlich gewichtet. Daneben können auch anderen Aktien, verzinsliche Wertpapiere, Wandel- und Optionsanleihen sowie Genussscheine und Indexzertifikate erworben werden.

Risikoklasse: Chancenorientiert
Kapitalanlagegesellschaft: Landesbank Berlin Investment GmbH

Templeton Growth (Euro) A (t)
WKN: 941034
Interne Fonds-Nr. 75
Anlageziel dieses Fonds ist langfristiges Kapitalwachstum. Die Anlage erfolgt weltweit in Aktien, dabei vorwiegend in Stammaktien, und Schuldtiteln von Unternehmen und der öffentlichen Hand.

Risikoklasse: Chancenorientiert
Kapitalanlagegesellschaft: Franklin Templeton Investment Funds

Pioneer Funds-U.S. Pioneer C
WKN: 805669
Interne Fonds-Nr. 100
Ziel dieses Teilfonds ist die Erwirtschaftung eines Kapitalzuwachses auf mittlere bis lange Sicht. Er investiert überwiegend in ein konservatives, breit diversifiziertes Portfolio aus Aktien von US-amerikanischen Unternehmen, die an der Börse derzeit unterbewertet sind. Die Aktienauswahl erfolgt nach dem Core-Value-Ansatz, der sich seit 1928 auch im amerikanischen Parallelfonds Pioneer Fund bewährt hat. Nach eingehender Analyse werden Titel ausgewählt, deren Börsenkurs unter ihrem tatsächlichen Wert liegt.

Risikoklasse: Ausgesprochen chancenorientiert
Kapitalanlagegesellschaft: Pioneer Global Investment Ltd.

M&G Global Basics Fund A EUR (t)
WKN: 797735
Interne Fonds-Nr. 120
Langfristiges Kapitalwachstum; weltweite Investitionen mit Fokus auf Unternehmen in der Rohstoff- und weiterverarbeitenden Industrie.

Risikoklasse: Ausgesprochen chancenorientiert
Kapitalanlagegesellschaft: M&G Securities Ltd.

Fidelity Funds - European Fund A (t)
WKN: A0H0V4
Interne Fonds-Nr. 124
Der Dachfonds investiert in Branchen-, Themen- und Spezialitätenfonds. In der Regel ist er bis zu 100 % in Aktienfonds angelegt.

Risikoklasse: Chancenorientiert
Kapitalanlagegesellschaft: Fidelity International Limited

A2A Basis (t)
WKN: 556163
Interne Fonds-Nr. 130
A2A Basis investiert max. 40 % in Aktienfonds und bis zu 80 % in Renten- und Geldmarktfonds.

Risikoklasse: Konservativ
Kapitalanlagegesellschaft: Veritas SG Investment Trust GmbH

A2A Chance (t)
WKN: 556165
Interne Fonds-Nr. 131
A2A Chance legt mind. 70 % in Aktienfonds und bis zu 30 % in Anteilen an in- und ausländischen Renten-, Geldmarkt-, Grundstücks-, Gemischten Wertpapier- und Grundstücks-Sondervermögen an, interessant für Anleger, für die hohe Renditen wichtigstes Ziel sind.

Risikoklasse: Chancenorientiert
Kapitalanlagegesellschaft: Veritas SG Investment Trust GmbH

A2A Wachstum (t)
WKN: 556164
Interne Fonds-Nr. 132
A2A Wachstum investiert bis zu 60 % in Aktienfonds sowie bis zu 60 % in Renten- und Geldmarktfonds, maßgeschneidert für risikobewusste Anleger, für die kontinuierliches Wachstum bei einem durch Renten- und Geldmarktfonds abgedeckten Risiko wichtigstes Ziel ist.

Risikoklasse: Ausgewogen
Kapitalanlagegesellschaft: Veritas SG Investment Trust GmbH

Fondswechsel
Sie haben jederzeit die Möglichkeit, die getroffene Fondsauswahl für Ihre laufenden Beiträge zu ändern („Fonds-Switch“) und/oder bereits vorhandenes Fondsvermögen in andere Fonds umzuschichten („Fonds-Shift“), wobei Fondswechsel für den Versicherungsnehmer kostenfrei sind.

Preis
Der Preis der Fondsanteile wird täglich in diversen regionalen und überregionalen Tageszeitungen veröffentlicht, sodass Sie sich zusätzlich laufend informieren können.

Weitere Informationen
Weitere Informationen zu den von Ihnen ausgewählten Fonds erhalten Sie von uns mit Ihren Vertragsunterlagen. Darüber hinaus stellen Ihnen die genannten Kapitalanlagegesellschaften auf Wunsch die aktuellen Verkaufsprospekte und Rechenschaftsberichte zur Verfügung.