

Antrag

**Die Gothaer
Jagd-Unfallversicherung**

Neuantrag Änderung

Antragsteller/
Versicherungs-
nehmer
(VN)

Versicherungsnummer _____ Fremddatenzeichen (z. B. Vorgangsnummer des Vermittlers) _____

Titel, Vorname, Name _____

Straße und Hausnummer _____

Staat _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Geburtsdatum _____ Nationalität _____

Telefon _____ E-Mail _____

Vermittler _____

männlich
 weiblich

Beginn und
Dauer der
Versicherung

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

Der Versicherungsvertrag wird zunächst für ein Jahr abgeschlossen. Er verlängert sich danach stillschweigend von Jahr zu Jahr, sofern er nicht fristgerecht gekündigt wird.

Zu versichernde
Person

Titel, Vorname, Name (sofern abweichend von VN) _____

Geburtsdatum _____ Nationalität _____

männlich
 weiblich

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-
umfang

Die Versicherung umfasst weltweit Unfälle während der Ausübung jeder berechtigten jagdlichen Tätigkeit.

Eingeschlossen sind Unfälle

- bei Ausübung des Jagdschutzes, Abrichten und Führen von Jagdhunden und bei allen Tätigkeiten, die unmittelbar im Zusammenhang mit der Pflege des Jagdreviers stehen, z. B. beim Hochsitzbau, beim Anlegen von Pirschwegen, Fütterungen usw.
- bei der anerkannten Ausbildung zum Erwerb des Jagdscheines (Jungjägerausbildung)
- beim jagdlichen Übungs- und Preisschießen und bei der Teilnahme an anerkannten Jagdhundeprüfungen
- auf dem direkten Weg zum und vom Jagdrevier und den vorerwähnten Schießübungen und Prüfungen. Soweit die Ausübung einer berechtigten jagdlichen Tätigkeit mit einer auswärtigen Unterbringung verbunden ist, beginnt der direkte Weg mit Verlassen der Unterkunft (Hotel, Pension, Jagdcamp etc.) und endet wieder dort. Die Benutzung von Beförderungsmitteln ist mitversichert. Unfälle bei Luftfahrten sind jedoch ausgeschlossen.
- beim Reinigen von Jagdwaffen. Voraussetzung ist, dass die üblichen Vorsichtsmaßnahmen dabei beachtet werden.

Versicherungs-
summen und
Beiträge

Leistungen	<input type="checkbox"/> Modell 1 EUR	<input type="checkbox"/> Modell 2 EUR
Invalidität (100 %)	50.000	100.000
Leistung bei Vollinvalidität (350 %)	175.000	350.000
Todesfallsumme	10.000	10.000
Bergungskosten	10.000	10.000
Kosmetische Operationen	10.000	10.000
Jahresbeitrag	27,00	45,00

Jahresbeitrag _____ EUR + Gesetzliche Versicherungssteuer _____ EUR = Ihr zu zahlender Gesamt-Jahresbeitrag _____ EUR

Bitte beachten:
Durch Rundungen können sich geringe Beitragsdifferenzen zum Versicherungsschein ergeben.

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

DE0ZZZ0000070161

(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.

.....
Datum erster Einzug/Gültig ab

 Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

IBAN (Internationale Bankkontonummer)

Zahlungspflichtiger (Vorname, Name) falls nicht mit Antragsteller identisch

BIC (Internationale Bankleitzahl des Geldinstituts)

Name des Geldinstituts

Angaben zum
Gesundheits-
zustand

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

Ergänzende
Angaben zu
den mit „ja“
beantworteten
Fragen

Frage	Genaue Krankheitsbezeichnungen (Diagnosen) Art der Beschwerden, Behandlungen, Operationen, Untersuchungen.	Wiederholt aufgetreten?		Behandlungs-/ beschwerdefrei?		Opera- tionen?		Name und Anschrift der Heilbehandler, Krankenanstalten, Sanatorien
		nein	ja	nein	ja, seit	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"/>	<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 oder das **Beiblatt** „Ergänzende Angaben zum Gesundheitszustand“ 111377 auszufüllen und **beizufügen**.

Gesondertes Beiblatt?

 nein jaVor-
versicherungen

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

Empfangs-
bekenntnis

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 zum Empfangsbekenntnis

Schluss-
erklärungen
und
Unterschriften

Die auf der **folgenden Seite** beschriebenen Erklärungen und wichtigen Hinweise enthalten unter anderem die **Behleung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht**, einen **Hinweis zum Widerrufsrecht** sowie die **Hinweise zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz**; sie sind **wichtiger Bestandteil des Vertrags**. Mit meiner Vertragserklärung mache ich die „**Erklärungen und wichtige 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.

Unterschriften der zu versichernden Person (bei Minderjährigen: Gesetzlicher Vertreter)

Ort, Datum

Antragsteller/Versicherungsnehmer

Zahlungspflichtiger

Kommunikationsdaten des Vermittlers (Telefon-/Telefaxnummer, E-Mail-/Internetadresse des Vermittlers)

Vermittler (ggf. mit Stempel)

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht	<p>Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.</p> <p>[Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Gothaer Allgemeine Versicherung AG, Gothaer Allee 1, 50969 Köln schriftlich nachzuholen.]</p> <p>Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.</p> <p>Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?</p> <p>Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.</p> <p>Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.</p>
1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes	<p>Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag zur Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.</p>
2. Kündigung	<p>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 schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung 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.</p>
3. Vertragsänderung	<p>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.</p> <p>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.</p>
4. Ausübung unserer Rechte	<p>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.</p>
5. Stellvertretung durch eine andere Person	<p>Nach Art. 13 DSGVO möchten wir Ihnen Informationen zur Datenverarbeitung geben. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die Gothaer Allgemeine Versicherung AG, Gothaer Allee 1, 50969 Köln, E-Mail: info@gothaer.de. Alle weiteren Informationen nach Art. 13 DSGVO finden Sie im entsprechenden Informationsblatt, welches diesem Antrag als Anlage beigefügt ist. 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 auch unter www.gothaer.de/datenschutz. Bitte geben Sie diese Informationen zum Datenschutz auch an eventuell weitere in Ihrem Vertrag genannte Personen.</p> <p>Die Informa HIS GmbH betreibt das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS). An das HIS melden wir – ebenso wie andere Versicherungsunternehmen – erhöhte Risiken sowie Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten und daher einer näheren Prüfung bedürfen. Eine detaillierte Beschreibung des HIS finden Sie im Internet unter www.informa-irfp.de.</p>
Hinweise zur Datenverarbeitung und den Ihnen zustehenden Rechten nach Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)	<p>Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd schwer- und schwerstpflegebedürftige Personen im Sinne der sozialen Pflegeversicherung [Ziffer 6 der Gothaer Unfallversicherungsbedingungen].</p> <p>Für die Aufnahme des Antrags fallen keine gesonderten Gebühren oder Kosten an.</p> <p>Rückläufergebühren aus SEPA-Lastschriften und Kosten eines Mahnverfahrens werden geltend gemacht.</p>
Versicherungsfähigkeit	<p>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.</p> <p>Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist dies innerhalb von 48 Stunden – an die Telefaxnummer 0551 701-964267 – anzuzeigen.</p> <p>Auch dann, wenn der Unfall bereits anderweitig gemeldet wurde.</p>
Sonstige Hinweise	<p>Ihren Ansprechpartner im Außendienst und ihre Kundenbetreuer in unseren Außenstellen oder der Hauptverwaltung 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.</p>
Benachrichtigung im Schadenfall	<p>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.</p>
Ansprechpartner/ Aufsichtsbehörde/ Schlichtungsstelle	<p>Sämtliche Informationen zur Ausübung und Frist Ihres Widerrufsrechts finden Sie in den Allgemeinen Kundeninformationen unter der Überschrift „Widerrufsbelehrung“.</p>
Vertragsgrundlagen	
Widerrufsrecht	

Gesellschaft	Gothaer Allgemeine Versicherung AG	Postanschrift	50598 Köln
Sitz	Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (Hausanschrift)	Rechtsform	Aktiengesellschaft
Aufsichtsrat	Prof. Dr. Werner Görg (Vorsitzender)	Registergericht	Amtsgericht Köln, HRB 21433
Vorstand	Thomas Bischof (Vorsitzender) Oliver Brüß, Dr. Mathias Bühring-Uhle, Harald-Ingo Eppele, Michael Kurtenbach, Oliver Schoeller	USt-IdNr.	DE 122786654
		VerSt-Nr.	810/V90810004206