

# Die private Gothaer Unfallversicherung für Motorsportler

– Versicherungsschutz besteht nur bei Motorsportveranstaltungen (Erzielung von Höchstgeschwindigkeit) –



AN215021

Neuantrag  Änderung

Antragsteller/  
Versicherungs-  
nehmer  
(VN)

Versicherungsnummer

Fremdaktenzeichen (z. B. Vorgangsnummer des Vermittlers)

Vermittler

Titel, Vorname, Name

männlich  
 weiblich

Straße und Hausnummer

Staat

Postleitzahl

Ort

angestellt  öffentlicher Dienst  
 selbstständig  ohne Beschäftigung

Geburtsdatum

Nationalität

derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche/Betriebsart

Beginn und  
Dauer der  
Versicherung

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

**Versicherungsablauf** (12.00 Uhr)  
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)

männlich  
 weiblich

Geburtsdatum

Nationalität

angestellt  öffentlicher Dienst  
 selbstständig  ohne Beschäftigung

derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche/Betriebsart

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

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Unfälle bei Motorsportveranstaltungen (Erzielung von Höchstgeschwindigkeit).

**Beitragsfreie Versicherungsleistungen: • Bergungskosten 10.000 EUR / • Kosmetische Operationen 10.000 EUR.**

Abkürzungen: GG = Gefahrengruppe / VSU = Versicherungssumme / BS = Beitragssatz oder Beitrag

Ich betreibe  **Automobilsport**

**Kartsport**

**Motorbootsport**

**Motorradsport**

**Moto-Cross/Enduro**

**Sonstiger Motorradsport/Jetski**

Lizenzinhaber:  ja  nein

Lizenzaussteller:

Versicherungs-  
summen/  
Jahresbeiträge

**Automobil-, Kart- und Motorbootsport**

**Invaliditätsleistung**

50.000 EUR 50,00 EUR  
 100.000 EUR 100,00 EUR  
 150.000 EUR 150,00 EUR  
 200.000 EUR 300,00 EUR

**Todesfalleistung**

10.000 EUR 10,00 EUR  
 25.000 EUR 25,00 EUR  
 50.000 EUR 50,00 EUR  
 75.000 EUR 112,50 EUR  
 100.000 EUR 150,00 EUR

**Unfallkrankhaus-  
tagegeld  
mit Genesungsgeld**

25 EUR 45 EUR

**Motorradsport**

**Moto-Cross/Enduro  
Invaliditätsleistung**

50.000 EUR 91,50 EUR  
 100.000 EUR 183,00 EUR  
 150.000 EUR 274,50 EUR  
 200.000 EUR 550,00 EUR

**Sonstiger Motorradsport/Jetski  
Invaliditätsleistung**

50.000 EUR 75,00 EUR  
 100.000 EUR 150,00 EUR  
 150.000 EUR 225,00 EUR  
 200.000 EUR 450,00 EUR

**Todesfalleistung**

10.000 EUR 15,00 EUR  
 25.000 EUR 37,50 EUR  
 50.000 EUR 75,00 EUR  
 75.000 EUR 168,75 EUR  
 100.000 EUR 225,00 EUR

**Unfallkrankhaus-  
tagegeld  
mit Genesungsgeld**

25 EUR 45 EUR

Jahresbeitrag

Gesetzliche  
Versicherungsteuer

Ihr zu zahlender  
Gesamt-Jahresbeitrag

EUR +

EUR =

EUR

Bitte beachten:  
Durch Rundungen können sich geringe Beitrags-  
differenzen 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.

1. Hat die zu versichernde Person in den letzten fünf Jahren Unfälle erlitten, die eine ärztliche Behandlung erforderlich machten?

nein

ja

▼

▼

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

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

Ergänzende  
Angaben zu  
den mit „ja“  
beantworteten  
Fragen

Frage **Genaue Krankheitsbezeichnungen** (Diagnosen)  
Art der Beschwerden, Behandlungen, Operationen,  
Untersuchungen.

**Wiederholt  
aufgetreten?**  
nein ja

▼ ▼

**Behandlungs-/  
beschwerdefrei?**  
nein ja, seit

▼ ▼

**Opera-  
tionen?**  
nein ja

▼ ▼

**Name und Anschrift**  
der Heilbehandler, Krankenanstalten, Sanatorien

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Kommuni-  
kationsdaten

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

Empfangs-  
bekenntnis

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

- Gothaer Unfallversicherung
- Besondere Bedingungen für die private Gothaer Motorsport-Unfallversicherung

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers zum Empfangsbekenntnis

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 **Behauptung 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 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

**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, 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](http://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](http://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.

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

**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 Nr. 0551 701-54267 oder per Telefax Nr. 0551 701-964267 und sorgen Sie für **weitestgehende Schadenminderung**. **Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist dies innerhalb von 48 Stunden** – an die Telefax-Nr. 0551 701-964267 – **anzuzeigen**. Auch dann, wenn der Unfall bereits anderweitig gemeldet wurde.

**Ansprechpartner/ Aufsichtsbehörde/ Schlichtungsstelle** 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 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 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 vor Antragstellung ausgehändigt wurden. 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 Gesetzbuch. 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.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einem mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu den widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

**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.

|                     |   |                      |                             |
|---------------------|---|----------------------|-----------------------------|
| <b>Gesellschaft</b> | <b>Gothaer Allgemeine Versicherung AG</b>   | <b>Postanschrift</b> | <b>50598 Köln</b>           |
| Sitz                | Gothaer Allee 1, 50969 Köln (Hausanschrift)   | Rechtsform           | Aktiengesellschaft          |
| Aufsichtsrat        | Dr. Roland Schulz (Vorsitzender)  | Registergericht      | Amtsgericht Köln, HRB 21433 |
| Vorstand            | Thomas Leicht (Vorsitzender),<br>Dr. Werner Görg, Michael Kurtenbach,<br>Jürgen Meisch, Dr. Hartmut Nickel-Waninger, Oliver Schoeller | USt-IdNr.            | DE122786654                 |
|                     |   | VerSt-Nr.            | 9116 / 810 / 00420          |