

ANTRAG AUF BERUFSUNFÄHIGKEITSSCHUTZ



Stand April 2014

VOM GESCHÄFTSPARTNER AUSZUFÜLLEN

| | |
|---------------------------------|--|
| Firmenname/ Geschäftspartner | |
| <input type="checkbox"/> kp | |

| | |
|---------------------------|--|
| Geschäfts- partner-Nr. | |
| Buchungs-Nr./ Ref.-Nr. | |

PERSÖNLICHE DATEN

Füllen Sie den Antrag bitte vollständig und in Druckschrift aus.

ANTRAGSTELLER/IN

Anrede Frau Herr Firma

| | |
|------------------------------|--|
| Titel, Nachname | |
| Vorname(n) | |
| Straße, Haus-Nr. | |
| PLZ, Ort (Wohnsitz) | |
| Telefon (freiwillige Angabe) | |
| E-Mail (freiwillige Angabe) | |

Geburtsdatum

Nationalität deutsch andere*

Familienstand
(freiwillige Angabe) ledig verheiratet**
 geschieden verwitwet

Derzeitige Tätigkeit angestellt selbstständig Sonstiges

EINWILLIGUNG

Mit der Angabe meiner E-Mail-Adresse willige ich ein, dass die Canada Life mir Informationen und Mitteilungen zu meinem Versicherungsvertrag über eine nach aktuellem technischem Stand gesicherte E-Mail-Verbindung dorthin sendet. Sollte ich mehrere Versicherungsverträge bei der Canada Life haben, bestätige ich hiermit, dass meine Einwilligung zur Nutzung der E-Mail-Adresse für alle diese Versicherungsverträge gilt. Eine Registrierung lediglich für einen oder einzelne Versicherungsverträge desselben Versicherungsnehmers ist aus technischen Gründen nicht möglich. Ich kann diese Einwilligung zur Nutzung der E-Mail-Adresse jeder-

zeit schriftlich, z.B. per Brief, per E-Mail an kundenservice@canadalife.de oder per Fax an 06102-30618-01, ohne Einfluss auf meine vertraglichen Beziehungen zu Canada Life mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Informationen und Mitteilungen, die der Schriftform bedürfen, werde ich von der Canada Life weiterhin per Post erhalten.

Aktuelle Informationen zum Canada Life E-Mail-Service erhalten Sie unter <https://www.canadalife.de/emailservice>.

ZU VERSICHERNDE PERSON (nur ausfüllen, falls nicht Antragsteller/in)

Anrede Frau Herr

| | |
|------------------------------|--|
| Titel, Nachname | |
| Vorname(n) | |
| Straße, Haus-Nr. | |
| PLZ, Ort (Wohnsitz) | |
| Telefon (freiwillige Angabe) | |
| E-Mail (freiwillige Angabe) | |

Geburtsdatum

Nationalität deutsch andere*

Familienstand
(freiwillige Angabe) ledig verheiratet**
 geschieden verwitwet

Welches Verhältnis besteht zwischen Antragsteller/in und zu versichernder Person (Ehegatte, Geschäftspartner ...)?

WEITERE FRAGEN AN DIE ZU VERSICHERNDE PERSON (bitte vollständig ausfüllen)

Derzeitiger Beruf Branche

Sind Sie angestellt selbstständig Beamte/r Freiberufler/in Auszubildende/r Student/in Schüler/in

nicht erwerbstätig/arbeitssuchend Sonstiges?

Anteil Bürotätigkeit %

Tragen Sie Personalverantwortung? ja nein Falls ja, für wie viele Mitarbeiter? Mitarbeiter

Bildungs-/Berufsabschluss (höchster Abschluss)

Ausbildungsberuf

DATEN ZUM VERSICHERUNGSVERTRAG

VERSICHERUNGSBEGINN

(Tag/Monat/Jahr)

Versicherungsdauer bis zum Lebensjahr
(mindestens 55, maximal 67)

Leistungsdauer bis zum Lebensjahr

(Die Leistungsdauer entspricht in der Regel der Versicherungsdauer.
Eine davon abweichende Leistungsdauer kann nur für bestimmte Berufsgruppen bis maximal 67 vereinbart werden.)

Die Versicherungs- bzw. Leistungsdauer endet zum Jahrestag des Versicherungsbeginns, der dem entsprechenden Geburtstag der versicherten Person folgt.

LEISTUNG IM VERSICHERUNGSFALL

Monatliche Rente im Versicherungsfall €

Karenzzeit

Falls nichts angegeben wird, gilt eine Karenzzeit von 0 Monaten 3 Monaten 6 Monaten.

BEITRÄGE

Zahlungsweise monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Beitrag laut Zahlungsweise €

* Antragsteller/innen irischer Nationalität sowie aus Staaten außerhalb der EU, mit Ausnahme der Schweiz und Norwegen, bitte auch den Fragebogen „Ausländische Staatsangehörige“ ausfüllen.

** Auch eingetragene Lebenspartnerschaft nach LPartG.

PLANMÄSSIGE ERHÖHUNG DER VERSICHERTEN MONATLICHEN RENTE

Sie haben die Möglichkeit, Ihre versicherte monatliche Rente vor und/oder nach Eintritt des Versicherungsfalls an jedem Jahrestag des Versicherungs- bzw. Leistungsbeginns zu erhöhen:

- a) vor Eintritt des Versicherungsfalls: Standardmäßig erfolgt eine jährliche Erhöhung um 3 %. Ich wünsche keine Erhöhung.
und/oder
b) nach Eintritt des Versicherungsfalls: Standardmäßig erfolgt keine jährliche Erhöhung. Ja, ich wünsche 3 % Erhöhung.

Prüfung für ein unverbindliches Angebot zum Abschluss einer Grundfähigkeitsversicherung



Es kann vorkommen, dass wir Ihren Antrag auf Berufsunfähigkeitschutz ablehnen oder nur mit einem Zuschlag annehmen können. Im Falle einer Ablehnung oder einem geänderten Angebot mit maximalem

Zuschlag können wir Ihnen zusätzlich, sofern möglich, ein anderes Produkt, die Grundfähigkeitsversicherung der Canada Life, anbieten. Kreuzen Sie bitte an, wenn Sie dies nicht wünschen.

Nein, ich wünsche kein unverbindliches Angebot zum Abschluss einer Grundfähigkeitsversicherung

WIDERRUFLICH BEZUGSBERECHTIGTE PERSON

Wird ein Bezugsberechtigter/eine Bezugsberechtigte bis zum Eintritt des Versicherungsfalls nicht benannt, steht der Leistungsanspruch dem Antragsteller/der Antragstellerin zu. Bitte vollständige Angaben bzgl. Name, Vorname und Geburtsdatum der beugsberechtigten Person machen. Dies gilt auch für die Leistung im Rahmen des vorläufigen Versicherungsschutzes. Ist der/die Antragsteller/in gleichzeitig auch die versicherte Person, steht der Leistungsanspruch im Todesfall seinen/ihren Erben zu.

- Antragsteller/in
 versicherte Person
 nebenstehend benannte Person

| | |
|--------------|--|
| Name | |
| Vorname(n) | |
| Geburtsdatum | |

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT FÜR SEPA-BASILASTSCHRIFTEN

Canada Life Assurance Europe Limited, Niederlassung für Deutschland, Höninger Weg 153a, 50969 Köln, (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE88ZZ00000060465)

Eine Mandatsreferenznummer teilen wir Ihnen separat mit.

Ich ermächtige Canada Life, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Canada Life auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich bin damit einverstanden, dass mir der Lastschrifteinzug spätestens 5 Kalendertage vorab angekündigt wird.

Hinweis:

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Art der Zahlung: wiederkehrende Lastschrift

Wichtig: Das Mandat ist nur mit Datum und Unterschrift gültig!

- Frau Herr Firma

| | |
|-----------------|--|
| Kontoinhaber/in | |
|-----------------|--|

| | |
|------------------|--|
| Straße, Haus-Nr. | |
|------------------|--|

| | |
|----------|--|
| PLZ, Ort | |
|----------|--|

| | | | |
|------|---|---|--|
| IBAN | D | E | |
|------|---|---|--|

| | |
|-----|--|
| BIC | |
|-----|--|

| | |
|----------------|--|
| Kreditinstitut | |
|----------------|--|

| | |
|-------|--|
| Datum | |
|-------|--|

| | |
|---------------------------------------|--|
| Unterschrift des/der Kontoinhabers/in | |
|---------------------------------------|--|

ERKLÄRUNG NACH DEM GELDWÄSCHEGESETZ

Bitte beachten Sie auch die auf der Seite 9 von 9 befindlichen Hinweise zur Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz und zur Entgegennahme von Zahlungen.

IDENTIFIZIERUNG

Der/Die Antragsteller/in ist eine natürliche juristische Person.

(Das Ausfüllen des nachfolgenden Abschnittes ist nur für natürliche Personen erforderlich. Im Fall einer juristischen Person reichen Sie stattdessen bitte das gesonderte Formular „Identifizierung juristischer Personen/Personengesellschaften nach dem Geldwäschegesetz (GwG)“ mit ein.)

Der/Die Antragsteller/in hat sich ausgewiesen durch:

- gültigen Personalausweis gültigen Reisepass

| | |
|-------------|--|
| Ausweis-Nr. | |
|-------------|--|

| | |
|----------------------|--|
| Ausstellende Behörde | |
|----------------------|--|

| | |
|-------------------|--|
| Ausstellungsdatum | |
|-------------------|--|

| | |
|------------|--|
| Geburtsort | |
|------------|--|

WIRTSCHAFTLICHE BERECHTIGUNG

- Der/Die Antragsteller/in handelt auf eigene Veranlassung.

- Der/Die Antragsteller/in handelt auf Veranlassung von (anzugeben ist der wirtschaftlich Berechtigte):

| | |
|----------|--|
| Nachname | |
|----------|--|

| | |
|------------|--|
| Vorname(n) | |
|------------|--|

| | |
|------------------|--|
| Straße, Haus-Nr. | |
|------------------|--|

| | |
|----------|--|
| PLZ, Ort | |
|----------|--|

Nur bei abweichendem/r Beitragszahler/in:

Es besteht folgendes Verhältnis zwischen Antragsteller/in und Beitragszahler/in (z. B. Art der Verwandschafts- oder Geschäftsbeziehung):

| |
|--|
| |
|--|

POLITISCH EXONIERTE PERSON

Politisch exponierte Personen sind diejenigen natürlichen Personen, die wichtige öffentliche Ämter ausüben oder ausgeübt haben, und deren unmittelbare Familienmitglieder oder ihnen bekanntermaßen nahestehende Personen. Ist der/die Antragsteller/in, der/die wirtschaftlich Berechtigte oder der/die Bezugsberechtigte eine politisch exponierte Person? nein ja (bitte Zusatzformular „Fragebogen politisch exponierte Personen (PEP)“ ausfüllen)

NEBENABREDEN

Auf Vereinbarungen und Nebenabreden, die nicht in diesem Antrag vermerkt sind oder nicht Canada Life direkt zugehen und von uns schriftlich bestätigt werden, können Sie sich als Antragsteller/in nicht berufen.

- Nach Tod des/der Versicherungsnehmers/in wird die versicherte Person (sofern volljährig und in Deutschland ansässig) Versicherungsnehmer/in mit allen Rechten und Pflichten. Die Anzeige und der Nachweis des Todes des/der ursprünglichen Versicherungsnehmers/in obliegt der versicherten Person.

! BELEHRUNG ÜBER DIE FOLGEN EINER VORVERTRAGLICHEN ANZEIGEPLICHTVERLETZUNG GEMÄSS § 19 ABSATZ 5 VVG

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie alle Fragen im Antrag, insbesondere die Gesundheitsfragen, wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Canada Life schriftlich nachzuholen.

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.

Sie haben als Versicherungsnehmer die Ihnen bekannten Gefahrumstände, nach denen wir in Textform (z.B. schriftlich, per E-Mail oder in anderer lesbaren Form) bei Antragstellung und auch danach bis zum Zeitpunkt der Vertragsannahme durch uns gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben.

Sollen nicht Sie, sondern ein Dritter versicherte Person werden, ist auch dieser – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige verantwortlich. Dies gilt für jede versicherte Person.

a) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

b) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

c) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, erlischt der Versicherungsvertrag. Die Rückzahlung der von Ihnen für die Zeit vor Wirksamwerden des Rücktritts geleisteten Beiträge können Sie nicht verlangen.

d) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte,

können wir den Vertrag kündigen. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht, den Vertrag zu kündigen.

e) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der grob fahrlässig nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

f) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Eine solche rückwirkende Vertragsanpassung kann zum Verlust des Versicherungsschutzes für bereits eingetretene und zukünftige Versicherungsfälle führen. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht, dass die anderen Bedingungen Vertragsbestandteil werden.

g) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

h) 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.

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.

i) Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der 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.

BESTÄTIGUNG ÜBER DEN VORLÄUFIGEN VERSICHERUNGSSCHUTZ

Auf Basis dieses vorliegenden Antrags bestätigen wir, die Canada Life, Ihnen einen vorläufigen Versicherungsschutz nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz zu Ihrem Berufsunfähigkeits-

schutz von Canada Life auf Seite 8 von 9. Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt, sobald Ihr Antrag und das SEPA-Lastschriftmandat vollständig ausgefüllt und unterzeichnet bei uns eingegangen sind.

BESTÄTIGUNG ÜBER DEN EMPFANG VON INFORMATIONEN UND ERKLÄRUNG DES/DER ANTRAGSTELLERS/IN

Ich bestätige, folgende Unterlagen vor Antragstellung erhalten zu haben: Ausdruck aus der Berechnungssoftware, bestehend aus dem Produktinformationsblatt, welches die von mir gewünschten Vertragsdaten für den Berufsunfähigkeitsschutz berücksichtigt; Besondere und Allgemeine Informationen zum Berufsunfähigkeitschutz; Versicherungsbedingungen zum Berufsunfähigkeitschutz, Stand April 2014, mit Ergänzenden Hinweisen zum Datenschutz, Versicherungsbedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz zu Ihrem Berufsunfähigkeitschutz und die Belehrung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung

gemäß § 19 Absatz 5 VVG. Die auf Seite 7 von 9 stehende Erklärungen des/der Antragstellers/in zum Widerrufsrecht und zum Beginn des Versicherungsschutzes sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Mit meiner Unterschrift sind sie anerkannter Inhalt des Vertrags.

Unterschrift des/der
Antragstellers/in



FRAGEN AN DIE ZU VERSICHERNDE PERSON

TEIL A – Allgemeine Fragen

1] Zu wie viel Prozent sind Sie wie folgt tätig (Bitte machen Sie hier ungefähre Angaben, sodass die Summe 100 % ergibt.)?

Bürotätigkeit % körperlich/handwerklich % Reise- oder Außendienst % Sonstiges %

2] Wurden in den letzten 5 Jahren für Ihre Person Anträge auf Lebens-, Dread-Disease-, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherungen von anderen Versicherern abgelehnt, zurückgestellt, noch nicht entschieden oder nur zu erschwerten Bedingungen,
z.B. Zuschlag, Ausschlussklausel oder verkürzte Dauer, angenommen oder angeboten?
Falls ja, bei welcher Gesellschaft, wann und weshalb?

ja nein

3] Bestehen bei anderen Versicherern bereits Lebens-, Dread-Disease-, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherungen oder haben Sie bereits Anspruch auf andere Versorgungsleistungen für den Fall der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit (z.B. berufsständisches Versorgungswerk, Versorgungszusage des Arbeitgebers, nicht gesetzliche Rentenansprüche, sonstige Anwartschaften)?
Falls ja, bei welcher Gesellschaft, Art der Deckung und Höhe der Absicherung?

ja nein

- 4] Sind Sie in Beruf oder Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Unfall-/Absturzgefahr, Gefahr-/Schadstoffe, Witterung, Teilnahme an Wettkämpfen, Motorsport, Tauchen, Boxen, Bergsteigen, Flugsport oder sonstige gefährliche Sportarten usw.)? ja nein
 Falls ja, welchen?
- 5] Beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate einen Auslandsaufenthalt außerhalb der EU von mehr als 6 Monaten? ja nein
 Falls ja, wo, zu welchem Zweck und wie lange?

TEIL B – Gesundheitsfragen

(Ergebnisse prädiktiver Gentests, d. h. Gentests ohne Vorliegen einer Krankheit, müssen nicht angegeben werden):

- 6] Bitte geben Sie Größe und Gewicht an
 Größe cm Gewicht kg
- 7] Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nicht ärztlichen Therapeuten in Beratung, in Behandlung oder zur Untersuchung oder sind solche Maßnahmen derzeit vorgesehen wegen Krankheiten oder Beschwerden in den folgenden Bereichen? (Die aufgeführten Beispiele dienen nur der Veranschaulichung und sind nicht abschließend.)
- 7.1] des Herz-Kreislaufsystems, z. B. Herzfehler, Herzinfarkt, Herzleistungsschwäche, Herzkrankengefäß-/Herzklappenerkrankung, Herzrhythmusstörungen, Schlaganfall, Thrombosen, Embolien, Durchblutungsstörungen, Lymphödem (geschwollene Arme oder Beine), Krampfadern, behandlungsbedürftiger Bluthochdruck, Herzschmerzen (Angina pectoris), Veränderungen im EKG ja nein
 7.2] der Atmungsorgane, z. B. Asthma, Bronchitis, Emphysem, Lungen-/Rippenfellentzündung, Apnoe ja nein
 7.3] der Nieren und Harnwege, z. B. Entzündungen der Niere oder Blase, Steine, Abflusstörungen/Harnverhalt, Schmerzen beim Wasserlassen, Blut/Eiweiß im Urin, Inkontinenz ja nein
 7.4] der Geschlechtsorgane (Brust, Gebärmutter, Eierstöcke, Hoden, Prostata ...), z. B. Gebärmutter- oder Eierstockentzündung, verdächtiger kontrollbedürfiger Befund der letzten Vorsorge (Abstrich, Brustuntersuchung), Prostatavergrößerung/-entzündung ja nein
 7.5] der Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse, z. B. Gelbsucht, Hepatitis, Lebervergrößerung oder -verfettung, Leberwerterhöhung, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Gallensteine, Gallenblasenentzündung ja nein
 7.6] der Verdauungsorgane (Speiseröhre, Magen, Darm), z. B. Zwölffingerdarmentzündung (Gastritis), Magengeschwür, -blutung oder -schleimhautentzündung, chronische Darmentzündung (Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn), Blut im Stuhl ja nein
 7.7] des Blutes, der blutbildenden und lymphatischen Organe (Milz), z. B. Blutarmut, Anämie, Leukämie ja nein
 7.8] der Nerven, des Gehirns, z. B. Anfälle, Ohnmacht, Lähmung, behandlungsbedürftige Migräne, Multiple Sklerose, Parkinson, Alzheimer, Schädel-Hirn-Verletzung, Sensibilitätsstörungen ja nein
 7.9] der Psyche, z. B. Angststörung, Depression, Suizidversuche, Essstörungen, psychosomatische Störungen ja nein
 7.10] der Haut, z. B. Neurodermitis, Psoriasis (Schuppenflechte), auffällige oder kontrollbedürftige Muttermale, Ekzem, Basaliom, Melanom ja nein
 7.11] des Stoffwechsels, der Drüsen und des Hormonhaushaltes, z. B. Zuckerkrankheit/Diabetes, Schilddrüsenfunktionsstörung oder -vergrößerung, behandlungsbedürftige Blutfetterhöhung (Cholesterin, Triglyceride), behandlungsbedürftige Harnsäure-erhöhung/Gicht ja nein
 7.12] Infektionen, Tropen-, Geschlechtskrankheiten, z. B. Tuberkulose, HIV, Hepatitis, Malaria, Syphilis (Lues) ja nein
 7.13] gut- oder bösartige Tumore, z. B. Krebs, Morbus Hodgkin (Lymphdrüsenträger), Gehirntumor ja nein
 7.14] Autoimmunerkrankungen, z. B. Rheuma, Morbus Bechterew, Lupus erythematoses, Raynaud-Syndrom ja nein
 7.15] Allergien, z. B. Hausstaub- oder Pollenallergie, Allergie auf Mehistaub, Arzneimittel, Tierhaare ja nein
 7.16] des Bewegungsapparates, z. B. Bandscheibenvorfall, Schleudertrauma, Skoliose, Scheuermann, Rückenschmerzen, Hexenschuss, Bänderriß, Meniskusverletzung, Arthrose, Gelenkschmerzen/Arthritis, Hüftgelenksdysplasie ja nein
 7.17] der Augen oder Ohren, z. B. Tinnitus, Hörsturz, Hörminderung, Einschränkung der Sehfähigkeit oder des Gesichtsfeldes, Doppelbilder, Netzhautablösung, Makuladegeneration, Kurzsichtigkeit über 8 Dioptrien, andere Fehlsichtigkeiten, Laserung der Netzhaut, Erhöhung des Augendruckes (Glaukom) ja nein
- 8] Fanden in den vergangenen 10 Jahren stationäre Krankenhausbehandlungen, Operationen (auch ambulant), Strahlen- oder Chemotherapien, Sanatoriums-/Reha-/Kuraufenthalte, Entzugsbehandlungen statt oder wurden solche angeraten, aber noch nicht durchgeführt? ja nein
 Falls ja, wann?
- 9] Sind derzeit noch Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen), Behandlungen, Operationen usw. angeraten oder stehen Ergebnisse bereits durchgeführter Untersuchungen aus? ja nein
 Falls ja, welche?
- 10] Wurden Sie in den letzten 5 Jahren wegen Überlastungs-, Überforderungs- oder Erschöpfungszustand (Burn-out), Entwicklungsstörungen, z. B. ADS/ADHS, Leistungsminderung, Mobbing ärztlich oder psychotherapeutisch beraten oder behandelt? ja nein
- 11] Bestehen Folgen von Unfällen, Vergiftungen, Verletzungen, Krankheiten oder Operationen, z. B. Gliedmaßenverlust, Bewegungseinschränkungen, Hirnleistungsschwäche? ja nein
 Falls ja, welche?
- 12] Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Betäubungsmittel oder Drogen ein? ja nein
 Falls ja, machen Sie nähere Angaben:
 Welcher Art? Wie viel pro Woche?
 13] Haben Sie in den letzten zwölf Monaten geraucht? ja nein
 Falls ja, geben Sie bitte an was und wie viel Sie täglich geraucht haben.

TEIL C – Zusätzliche Fragen, falls eine Berufsunfähigkeitsrente von mehr als 1.500 € monatlich inklusive bestehender Vorversicherungen beantragt wird.

- 14] Wie hoch war das Brutto-Jahreseinkommen in den letzten 3 Jahren aus Ihrer beruflichen Tätigkeit? (Einkünfte aus Vermietung, Kapitalerträge usw. bitte nicht angeben.)

Jahr Bruttoeinkommen € €

- 15] Beziehen, bezogen oder beantragten Sie eine Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, Unfallinvalidität oder aus anderen gesundheitlichen Gründen? Besteht eine Schwerbehinderung (Gdb)/Erwerbsminderung (MdE) oder ist/wurde die Feststellung beantragt? ja nein

Falls ja, welche und was ist der Grund der Beeinträchtigung?

ERGÄNZUNG ZU DEN GESUNDHEITSFRAGEN

Falls Sie eine oder mehrere der Gesundheitsfragen mit „ja“ beantwortet haben, machen Sie hier bitte genauere Angaben und fügen Sie zudem den ggf. erforderlichen ausgefüllten Risikofragebogen bei. Sollte der hier vorgesehene Platz nicht ausreichen, fügen Sie bitte ein gesondertes, von Ihnen datiertes und unterschriebenes Blatt bei.

| Zu Frage | Betroffene Organe/ Körperteile | Diagnose und -zeitpunkt | Häufigkeit der Symptome | Folgen der Untersuchung/ Operation | Lag Arbeits- unfähigkeit vor? | Name und Anschrift des Arztes/Krankenhauses |
|-------------|-----------------------------------|-------------------------|----------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Falls weitere Unterlagen folgen bzw. beigefügt sind, machen Sie hier bitte nähere Angaben, um welche Unterlagen es sich handelt:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

ANGABEN ZUM FÜHREN EINES TELEFONINTERVIEWS (NUR BEI VOLIJÄHRIGKEIT)

Gegebenenfalls benötigen wir neben Ihren Antworten auf die Gesundheitsfragen weitere Informationen. Diese können oft im Rahmen eines Telefoninterviews (durch einen externen Dienstleister) eingeholt werden. Falls Sie dies wünschen, füllen Sie bitte diesen Abschnitt aus. Bei Bedarf vereinbaren wir mit Ihnen einen Termin für ein Telefoninterview. Andernfalls holen wir zusätzliche Angaben schriftlich von Ihnen ein.

Ich bin am besten telefonisch erreichbar unter:

| |
|--|
| |
|--|

Um sicherstellen zu können, dass wir Sie schnell kontaktieren können, nennen Sie uns bitte eine zweite Telefonnummer, unter der wir Sie ggf. erreichen können:

| |
|--|
| |
|--|

Bitte nennen Sie uns Zeiträume innerhalb der kommenden Wochen, in denen Sie aufgrund von Urlaub o. Ä. nicht erreichbar sind:

| |
|--|
| |
|--|

Sie können vor Terminvereinbarung und auch vor und während des Interviews jederzeit Ihr Einverständnis für ein Interview zurückziehen. Ihr Gesprächspartner wird Sie vor und während des Interviews auch darauf hinweisen. Nach dem aufgezeichneten Telefoninterview wird ein Protokoll mit dessen Inhalt erstellt. Wir übersenden Ihnen das Protokoll mit der Bitte, es zu unterzeichnen und zurückzuschicken (Freiumschlag). Es wird nach Unterzeichnung und Rücksendung Vertragsbestandteil.

ERKLÄRUNG DES/DER ANTRAGSTELLERS/IN UND DER ZU VERSICHERNDEN PERSON

Die Antragsfragen habe ich nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung *

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Canada Life daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Ihren betreuenden Vermittler und IT-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei der Canada Life unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die Canada Life selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Canada Life (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Canada Life



Ich willige ein, dass die Canada Life die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die Canada Life die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die Canada Life benötigt hierfür Ihre Einwilligung, einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

* Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde im Frühjahr 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die Canada Life – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Canada Life übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Canada Life an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Canada Life tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

Ich wünsche, dass mich die Canada Life in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Canada Life einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Canada Life einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Canada Life konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die Canada Life konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein, wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Canada Life

Die Canada Life verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Canada Life benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.



Ich willige ein, dass die Canada Life meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Canada Life zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Canada Life tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die Canada Life führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Unternehmensgruppe (aufgeführt in der unten genannten Dienstleisterliste) oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Canada Life Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die Canada Life führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Canada Life erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.canadalife.de eingesehen oder bei unserem Kundenservice, Canada Life Assurance Europe Limited, Postfach 1763, 63237 Neu-Isenburg, Tel.: 06102-30618-00, Fax: 06102-30618-01, E-Mail kundenservice@canadalife.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Canada Life Ihre Einwilligung.



Ich willige ein, dass die Canada Life meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Canada Life dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Canada Life Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die Canada Life Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die Canada Life aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Canada Life das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben, verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die Canada Life unterrichtet.



Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Canada Life tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Canada Life gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z.B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.



Ich willige ein, dass die Canada Life meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die Canada Life Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die Canada Life speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der Canada Life bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.



Ich willige ein, dass die Canada Life meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Zusätzliche Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz zur Bonitätsabfrage*

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich ein, dass die Canada Life zum Zwecke des Vertragsabschlusses sowie zu Zwecken der Vertragsverwaltung und -abwicklung Informationen zu meinem Zahlungsverhalten und Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten von der Infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, und/oder BÜRGEI Wirtschaftsinformationen GmbH & Co. KG, Postfach 500166, 22701 Hamburg, über die gesetzlich zulässigen Fälle hinaus bezieht und nutzt.

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Ort | | | | | |
| Datum | | | | | |
| Unterschrift Antragsteller/in und ggf. Firmenstempel | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Ort | | | | | |
| Datum | | | | | |
| Unterschrift der zu versichernden Person | | | | | |

(bei Minderjährigen ab Alter 15 der/die gesetzl. Vertreter;
zusätzlich der/die Minderjährige)

● ERKLÄRUNGEN DES/DER ANTRAGSTELLERS/IN ZUM WIDERRUFSRECHT UND ZUM BEGINN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

1. Erklärung zur Belehrung über das Widerrufsrecht

Ich wurde über mein Widerrufsrecht sowie die Rechtsfolgen eines möglichen Widerrufs belehrt.

2. Zustimmung des/der Antragstellers/in zum Beginn des Versicherungsschutzes vor Ablauf der Widerrufsfrist

Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnen kann. Wenn ich dies nicht wünsche, habe ich das auf einem gesonderten Blatt oder unter „Nebenabreden“ im Antragsformular vermerkt.

● BERATER

Bitte vollständig ausfüllen.

Die obigen Angaben zur Identifizierung nach GwG habe ich persönlich durch Einsichtnahme in die Originaldokumente aufgenommen und werden von mir als zutreffend bestätigt. Andere oder weitere Angaben oder Vereinbarungen als die oben im Antrag aufgeführt wurden nicht gemacht.

| | | | | | |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|
| Ort | | | | | |
| Datum | | | | | |
| Telefonnummer für Rückfragen | | | | | |

| | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|
| IHK-Registernummer | | | | | |
| Vermittlername in Druckbuchstaben | | | | | |
| Unterschrift | | | | | |

* Diese zusätzliche Einwilligung gemäß § 4a Bundesdatenschutzgesetz ist nicht Teil der mit den Datenschutzbehörden abgestimmten Fassung.

Versicherungsbedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz zu Ihrem Berufsunfähigkeitsschutz von Canada Life

§ 1 Wie hoch ist der vorläufige Versicherungsschutz?

1. Wenn die versicherte Person während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes berufsunfähig im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der beantragten Berufsunfähigkeitsversicherung (Versicherungsbedingungen für Ihren Berufsunfähigkeitsschutz von Canada Life, im Weiteren „Bedingungen BU“) wird, zahlen wir die beantragte Berufsunfähigkeitsrente, jedoch höchstens 1.000 € monatlich, oder – bezogen auf die Höhe dieser Berufsunfähigkeitsrente – eine einmalige Kapitalleistung als Umorganisationshilfe, soweit dies die Bedingungen BU vorsehen.
2. Diese Leistungen erbringen wir unabhängig davon, ob die beantragte Berufsunfähigkeitsversicherung zustande kommt. Voraussetzung ist jedoch, dass ein vorläufiger Versicherungsschutz gemäß § 2 besteht und zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit noch nicht beendet ist.
3. Die Begrenzung auf eine monatliche Rente von höchstens 1.000 € gilt auch dann, wenn höhere Leistungen beantragt oder mehrere Anträge auf Versicherungsschutz für die Berufsunfähigkeit derselben Person bei uns gestellt worden sind. Sie gilt ebenfalls, wenn die beantragte Berufsunfähigkeitsversicherung zustande kommt und hierdurch eine höhere Rente versichert ist.
4. Kommt die beantragte Berufsunfähigkeitsversicherung zustande, erbringen wir zudem die Leistung aus der Beitragsbefreiung gemäß § 2 Absatz 1 der Bedingungen BU.
5. Unsere Leistungen nach Absatz 1 und 4 enden, wenn keine Berufsunfähigkeit mehr vorliegt – mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung –, mit dem Tod der versicherten Person oder spätestens mit dem Ablauf der beantragten Versicherungsdauer bzw. Leistungsdauer.
Stellen wir unsere Leistungen ein, weil keine Berufsunfähigkeit mehr gegeben ist, endet der Leistungsanspruch aus dem vorläufigen Versicherungsschutz. Danach kann ein neuer Leistungsanspruch nur entstehen, wenn die beantragte Berufsunfähigkeitsversicherung zustande gekommen ist und eine erneute Berufsunfähigkeit nach den Bedingungen BU vorliegt. Für diesen neuen Leistungsfall gelten dann ausschließlich die Bedingungen BU.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

- Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass
1. der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als 90 Tage nach der Unterzeichnung Ihrer auf Abschluss Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung gerichteten Vertragserklärung (im Weiteren „Ihr Antrag“) liegt und
 2. der Einlösebeitrag für die beantragte Berufsunfähigkeitsversicherung gezahlt oder uns ein gültiges SEPA-Mandat erteilt worden ist, wobei auf dem angegebenen Konto ausreichend Deckung vorhanden sein muss, und
 3. Sie das Zustandekommen der beantragten Berufsunfähigkeitsversicherung nicht von besonderen Voraussetzungen abhängig gemacht haben und
 4. die erforderlichen Angaben in Ihrem Antrag für die Berufsunfähigkeitsversicherung vollständig gemacht wurden und
 5. Ihr Antrag keine Abweichungen von unseren Tarifbestimmungen enthält und
 6. die zu versichernde Person bei Unterzeichnung des Antrags das 62. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
 7. frühere Anträge auf Abschluss eines Versicherungsvertrags der versicherten Person bei der Canada Life von uns nicht abgelehnt, nicht zurückgestellt wurden oder nicht mit Zuschlag und/oder Ausschlussklausel/n zustande gekommen sind oder wären und
 8. etwaige frühere Versicherungsverträge nicht wegen Nichtzahlung oder Zahlungsrückständen durch uns gemäß §§ 37, 38 VVG innerhalb der letzten zehn Jahre gekündigt wurden und
 9. wir bei etwaigen früheren Versicherungsverträgen mit Ihnen innerhalb der letzten zehn Jahre keinen Rücktritt bzw. keine Anfechtung erklärt haben.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

1. Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt, sobald Ihr Antrag und ein SEPA-Lastschriftmandat vollständig ausgefüllt und unterzeichnet bei uns eingegangen sind.
2. Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn
 - a) der Versicherungsschutz aus der beantragten Berufsunfähigkeitsversicherung begonnen hat,
 - b) wir Ihren Antrag abgelehnt oder zurückgestellt haben,
 - c) Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben,
 - d) Sie Ihren Antrag in Textform gemäß § 8 VVG widerrufen bzw. dem Vertrag schriftlich gemäß § 5 Absätze 1 und 2 VVG widersprochen haben – maßgebend ist der Zugang des Widerrufs bzw. Widerspruchs bei uns – oder
 - e) der Einlösebeitrag für die beantragte Berufsunfähigkeitsversicherung bei Fähigkeit aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht gezahlt worden ist oder der Einzug des Einlösebeitrags aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug des Einlösebeitrags widersprochen worden ist. In diesen Fällen endet der vorläufige Versicherungsschutz rückwirkend ab Beginn.
3. Sowohl Sie als auch wir haben das Recht, den vorläufigen Versicherungsschutz zu kündigen. Ihre Kündigung ist in Textform ohne Einhaltung einer Frist möglich und wird mit Zugang bei Canada Life wirksam. Unsere Kündigung in Textform wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

§ 4 Wann ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

1. Unsere Leistungspflicht ist für Versicherungsfälle ausgeschlossen, die aufgrund von gefahrheblichen Umständen entstehen, nach denen im Antrag gefragt wurde und von denen Sie oder die zu versichernde Person vor Unterzeichnung Kenntnis hatten. Gefahrheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind. Dies gilt auch, wenn Sie uns diese Umstände im Antrag angegeben haben.
2. Im Übrigen gelten die in den Bedingungen BU geregelten Einschränkungen und Ausschlüsse.

§ 5 Was kostet der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keinen besonderen Beitrag. Erbringen wir aber Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir hierfür eine Gebühr ein. Diese Gebühr wird taggenau für den Zeitraum ab Beginn des vorläufigen Versicherungsschutzes bis zum Eintritt des Leistungsfalls berechnet.
Sie entspricht dem Beitrag der beantragten Berufsunfähigkeitsversicherung für den entsprechenden Zeitraum.
Wir berechnen Ihnen in diesem Fall jedoch nicht mehr als den Beitrag, der für die beantragte Berufsunfähigkeitsversicherung in Höhe der Höchstsumme gemäß § 1 im gleichen Zeitraum fällig werden würde.
Bereits gezahlte Beiträge rechnen wir an.

§ 6 Wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

Die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz erbringen wir grundsätzlich an Sie als Versicherungsnehmer.
Haben Sie in Ihrem Antrag ein Bezugsrecht festgelegt, gilt aber dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

§ 7 Wie ist das Verhältnis des vorläufigen Versicherungsschutzes zur beantragten Versicherung?

Die Vereinbarung über den vorläufigen Versicherungsschutz ist ein eigenständiger Versicherungsvertrag.
Soweit in diesen Versicherungsbedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz nichts anderes bestimmt ist, finden die Regelungen in den Bedingungen BU Anwendung.

Dienstleisterliste

Anlage Dienstleisterliste zu Ziffer 3.2 der Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigeplichtentbindungserklärung. Diese Anlage betrifft die Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen).

Die Canada Life arbeitet mit folgenden Konzerngesellschaften ihrer Unternehmensgruppe zusammen:

| Name | Tätigkeitsgebiet | Land |
|---|--|-------------|
| Canada Life Assurance Europe Limited | Lebensversicherer | Irland |
| Canada Life Assurance (Ireland) Limited | Lebensversicherer | Irland |
| Canada Life European Assurance Limited | Lebensversicherer | Irland |
| Canada Life Management Services Limited | Servicegesellschaft | Irland |
| Canada Life Europe Management Services Limited | Servicegesellschaft | Irland |
| Canada Life Group Services Limited | Servicegesellschaft | Irland |
| Canada Life Irish Holding Company Limited | Holdinggesellschaft | Irland |
| Canada Life Europe Investment Limited | Holdinggesellschaft | Irland |
| Canada Life Reinsurance Limited | Rückversicherer | Irland |
| Setanta Asset Management Limited | Kapitalanlage-Managementgesellschaft | Irland |
| Canada Life Assurance Europe Limited, Niederlassung für Deutschland | Lebensversicherer | Deutschland |
| Canada Life Europe Management Services Limited, Niederlassung Deutschland | Servicegesellschaft | Deutschland |
| The Canada Life Assurance Company | Lebensversicherer | Kanada |
| Canada Life Financial Corporation | Holdinggesellschaft | Kanada |
| The Great-West Life Assurance Company | Lebensversicherer | Kanada |
| Great-West Lifeco Inc. | Holdinggesellschaft der Unternehmensgruppe | Kanada |

Darüber hinaus arbeitet die Canada Life mit folgenden Stellen zusammen, die Gesundheitsdaten und/oder nach § 203 StGB geschützte Daten erheben, verarbeiten oder nutzen:

| Kategorie | Tätigkeitsgebiet |
|----------------------|----------------------------|
| Servicedienstleister | Adressaktualisierung |
| Servicedienstleister | Telefoninterview |
| Servicedienstleister | Steuerliche Meldepflichten |
| Servicedienstleister | Druckerei |
| Servicedienstleister | Lettershop |
| Servicedienstleister | Aktenarchivierung |
| Servicedienstleister | Akten-/Datenvernichtung |
| Servicedienstleister | Marketingagenturen |
| Servicedienstleister | Risikoprüfungsassistenz |
| Servicedienstleister | Online-Risikoprüfung |
| Servicedienstleister | Projektberatung bAV |
| Servicedienstleister | Rehabilitationsdienste |
| Servicedienstleister | Medizinische Gutachter |
| Servicedienstleister | Leistungsprüfungsassistenz |
| Servicedienstleister | Abwicklung Zahlungsverkehr |
| IT-Dienstleister | Webhosting |

Hinweis zur Identifizierung nach dem Geldwäschegegesetz (GwG)

Nach dem GwG sind Versicherungsunternehmen verpflichtet, den Vertragspartner bei Vertragsabschluss zu identifizieren sowie ggf. einen wirtschaftlich berechtigten Dritten. Die erforderlichen Daten sind aufzuzeichnen. Kommt der Vertrag über einen Vermittler zustande oder wird er über einen solchen abgewickelt, so muss die Identifizierung auch durch den Vermittler erfolgen.

Zur Identifizierung benötigen wir von Ihnen entweder eine Kopie des gültigen Personalausweises/Reisepasses oder die Nummer des gültigen Personalausweises/Reisepasses, das Datum der Ausstellung sowie die Angabe der ausstellenden Behörde.

Ist der Antragsteller eine juristische Person oder eine Personengesellschaft, so müssen wir zur Identifizierung umfangreiche Angaben wie Name, Rechtsform, Registernummer, Anschrift des Sitzes und Namen der Mitglieder des Vertretungsorgans oder der gesetzlichen Vertreter verlangen. Als Nachweis für die Identität des Antragstellers benötigen wir einen aktuellen Auszug aus dem Handels- oder Genossenschaftsregister oder vergleichbaren Register oder die Gründungsdokumente bzw. gleichwertige beweiskräftige Dokumente. Ist ein Mitglied des Vertretungsorgans oder der gesetzliche Vertreter eine juristische Person, so müssen wir auch von ihr die vorgenannten Angaben erheben. Bitte verwenden Sie das gesonderte Formular „Identifizierung juristischer Personen/Personengesellschaften nach dem Geldwäschegegesetz (GwG)“.

Handelt der Antragsteller für einen wirtschaftlich berechtigten Dritten, so muss dieser ebenfalls identifiziert werden. Dies schließt in den Fällen, in denen der Antragsteller eine juristische Person oder Personengesellschaft ist, die Pflicht mit ein, die Eigentums- und Kontrollstruktur des Vertragspartners mit angemessenen Mitteln in Erfahrung zu bringen.

Wirtschaftlich berechtigt ist die natürliche Person oder sind mehrere natürliche Personen, in deren Eigentum oder unter deren Kontrolle der Vertragspartner letztlich steht oder auf deren Veranlassung eine Transaktion letztlich durchgeführt wird oder auf deren Veranlassung eine Geschäftsbeziehung letztlich begründet wird. Bei Gesellschaften ist dies die natürliche Person, welche über 25 % der Stimmrechte oder Kapitalanteile hält.

Der Vertragspartner muss uns die notwendigen Informationen und Unterlagen zur Verfügung stellen und die sich im Laufe der Geschäftsbeziehung ergebenden Änderungen unverzüglich anzeigen.

Der Vermittler überprüft Ihre Identität und bestätigt Ihre Angaben durch seine Unterschrift auf dem Antrag bzw. dem gesonderten Formular oder auf der Kopie.

Soweit keine risikoerhöhenden Umstände ersichtlich sind, können wir, wenn der Vertragspartner eine börsennotierte Gesellschaft ist, der Jahresbeitrag 1.000 € nicht übersteigt und auch in Zukunft nicht übersteigen wird bzw. ein Einmalbeitrag nicht mehr als 2.500 € beträgt, es sich um eine sogenannte Basis- bzw. Rürup-Rente oder um eine Direktversicherung handelt, von der Frage nach dem wirtschaftlich Berechtigten absehen.

Hinweis zur Entgegennahme von Zahlungen

Versicherungsvertreter sind nicht zur Entgegennahme von Beitragszahlungen bevollmächtigt.

Hauptsitz:

Canada Life Assurance Europe Limited
Canada Life House, Temple Road, Blackrock, Co. Dublin, Ireland
Eingetragener Firmensitz in Irland Nr. 297731

Vorstand:

Günther Soboll (Hauptbevollmächtigter der deutschen Niederlassung, deutsch),
William L. Acton (Vorstandsvorsitzender, kanadisch),
Peter Munro (kanadisch), Vincent Sheridan (irisch), Bernard Collins (irisch),
Declan Bolger (irisch), Hans-Gerd Lindlahr (deutsch)

Canada Life Assurance Europe Limited

Niederlassung für Deutschland
Honinger Weg 153a, 50969 Köln, HRB 34058, AG Köln
Postanschrift: Canada Life Assurance Europe Limited
Postfach 1763, 63237 Neu-Isenburg
Telefon: 06102-30618-00, Telefax: 06102-30618-01
kundenservice@canadalife.de
www.canadalife.de