

VOM GESCHÄFTSPARTNER AUSZUFÜLLEN

__BUS_Antr_29,90_26112021_17-54-51

Firmenname/
Geschäftspartner

Abr.-Variante:

Geschäftspartner-Nr.

Buchungs-Nr./Ref.-Nr.

PERSÖNLICHE DATEN

Füllen Sie den Antrag bitte vollständig aus.

ANTRAGSTELLER

Anrede Frau Herr Firma

Titel, Nachname

Vorname(n)

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort (Wohnsitz)

Telefon (freiwillige Angabe)

E-Mail

Geburtsdatum 2 9 1 1 1 9 9 8

Nationalität deutsch andere*

Familienstand (freiwillige Angabe) ledig verheiratet** geschieden verwitwet

Derzeitiger Beruf Musikproduzent/in angestellt selbstständig Sonstiges

ZU VERSICHERNDE PERSON (nur ausfüllen, falls nicht Antragsteller)

Anrede Frau Herr

Titel, Nachname

Vorname(n)

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort (Wohnsitz)

Telefon (freiwillige Angabe)

E-Mail (freiwillige Angabe)

Geburtsdatum 2 9 1 1 1 9 9 8

Nationalität deutsch andere*

Familienstand (freiwillige Angabe) ledig verheiratet** geschieden verwitwet

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

DATEN ZUM VERSICHERUNGSVERTRAG

VERSICHERUNGSBEGINN

(Tag/Monat/Jahr) 0 1 1 2 2 0 2 1

Versicherungsdauer bis zum Lebensjahr (mindestens 55, maximal 67) 62

Leistungsdauer bis zum Lebensjahr 62

(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 € 1.000,00

Karenzzeit

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

BEITRÄGE

Zahlungsweise monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Beitrag laut Zahlungsweise € 29,90

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. Nein, ich wünsche 3 % Erhöhung. (Bitte beachten Sie, dass sich diese Option auf den Beitrag auswirkt.)



Prüfung für ein unverbindliches Angebot zum Abschluss einer Grundfähigkeitsversicherung

Es kann vorkommen, dass wir Ihren Antrag auf Berufsunfähigkeitsschutz ablehnen oder nur mit einem Zuschlag annehmen können. Im Falle einer Ablehnung oder eines geänderten Angebots 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

* Antragsteller aus Irland sowie aus Staaten außerhalb der EU mit Ausnahme der Schweiz und Norwegen bitte auch den Fragebogen „Ausländische Staatsangehörige“ ausfüllen, den Sie auf www.canadalife.de finden.

** Auch eingetragene Lebenspartnerschaft nach LPartG.

WIDERRUFLICH BEZUGSBERECHTIGTE PERSON

Wenn Sie uns keinen Bezugsberechtigten bis zum Eintritt des Versicherungsfalles benennen, steht der Leistungsanspruch dem Antragsteller zu. Dies gilt auch für die Leistung im Rahmen des vorläufigen Versicherungsschutzes. Ist der Antragsteller gleichzeitig auch die versicherte Person, steht der Leistungsanspruch im Todesfall seinen Erben zu. Wenn Sie bereits jetzt eine bezugsberechtigte Person angeben möchten, machen Sie bitte vollständige Angaben bzgl. Name, Vorname und Geburtsdatum der bezugsberechtigten Person.

- Antragsteller
- versicherte Person
- nebenstehend benannte Person

Name	<input type="text"/>
Vorname(n)	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT FÜR SEPA-BASISLASTSCHRIFTEN

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

Canada Life Assurance Europe plc, Niederlassung für Deutschland, Höninger Weg 153a, 50969 Köln, (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE88ZZZ00000060465)

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.

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.

- Frau Herr Firma

Kontoinhaber/in	<input type="text"/>
Straße, Haus-Nr.	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>
Kreditinstitut	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>
Unterschrift des Kontoinhabers	<input type="text"/>

Art der Zahlung: wiederkehrende Lastschrift



ERKLÄRUNG NACH DEM GELDWÄSCHEGESETZ

Bitte immer vollständig ausfüllen.

Eine Identifizierung des Vertragspartners, der ggf. für den Vertragspartner auftretenden Person sowie des wirtschaftlich Berechtigten ist nach dem Geldwäschegesetz (GwG) nicht erforderlich. Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- sowie sonstige Invaliditätsversicherungen sind gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 7a GwG von dem Anwendungsbereich des Gesetzes ausgenommen.

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 nicht berufen.

<input type="text"/>

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

BELEHRUNG ÜBER DIE FOLGEN EINER VORVERTRAGLICHEN ANZEIGEPFLICHTVERLETZUNG 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 in Textform 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 lesbarer Form) bei Antragstellung und auch danach bis zum Zeitpunkt der Vertragsannahme durch uns gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.

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 EMPFANG VON INFORMATIONEN UND ERKLÄRUNG DES ANTRAGSTELLERS

Ich bestätige, folgende Unterlagen vor Antragstellung erhalten zu haben: Ausdruck aus der Berechnungssoftware, bestehend aus dem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, welches die von mir gewünschten Vertragsdaten für den Berufsunfähigkeitsschutz berücksichtigt; Besondere und Allgemeine Informationen zum Berufsunfähigkeitsschutz; Versicherungsbedingungen zum Berufsunfähigkeitsschutz, Datenschutzhinweise bei Beantragung des Versicherungsvertrags, Stand Februar 2020, Versicherungsbedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz zu Ihrem Berufsunfähigkeitsschutz und

die Belehrung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Absatz 5 VVG. Die auf dieser Seite direkt im Anschluss stehenden Erklärungen des Antragstellers zum Widerrufsrecht und zum Beginn des Versicherungsschutzes sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Mit meiner Unterschrift sind sie anerkannter Inhalt des Vertrags.

Unterschrift des Antragstellers 

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 Berufs-

unfähigkeitsschutz von Canada Life auf Seite 5 von 6. Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt, sobald Ihr Antrag und das SEPA-Lastschriftmandat vollständig ausgefüllt und unterzeichnet bei uns eingegangen sind.

ERKLÄRUNGEN DES ANTRAGSTELLERS 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 Antragstellers 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.

ERKLÄRUNG DES ANTRAGSTELLERS UND DER ZU VERSICHERNDEN PERSON/EN

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

Ort		Unterschrift der zu versichernden Person (falls nicht Antragsteller)	
Datum			
Unterschrift des Antragstellers u. ggf. Firmenstempel			(bei Minderjährigen der/die gesetzliche/n Vertreter; ab Alter 16 zusätzlich der Minderjährige)

VERMITTLER

Bitte vollständig ausfüllen.

Die obigen Angaben habe ich persönlich aufgenommen und werden von mir als zutreffend bestätigt. Andere oder weitere Angaben oder Vereinbarungen als die oben im Antrag aufgeführten wurden nicht gemacht.

Ort		IHK-Registernummer	D - - - - - - - - - -
Datum		Vermittlername in Druckbuchstaben	
Telefonnummer für Rückfragen		Unterschrift	

Hinweis:

Wenn wir Ihren Antrag auf Abschluss der beantragten Berufsunfähigkeitsversicherung annehmen, müssen Sie den für diese Versicherung vereinbarten ersten Beitrag (Einlösebeitrag) unverzüglich zahlen, sobald er zur Zahlung fällig ist. Das gilt auch dann, wenn inzwischen ein Versicherungsfall eingetreten ist, soweit nicht ausnahmsweise die Zahlung des Einlösebeitrags von uns selbst im Rahmen Ihres vorläufigen Versicherungsschutzes übernommen wird.

Wenn Sie den fälligen Einlösebeitrag nicht oder nicht rechtzeitig zahlen, hat das auch zur Folge, dass Ihr vorläufiger Versicherungsschutz rückwirkend entfällt. Etwaige Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz müssen dann an uns zurückgewährt werden. Das gilt auch dann, wenn der Einlösebeitrag zu einem späteren – aber nicht mehr rechtzeitigen – Zeitpunkt nachgezahlt wird.

Der rückwirkende Wegfall Ihres vorläufigen Versicherungsschutzes ist nur dann ausgeschlossen, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung des Einlösebeitrags für die beantragte Versicherung nicht zu vertreten haben.

Versicherungsbedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz zu Ihrem Berufsunfähigkeitschutz 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 Berufsunfähigkeitschutz 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. Eine beantragte planmäßige Erhöhung der Leistung im Leistungsfall findet bei der Leistung aus dem vorläufigen Versicherungsschutz nicht statt.
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. Ist eine Karenzzeit für die Leistung der Berufsunfähigkeitsrente beantragt, gilt diese Karenzzeit auch für Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.
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? Wann entfällt der vorläufige Versicherungsschutz rückwirkend?

1. Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass
 - a) der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als 90 Tage nach der Unterzeichnung Ihrer auf Abschluss Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung gerichteten Vertragserklärung (im Weiteren „Ihr Antrag“) liegt und
 - b) Sie das Zustandekommen der beantragten Berufsunfähigkeitsversicherung nicht von besonderen Voraussetzungen abhängig gemacht haben und
 - c) die erforderlichen Angaben in Ihrem Antrag für die Berufsunfähigkeitsversicherung vollständig gemacht wurden und
 - d) Ihr Antrag keine Abweichungen von unseren Tarifbestimmungen enthält und
 - e) die zu versichernde Person bei Unterzeichnung des Antrags das 62. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und

- f) 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
- g) etwaige frühere Versicherungsverträge mit Ihnen nicht wegen Nichtzahlung oder Zahlungsrückständen durch uns gemäß §§ 37, 38 VVG innerhalb der letzten zehn Jahre gekündigt wurden und
- h) wir bei etwaigen früheren Versicherungsverträgen mit Ihnen bzw. derselben versicherten Person innerhalb der letzten zehn Jahre keinen Rücktritt bzw. keine Anfechtung erklärt haben.

2. Ein zunächst bestehender vorläufiger Versicherungsschutz entfällt rückwirkend, wenn wir Ihren Antrag auf Abschluss der beantragten Berufsunfähigkeitsversicherung angenommen haben und Sie den für die beantragte Versicherung fälligen ersten Beitrag (Einlösebeitrag) nicht oder nicht rechtzeitig zahlen. Das gilt auch dann, wenn der Einlösebeitrag zu einem späteren – aber nicht mehr rechtzeitigen – Zeitpunkt nachgezahlt wird. Etwaige Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz müssen dann an uns zurückgewährt werden. Der rückwirkende Wegfall des vorläufigen Versicherungsschutzes ist jedoch ausgeschlossen, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung des fälligen Einlösebeitrags für die beantragte Versicherung nicht zu vertreten haben. Der Einlösebeitrag gilt insbesondere dann als rechtzeitig geleistet, wenn Sie uns für die Zahlung des Einlösebeitrags ein gültiges SEPA-Lastschriftmandat erteilt haben, wir den fälligen Einlösebeitrag von ihrem Konto einziehen konnten und Sie der Einziehung nicht nachträglich widersprechen.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

1. Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt, sobald Ihr Antrag auf Abschluss der beantragten Versicherung und ein SEPA- Lastschriftmandat betreffend die Beitragszahlung für die beantragte Versicherung 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, wobei der Zugang des Widerrufs maßgeblich ist, oder
 - e) Sie einer Ihnen gemäß § 5 Absatz 1 und 2 VVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben, wobei der Zugang des Widerspruchs bei uns maßgeblich ist.
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 gefahrerheblichen Umständen entstehen, nach denen im Antrag gefragt wurde und von denen Sie oder die zu versichernde Person vor Unterzeichnung Kenntnis hatten. Gefahrerheblich 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?

1. Die Vereinbarung über den vorläufigen Versicherungsschutz ist ein eigenständiger Versicherungsvertrag.
2. Im Rahmen der Vereinbarung über den vorläufigen Versicherungsschutz ist Versicherungsnehmer, wer den Antrag auf Abschluss der beantragten Versicherung gestellt hat, und ist versicherte Person, wer nach dem Antrag versicherte Person der beantragten Versicherung sein soll.
3. Soweit in diesen Versicherungsbedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz nichts anderes bestimmt ist, finden die Regelungen in den Bedingungen BU Anwendung.

Hinweis zur Entgegennahme von Zahlungen

Versicherungsvertreter sind nicht zur Entgegennahme von Beitragszahlungen bevollmächtigt.

Canada Life Assurance Europe plc

Niederlassung für Deutschland
Höniger Weg 153a, 50969 Köln, HRB 34058, AG Köln
Postanschrift: Canada Life Assurance Europe plc
Postfach 1763, 63237 Neu-Isenburg
Telefon: 06102-306-1800, Telefax: 06102-306-1801
kundenservice@canadalife.de
www.canadalife.de

Hauptsitz:

Canada Life Assurance Europe plc
14/15 Lower Abbey Street, Dublin 1, Ireland
Eingetragener Firmensitz in Irland Nr. 297731

Vorstand:

Markus Drews (Hauptbevollmächtigter der deutschen Niederlassung, deutsch),
William L. Acton (Vorstandsvorsitzender, kanadisch),
Kevin Murphy (irisch), Vincent Sheridan (irisch), Bernard Collins (irisch),
Declan Bolger (irisch), Hans-Gerd Lindlahr (deutsch)

Datenschutzhinweise bei Beantragung des Versicherungsvertrages

Wir möchten Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten mit diesen Datenschutzhinweisen gemäß Artikel 13 DSGVO informieren.

Bitte beachten Sie auch die Hinweise in der Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung und die Hinweise auf unserer Internetseite www.canadalife.de.

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Canada Life Assurance Europe plc und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

In Deutschland:

Canada Life Assurance Europe plc Niederlassung für Deutschland
Höninger Weg 153a
50969 Köln

In Irland:

Canada Life Assurance Europe plc
14/15 Lower Abbey Street, Dublin 1
Ireland

Postanschrift/Telefon/E-Mail für beide verantwortliche Stellen:

Postfach 1763, 63237 Neu-Isenburg
Telefon (allgemein): 06102-306-1800
Fax (allgemein): 06102-306-1801

E-Mail-Adresse (allgemein): kundenservice@canadalife.de

Unsere Datenschutzbeauftragten in **Deutschland** erreichen Sie per Post unter:

Max J. Hünert
Datenschutzbeauftragter
Siemensstraße 8
63263 Neu-Isenburg
E-Mail: CLE_Datenschutz@canadalife.de

Unsere Datenschutzbeauftragte in **Irland** erreichen Sie per Post unter:

Helene Ni Sheaghda
Data Protection Officer
Canada Life Assurance Europe plc
14/15 Lower Abbey Street, Dublin 1, Ireland
E-Mail: CLE_Datenschutz@canadalife.ie

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrags und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung, Rechnungsstellung, oder Abrechnung gegenüber Ihrem betreuenden Versicherungsvermittler.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrags ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller bei der Canada Life bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Artikel 6 Absatz 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrags) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Artikel 9 Absatz 2 a) in Verbindung mit Artikel 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Artikel 9 Absatz 2 j) DSGVO in Verbindung mit § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Artikel 6 Absatz 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können.
- zur Risikosteuerung innerhalb des Unternehmens
- zur Steuerung des Geschäfts und Fortentwicklung von Prozessen, Dienstleistungen und Produkten

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen in Verbindung mit Artikel 6 Absatz 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und gegebenenfalls Leistungsfalldaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrags mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zum eingesetzten Rückversicherer Swiss Re stellt Ihnen dieser auf www.swissre.com zur Verfügung. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrags benötigten Antrags-, Vertrags- und Leistungsfalldaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.canadalife.de entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können unter der oben genannten Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden.

Bonitätsauskünfte

Wir übermitteln Ihre Daten (Name, Adresse und ggf. Geburtsdatum) zum Zweck der Bonitätsprüfung an die infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden. Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe b und Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe f der DSGVO. Übermittlungen auf der Grundlage dieser Bestimmungen dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrung berechtigter Interessen unseres Unternehmens oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen der Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Detaillierte Informationen zur ICD i. S. d. Art. 14 Europäische Datenschutzgrundverordnung („EU DSGVO“), d. h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. finden Sie unter folgendem Link: <https://finance.arvato.com/icdinfolblatt>

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Information zu den Ländern mit angemessenem Datenschutzniveau finden Sie hier: http://ec.europa.eu/justice/data-protection/international-transfers/adequacy/index_en.htm. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Formular Gesundheitsfragen

Dieses Formular ist Bestandteil des Antragsformulars

Stand Februar 2020



ANTRAGSTELLER UND ZU VERSICHERNDE PERSON

Antragsteller	Nachname, Vorname	
zu versichernde Person	Nachname, Vorname	

zum Antrag Berufsunfähigkeitsschutz vom

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen im Antrag und Gesundheitsfragebogen 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 in Textform 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 lesbarer Form) bei Antragstellung und auch danach bis zum Zeitpunkt der Vertragsannahme durch uns gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.

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.

- 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.
- Im Fall des Rücktritts besteht grundsätzlich kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht für den Versicherungsfall jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, 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. Haben Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.
- 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.
- 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 Vertrages 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.

FRAGEN AN DIE ZU VERSICHERNDE PERSON

Bitte geben Sie unbedingt den **Namen und die Praxisanschrift des Arztes** an, der zurzeit am besten über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person informiert ist.

Titel, Nachname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname(n)	<input type="text"/>	
Straße, Haus-Nr.	<input type="text"/>	
PLZ, Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	

FRAGEN ZUM BERUF (bitte vollständig ausfüllen)

Derzeitiger Beruf Branche

Sind Sie angestellt selbstständig Beamter Freiberufler Auszubildender Student Schüler
 nicht erwerbstätig/arbeitssuchend Sonstiges?

Anteil Bürotätigkeit %

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

Bildungs-/Berufsabschluss (höchster Abschluss)

Ausbildungsberuf

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 %

TEIL A – Allgemeine Fragen

- 1] Wurden in den letzten 5 Jahren für Ihre Person Anträge auf Lebens-, Dread-Disease-, Grundfähigkeits-, 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? ja nein

Falls ja, bei welcher Gesellschaft, wann und weshalb?
- 2] Bestehen bei anderen Versicherern bereits Lebens-, Dread-Disease-, Grundfähigkeits-, 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)? ja nein

Falls ja, bei welcher Gesellschaft, Art der Deckung und Höhe der Absicherung?
- 3] 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?
- 4] 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):

- 5] Bitte geben Sie Größe und Gewicht an Größe cm Gewicht kg
- 6] 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.)
- 6.1] des Herz-Kreislauf-Systems, z. B. Herzfehler, Herzinfarkt, Herzleistungsschwäche, Herzkranzgefäß-/Herzklappenerkrankung, Herzrhythmusstörungen, Schlaganfall, Thrombosen, Embolien, Durchblutungsstörungen, Lymphödem (geschwollene Arme oder Beine), Krampfadern, behandlungsbedürftiger Bluthochdruck, Herzschmerzen (Angina pectoris), Veränderungen im EKG ja nein
- 6.2] der Atmungsorgane, z. B. Asthma, Bronchitis, Emphysem, Lungen-/Rippenfellentzündung, Apnoe ja nein
- 6.3] der Nieren und Harnwege, z. B. Entzündungen der Niere oder Blase, Steine, Abflussstörungen/Harnverhalt, Schmerzen beim Wasserlassen, Blut/Eiweiß im Urin, Inkontinenz ja nein
- 6.4] der Geschlechtsorgane (Brust, Gebärmutter, Eierstöcke, Hoden, Prostata ...), z. B. Gebärmutter- oder Eierstockentzündung, verdächtiger kontrollbedürftiger Befund der letzten Vorsorge (Abstrich, Brustuntersuchung), Prostatavergrößerung/-entzündung ja nein
- 6.5] der Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse, z. B. Gelbsucht, Hepatitis, Lebervergrößerung oder -verfettung, Leberwerterhöhung, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Gallensteine, Gallenblasenentzündung ja nein
- 6.6] 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
- 6.7] des Blutes, der blutbildenden und lymphatische Organe (Milz), z. B. Blutarmut, Anämie, Leukämie ja nein
- 6.8] der Nerven, des Gehirns, z. B. Anfälle, Ohnmacht, Lähmung, behandlungsbedürftige Migräne, Multiple Sklerose, Parkinson, Alzheimer, Schädel-Hirn-Verletzung, Sensibilitätsstörungen ja nein
- 6.9] der Psyche, z. B. Angststörung, Depression, Suizidversuche, Essstörungen, psychosomatische Störungen ja nein
- 6.10] der Haut, z. B. Neurodermitis, Psoriasis (Schuppenflechte), auffällige oder kontrollbedürftige Muttermale, Ekzeme, Basaliom, Melanom ja nein
- 6.11] des Stoffwechsels, der Drüsen und des Hormonhaushaltes, z. B. Zuckerkrankheit/Diabetes, Schilddrüsenfunktionsstörung oder -vergrößerung, behandlungsbedürftige Blutfetterhöhung (Cholesterin, Triglyceride), behandlungsbedürftige Harnsäureerhöhung/Gicht ja nein
- 6.12] Infektionen, Tropen-, Geschlechtskrankheiten, z. B. Tuberkulose, HIV, Hepatitis, Malaria, Syphilis (Lues) ja nein
- 6.13] gut- oder bösartige Tumore, z. B. Krebs, Morbus Hodgkin (Lymphdrüsenkrebs), Gehirntumore ja nein
- 6.14] Autoimmunerkrankungen, z. B. Rheuma, Morbus Bechterew, Lupus erythematodes, Raynaud-Syndrom ja nein
- 6.15] Allergien, z. B. Hausstaub- oder Pollenallergie, Allergie gegen Mehlstaub, Arzneimittel, Tierhaare ja nein
- 6.16] des Bewegungsapparates, z. B. Bandscheibenvorfall, Schleudertrauma, Skoliose, Scheuermann, Rückenschmerzen, Hexenschuss, Bänderriss, Meniskusverletzung, Arthrose, Gelenkschmerzen/Arthritis, Hüftgelenksdysplasie ja nein
- 6.17] 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
- 7] Fanden in den vergangenen 10 Jahren stationäre Krankenhausbehandlungen, Operationen (auch ambulant), Strahlen- oder Chemotherapien, Reha- oder Kuraufenthalte, Entzugsbehandlungen statt oder wurden solche angeden, aber noch nicht durchgeführt? Falls ja, welche Diagnose wurde gestellt, welche Behandlungen wurden durchgeführt und wann fanden diese statt? ja nein
-
- 8] Sind derzeit noch Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen), Behandlungen, Operationen usw. angeden oder stehen Ergebnisse bereits durchgeführter Untersuchungen aus? Falls ja, welche Diagnose wurde gestellt, welche Behandlungen wurden durchgeführt und wann fanden diese statt? ja nein
-
- 9] 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
- 10] Bestehen Folgen von Unfällen, Vergiftungen, Verletzungen, Krankheiten oder Operationen, z. B. Gliedmaßenverlust, Bewegungseinschränkungen, Hirnleistungsschwäche? ja nein
- Falls ja, welche?
- 11] 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?
- 12] 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.

- 13] 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 € € €
- 14] 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	Beschwerden/ Folgen	Lag Arbeitsunfähigkeit vor? Wenn ja, wie lange?	Name und Anschrift des Arztes/Krankenhauses
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

ANGABEN ZUM FÜHREN EINES TELEFONINTERVIEWS (NUR BEI VOLLJÄHRIGKEIT)

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. Anderenfalls 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.

ERKLÄRUNGEN DES ANTRAGSTELLERS 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 und der EU-Datenschutz-Grundverordnung 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. Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die Canada Life Assurance Europe plc.

Weitere Informationen zur Datenverarbeitung auf Grundlage der EU-Datenschutz-Grundverordnung entnehmen Sie den Datenschutzhinweisen bei Beantragung des Versicherungsvertrages, die Sie im Anschluss an den Antragsfragebogen Ihres Versicherungsantrages finden.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten 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:

Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die Canada Life – soweit es für die Risiko- beurteilung 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.

Möglichkeit I:

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).

Möglichkeit II:

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärung auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

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 plc, Postfach 1763, 63237 Neu-Isenburg, Tel.: 06102-306-1800, Fax: 06102-306-1801, 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 weitere nach § 203 StGB geschützte 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. Gesundheitsdaten für die automatisierte Prüfung



Ich willige ausdrücklich ein, dass meine Gesundheitsdaten im Rahmen einer elektronischen Antragstellung automatisiert geprüft und bei positiver Risikobeurteilung im Antragsprozess verwendet werden können. Sollte keine Verwendung nach automatisierter Prüfung im Antragsprozess möglich sein, werden die Daten in den normalen Risikoprüfungsprozess übergeben.

5. 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.

Antragsteller



Ich, als Antragsteller, möchte Informationen über Versicherungsprodukte der Canada Life unter meinen angegebenen Kontaktdaten erhalten.

Der Kontakt kann erfolgen per:

Telefon E-Mail

Eine Änderung meiner Kontaktdaten berührt meine Einwilligung nicht.



WIDERRUF DER EINWILLIGUNG ODER WIDERSPRUCH GEGEN DIE DATENVERARBEITUNG

1. Widerrufsrecht

Ihnen steht das Recht zu Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

2. Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Ort

Datum

Unterschrift Antragsteller und ggf. Firmenstempel

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person (falls nicht Antragsteller)

(bei Minderjährigen ab Alter 16 der/die gesetzl. Vertreter; zusätzlich der Minderjährige)

Dienstleisterliste

Anlage Dienstleisterliste zu Ziffer 3.2 der Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung. 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 plc	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 dac	Rückversicherer	Irland
Setanta Asset Management Limited	Kapitalanlage-Management-gesellschaft	Irland
Canada Life Assurance Europe plc, 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
IT-Dienstleister	Software as a Service
IT-Dienstleister	Data Storage

Canada Life Assurance Europe plc
Niederlassung für Deutschland
Höninger Weg 153a, 50969 Köln, HRB 34058, AG Köln
Postanschrift: Canada Life Assurance Europe plc
Postfach 1763, 63237 Neu-Isenburg
Telefon: 06102-306-1800, Telefax: 06102-306-1801
kundenservice@canadalife.de
www.canadalife.de

Hauptsitz:
Canada Life Assurance Europe plc
14/15 Lower Abbey Street, Dublin 1, Ireland
Eingetragener Firmensitz in Irland Nr. 297731

Vorstand:
Markus Drews (Hauptbevollmächtigter der deutschen Niederlassung, deutsch),
William L. Acton (Vorstandsvorsitzender, kanadisch),
Kevin Murphy (irisch), Vincent Sheridan (irisch), Bernard Collins (irisch),
Declan Bolger (irisch), Hans-Gerd Lindlahr (deutsch)

FOLGENDES MÖCHTE ICH ZU DEN GESUNDHEITSFRAGEN HIER ERGÄNZEND ANGEBEN:

Bitte geben Sie die Nummer der Frage an, zu der ergänzende Angaben erfolgen sollen.

__BUS_Gesund_29,12_26112021_17-25-27

UNTERSCHRIFT DER ZU VERSICHERNDEN PERSON

Ort	
Datum	

Unterschrift der zu versichernden Person	
---	---

(bei Minderjährigen der/die gesetzl. Vertreter; ab Alter 16 zusätzlich der Minderjährige)