

Vom Geschäftspartner auszufüllen

Firmenname/
Geschäftspartner

Änderungsantrag zu Versicherungs-Nr.

Geschäfts-
partner-Nr.

Buchungs-
Nr.

Persönliche Daten (Füllen Sie den Antrag bitte in Druckschrift aus)

Antragsteller/in

(Bitte machen Sie vollständige Angaben.)

Anrede Frau Herr Firma

Titel, Nachname

Geburtsdatum

Vorname(n)

Nationalität deutsch andere*

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort (Wohnsitz)

Familienstand (freiwillige Angabe) ledig verheiratet**
 geschieden verwitwet

Telefon (freiwillige Angabe)

E-Mail (freiwillige Angabe) @

derzeitige Tätigkeit

angestellt selbständig sonstiges

Zu versichernde Person/en

Wenn Sie zwei Personen absichern, besteht ein einheitlicher Versicherungsvertrag. Es besteht jedoch für jede versicherte Person ein gesonderter Schutz und Anspruch auf Leistung im Versicherungsfall. Wenn der Versicherungsfall für eine versicherte Person eintritt, bleibt also der Schutz für die zweite Person unverändert bestehen. Wenn Sie nur eine Person absichern wollen, benutzen Sie bitte die Spalte für die erste zu versichernde Person.

Erste versicherte Person (falls nicht Antragsteller/in)

Zweite versicherte Person

Anrede Frau Herr

Anrede Frau Herr

Titel, Nachname

Titel, Nachname

Vorname(n)

Vorname(n)

Straße, Haus-Nr.

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort (Wohnsitz)

PLZ, Ort (Wohnsitz)

Telefon (freiwillige Angabe)

Telefon (freiwillige Angabe)

E-Mail (freiwillige Angabe) @

E-Mail (freiwillige Angabe) @

Geburtsdatum

Geburtsdatum

Nationalität deutsch andere*

Nationalität deutsch andere*

Familienstand (freiwillige Angabe) ledig verheiratet**
 geschieden verwitwet

Familienstand (freiwillige Angabe) ledig verheiratet**
 geschieden verwitwet

derzeitige Tätigkeit

derzeitige Tätigkeit

angestellt selbständig sonstiges

angestellt selbständig sonstiges

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

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

Daten zum Versicherungsvertrag

Versicherungsbeginn (Wenn zwei Personen versichert werden sollen, gelten diese Angaben für beide zu versichernden Personen)

(Tag/Monat/Jahr)

lebenslang oder Ziellaufzeit Jahre ab Versicherungsbeginn

Leistung im Versicherungsfall

Erste versicherte Person

- Erweiterter Todesfallschutz
- Schwere Krankheiten Schutz
- Erweiterter Todesfallschutz mit vorgezogener Leistung bei schwerer Krankheit
- Schwere Krankheiten Schutz mit Erweitertem Todesfallschutz

Zweite versicherte Person

- Erweiterter Todesfallschutz
- Schwere Krankheiten Schutz
- Erweiterter Todesfallschutz mit vorgezogener Leistung bei schwerer Krankheit
- Schwere Krankheiten Schutz mit Erweitertem Todesfallschutz

Versicherte Leistung für Schwere Krankheiten € ***

Versicherte Leistung für Schwere Krankheiten € ***

Versicherte Todesfallleistung € ***

Versicherte Todesfallleistung € ***

Zusatzoptionen

Erwerbsunfähigkeits- und Pflegeschutz*

Sollte meinem Antrag auf Erwerbsunfähigkeits- und Pflegeschutz nicht entsprochen werden können, so beantrage ich Versicherungsschutz ohne diese Deckung

Berufsunfähigkeitsschutz bei chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes (bis zum 60. Geburtstag)**

Gewünschte Monatsrente im Fall der Berufsunfähigkeit (max. bis zum 60. Geburtstag)

Sollte meinem Antrag auf Berufsunfähigkeitsschutz nicht entsprochen werden können, so beantrage ich Versicherungsschutz ohne diese Deckung

Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit (bis zum 65. Geburtstag)

Sollte meinem Antrag auf Beitragsbefreiung nicht entsprochen werden können, so beantrage ich Versicherungsschutz ohne diese Deckung

Beiträge (Wenn zwei Personen versichert werden sollen, gelten diese Angaben für beide zu versichernden Personen)

Zahlungsweise monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Beitrag €

Planmäßige Erhöhung (wenn zwei Personen versichert sind, gilt dies für beide zu versichernden Personen)

Sie können eine jährliche Erhöhung der Leistungen um 3 % beantragen. Standardmäßig erfolgt keine Erhöhung.

ja, ich wünsche 3 % Erhöhung

Erste versicherte Person

ja
 ja

ja

€ ***

ja

ja

ja

Zweite versicherte Person

ja
 ja

ja

€ ***

ja

(nicht verfügbar)

Widerruflich bezugsberechtigte Person/en

Wird ein Bezugsberechtigter/eine Bezugsberechtigte bis zum Eintritt des Versicherungsfalls nicht benannt, steht der Leistungsanspruch dem Antragsteller/der Antragstellerin bzw. seinen/ihren Erben zu. Bitte vollständige Angaben bzgl. Name, Vorname und Geburtsdatum der bezugsberechtigten Person machen.

Erste versicherte Person

Bei Eintritt einer schweren Krankheit und bei Zahlung einer Rente wegen Berufsunfähigkeit wegen chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes

Antragsteller/in erste versicherte Person

nachfolgend benannte Person:

Name, Vorname(n)

Geburtsdatum

Im Todesfall

Antragsteller/in nachfolgend benannte Person:

Name, Vorname(n)

Geburtsdatum

Zweite versicherte Person

Bei Eintritt einer schweren Krankheit und bei Zahlung einer Rente wegen Berufsunfähigkeit wegen chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes

Antragsteller/in zweite versicherte Person

nachfolgend benannte Person:

Name, Vorname(n)

Geburtsdatum

Im Todesfall

Antragsteller/in nachfolgend benannte Person:

Name, Vorname(n)

Geburtsdatum

Lastschriftinzugsermächtigung

Hiermit wird Canada Life Assurance Europe Limited, Niederlassung für Deutschland, widerruflich ermächtigt, alle Beiträge und sonstigen anfallenden Kosten und Gebühren von folgendem Konto bei Fälligkeit einzuziehen:

Kontoinhaber/in (falls nicht Antragsteller/in)

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Kreditinstitut/Filiale

Konto-Nr.

BLZ

Unterschrift des Kontoinhabers/in (falls nicht Antragsteller/in)

Fragen an die zu versichernde/n Person/en

Ist die zu versichernde Person zwischen 1 und 15 Jahre alt, beantworten Sie bitte hier nur die Fragen 1 und 16 und fügen Sie eine Kopie des kompletten „Kinderuntersuchungshefts“ bei. Wenn Sie bestimmte Angaben hier nicht machen möchten, senden Sie diese Informationen bitte umgehend direkt an Canada Life, Abteilung Neugeschäft, Postfach 1763, 63237 Neu-Isenburg.

1) Bitte geben Sie Ihre Größe und Ihr Gewicht an.

Erste versicherte Person

cm kg

2) Haben Sie in den letzten zwölf Monaten geraucht? Wenn ja, geben Sie bitte an, was und wie viel Sie täglich geraucht haben.

ja nein

3) Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich? Wenn ja, welche und wie viel pro Woche?

ja nein

4) Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion (positiver AIDS-Test) festgestellt?

ja nein

5) Sind Sie beruflich oder privat besonderen Gefahren ausgesetzt (z.B. Teilnahme an Wettkämpfen, Tauchen, Boxen, Bergsteigen, Sportfliegen, Drachensportarten, Fallschirmspringen, sonstige Sportarten mit höherem Risiko, Umgang mit radioaktiven oder gesundheitsgefährdenden Stoffen)?

ja nein

Wenn ja, welchen?

6) Beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate einen mehr als halbjährigen Auslandsaufenthalt außerhalb der EU?

ja nein

Wenn ja, wo, wann, wie lange und zu welchem Zweck?

7) Sind Sie bereits bei einer anderen Versicherungsgesellschaft im Bereich Dread Disease, Lebens-, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung versichert und/oder stellen oder haben Sie bereits einen entsprechenden Antrag bei einer anderen Gesellschaft gestellt? (Zutreffendes bitte unterstreichen)

ja nein

Wenn ja, wann, welche Versicherung, bei welcher Gesellschaft und mit welcher Versicherungsleistung (in €).

Zweite versicherte Person

cm kg

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

Wenn ja, welchen?

ja nein

Wenn ja, wo, wann, wie lange und zu welchem Zweck?

ja nein

Wenn ja, wann, welche Versicherung, bei welcher Gesellschaft und mit welcher Versicherungsleistung (in €).

* Erwerbsunfähigkeits- bis und Pflegeschutz ab dem 60. Geburtstag der versicherten Person; Schutz kann nur beantragt werden, wenn auch Schwere Krankheiten Schutz gewählt wurde.

** Dieser Schutz kann nur beantragt werden, wenn Sie auch den Schwere Krankheiten Schutz und den Erwerbsunfähigkeits- und Pflegeschutz gewählt haben.

*** Die versicherte monatliche Rente kann maximal bis zu 1 % der versicherten Leistung für Schwere Krankheiten betragen.

- | | Erste versicherte Person | Zweite versicherte Person |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 8] Sind, bezogen auf die nächsten drei Monate, bereits Arztbesuche, Untersuchungen oder Behandlungen aufgrund aktuell bestehender Beschwerden vereinbart bzw. angeraten worden? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Wenn ja, machen Sie hier bitte genauere Angaben. | |
| | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 9] Nur auszufüllen bei Absicherung schwerer Krankheiten. Haben Ihres Wissens nach Ihre natürlichen Eltern oder Geschwister vor dem Alter von 65 Jahren an Herzerkrankungen, Schlaganfall, Nierenerkrankungen, Muskeldystrophie, familiärer, adenomatöser Polyposis, Krebs, Multiple Sklerose, Alzheimer- oder Parkinson'scher Krankheit oder anderen Erbkrankheiten gelitten? | Wenn ja, wer, welche Krankheit (genaue Diagnose) und Alter bei Diagnosestellung. | |

Frage 10] bitte nur bei einer beantragten Versicherungssumme von über € 250.000 und/oder einer beantragten BU-Rente wegen chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes von mehr als € 1.000 ausfüllen:

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 10] Wie hoch war Ihr Bruttoeinkommen (Jahresarbeitseinkommen ohne Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung, Kapitalanlagen etc.) im Durchschnitt der letzten 3 Jahre? | € <input style="width: 100%;" type="text"/> | € <input style="width: 100%;" type="text"/> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die letzten 5 Jahre:

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 11] Beziehen, bezogen oder beantragen Sie eine Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, Unfallinvalidität oder aus anderen gesundheitlichen Gründen? Sofern eine Minderung der Erwerbstätigkeit und/oder eine Behinderung besteht, geben Sie bitte Grad und Grund der Beeinträchtigung an. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Wenn ja, machen Sie hier bitte genaue Angaben. | |
| | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 12] Ist schon einmal ein Versicherungsantrag von Ihnen bei einer anderen Versicherungsgesellschaft im Bereich Dread Disease, Lebens-, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung <i>abgelehnt, zurückgestellt oder nur zu besonderen Bedingungen</i> (z.B. Beitragszuschlag, Staffelung, einschränkende Klausel) angenommen worden? (Zutreffendes bitte unterstreichen) | Wenn ja, welche Gesellschaft, wann und weshalb? | |
| | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 13] Bestehen oder bestanden bei Ihnen folgende Erkrankungen, Beschwerden oder Störungen bzw. stehen noch Befunde aus aktuellen Untersuchungen aus? | | |
| a. Rücken bzw. Wirbelsäule (z.B. Bandscheibenvorfall, Rückenschmerzen, Hexenschuss) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| b. Bewegungsapparat, Gelenke und/oder Muskeln bzw. im Bindegewebsbereich (z.B. Kniegelenks-, Schulter-, Hüftgelenksbeschwerden, Meniskus, Bänderverletzungen, Rheuma, Arthritis, Bechterew, Versteifungen, eingeschränkte Beweglichkeit) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| c. Psyche (z.B. Depressionen, Angstzustände, chronische Müdigkeit, Nervenzusammenbruch, Selbsttötungsversuch, Magersucht) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| d. Tumorerkrankungen (z.B. Krebs, Knoten, Geschwulste oder andere gut- oder bösartige Neubildungen) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| e. Herz und Kreislauf (z.B. erhöhter Blutdruck, Herzklappenfehler, Herzrasen, Brustschmerzen (Angina Pectoris), Herzinfarkt, Veränderungen im EKG, Erkrankungen der Herzkranzgefäße, Schlaganfall, Thrombose, koronare Herzkrankheit, Venenerkrankungen) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| f. Gehirn und/oder Nervensystem (z.B. Anfälle, Bewusstseinsverlust, Migräne, Multiple Sklerose, Lähmungen, Sensibilitätsstörungen) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| g. Nieren und ableitende Harnwege bzw. Geschlechtsorgane (z.B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Eiweißausscheidungen oder Erkrankungen der Prostata, der Blase, der Gebärmutter, der Eierstöcke oder Brustdrüsen) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| h. Atmungsorgane (z.B. Asthma, Bronchitis, Lungenentzündung, Tuberkulose) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| i. Augen (z.B. Fehlsichtigkeit, grauer oder grüner Star, Netzhautablösung, Sehstörungen)
Dioptrien: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | <input type="text"/> links <input type="text"/> rechts | <input type="text"/> links <input type="text"/> rechts |
| j. Ohren (z.B. Hörstörungen, Hörsturz, Tinnitus, Infektionen) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| k. Verdauungsorgane (z.B. wiederkehrende Verdauungsstörungen, Magengeschwüre, Darmentzündung, Gastritis, wiederkehrende Durchfälle, Gallenbeschwerden, Beschwerden an der Bauchspeicheldrüse oder andere Magen-Darm-Erkrankungen bzw. -beschwerden) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| l. Stoffwechsel und Drüsen (z.B. Zuckerkrankheit, Gicht, erhöhte Blutfettwerte, Erkrankungen des Stoffwechsels, der Leber, Schilddrüse oder anderer Drüsen) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| m. Allergien, Erkrankungen der Haut oder Schleimhäute (Heuschnupfen, Schuppenflechte, Neurodermitis, chronische Infektionskrankheiten, Ekzeme, Juckreiz, allergische Reaktionen) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| n. Blut, Lymphsystem oder Milz (z.B. Veränderungen des Blutbildes, Anämie, vergrößerte Lymphknoten, Milzvergrößerung) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| o. Erlitten Sie Unfälle, Knochenbrüche oder Vergiftungen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Wenn ja, machen Sie bitte nähere Angaben. | |
| | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die letzten 10 Jahre:

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 14] Wurden Sie wegen der Folgen von Alkoholgenuß beraten oder behandelt bzw. nehmen oder nahmen Sie Drogen, Betäubungs- und/oder Rauschmittel (z.B. Haschisch, Kokain)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Wenn ja, welche und in welcher Dosierung? | |
| | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 15] Wurden Ihnen wegen einer der unter 13. genannten Erkrankungen oder Beschwerden Medikamente verordnet? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Wenn ja, welche? | |
| | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 16] Haben Sie sich Operationen (auch ambulant), Krankenhaus- oder Kuraufenthalten, Rehabilitationen unterzogen bzw. sind diese vorgesehen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Wenn ja, welchen? | |
| | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |

Gesundheitsfragen bezogen auf die letzten 10 Jahre - Fortsetzung

17] Wurden bei Ihnen nicht normale Ergebnisse bei Untersuchungen festgestellt (z.B. EKG, Röntgen, Blutdruckmessung, Urin- und Blutuntersuchung)?

ja nein

ja nein

Wenn ja, welche?

Wenn ja, welche?

Falls Sie eine oder mehrere der Fragen 13–17 mit „ja“ beantwortet haben, füllen Sie bitte den entsprechenden Zusatzfragebogen aus und machen Sie bitte hier genauere Angaben. 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	Folgen der Untersuchung/Operation	Name und Anschrift des Arztes/Krankenhauses
<input type="checkbox"/>	<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:

Bitte geben Sie den Namen und die Anschrift des Arztes an, der zurzeit am besten über den Gesundheitszustand der versicherten Person informiert ist. Bitte unbedingt angeben.

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

Erklärung nach dem Geldwäschegesetz (Bitte vollständig ausfüllen)

Identifizierung (siehe Rückseite)

Name, Vorname, Geburtsdatum, -ort und Adresse des Antragstellers/der Antragstellerin (im Fall einer Firma die einer zeichnungsberechtigten Person) wurden auf Richtigkeit geprüft:

gültiger Personalausweis gültiger Reisepass

Ausweis-Nr.

Ausstellende Behörde

Ausstellungsdatum

Geburtsort

Wir können im Allgemeinen auf die Identifizierung verzichten, wenn der/die Antragsteller/in uns eine Einzugsermächtigung für sein/ihr Konto erteilt.

Wirtschaftliche Berechtigung

Der/Die Antragsteller/in handelt auf

eigene Rechnung
 Rechnung eines Dritten
 (bitte Name, Vorname und vollständige Postanschrift angeben)

Nachname

Vorname(n)

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Nebenabreden

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

Erklärung des/der Antragstellers/in und der zu versichernden Person/en

Die Antragsfragen habe ich nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Jede bis zur Annahme des Antrags noch eintretende oder bekannt werdende nicht unerhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes der zu versichernden Person/en werde ich Canada Life unverzüglich schriftlich anzeigen. Ich weiß, dass Canada Life bei Verletzung dieser Pflicht vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann. Eine Antragsdurchschrift habe ich erhalten. Alle für die beantragte Versicherung maßgeblichen Bestimmungen, Versicherungsbedingungen und Verbraucherinformationen erhalten Sie mit dem Versicherungsschein; wenn Sie wünschen auch schon früher. Diese Regelungen werden zum Vertragsinhalt, sofern Sie nicht dem Versicherungsvertrag widersprechen. Über Ihr Widerspruchsrecht werden Sie bei Übersendung des Versicherungsscheins informiert.

Ort

Datum

Unterschrift des/der Antragstellers/in u. ggf. Firmenstempel

Die auf der Rückseite stehenden Erklärungen sind wichtiger Bestandteil des Vertrags und enthalten meine/unsere Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht und Einwilligung in die Verarbeitung meiner/unsere Daten. Mit meiner/unsere Unterschrift sind sie anerkannter Inhalt des Vertrags.

Sie haben die Möglichkeit, anstelle einer allgemeinen Entbindungserklärung, eine Entbindung im Einzelfall zu erteilen (siehe Antragsrückseite „3. b. Entbindung von der Schweigepflicht im Einzelfall“).

Falls Sie dieses wünschen, bitte hier ankreuzen

Im Leistungsfall außer dem Todesfall werden wir Sie erneut um eine Schweigepflichtentbindungserklärung bitten.

Unterschrift der ersten zu versichernden Person
(Minderjährige ab Alter 15, ansonsten der/die gesetzl. Vertreter)

Unterschrift der zweiten zu versichernden Person
(Minderjährige ab Alter 15, ansonsten der/die gesetzl. Vertreter)

Berater

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

Nachname

Vorname(n)

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Ort

Datum

Unterschrift

Erklärung des/der Antragstellers/-in, Beitragszahlers/-in und der zu versichernden Person/-en

1. Verantwortlichkeit für den Antrag

Die Antragsfragen habe ich nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Ich weiß, dass Canada Life bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

2. Datenschutz

Ich willige ein, dass Canada Life im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung des Vertrags bzw. der Rückversicherung an ein anderes Unternehmen der Canada Life-Gruppe, mit dem Canada Life für diese Zwecke kooperiert (zzt. Canada Life Assurance (Ireland) Limited), und an Rückversicherer übermittelt. Ich willige auch ein, dass Canada Life diese Daten im erforderlichen Umfang zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligungen gelten unabhängig vom Zustandekommen des Vertrags sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der Canada Life-Gruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an Dritte zur Überprüfung der Bonität sowie an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zum Zweck der Betreuung in Vertragsangelegenheiten erforderlich ist.

Des Weiteren willige ich ein, dass ggf. personenbezogene Daten zur Antrags- und Leistungsprüfung an externe medizinische Gutachter, die von Canada Life gesondert zur Geheimhaltung verpflichtet werden, weitergegeben werden.

Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise verweigert, kommt es unter Umständen nicht zu einem Vertragsabschluss. Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Sofern dies für Abrechnungszwecke erforderlich ist, dürfen Vertragsdaten auch an solche Vermittler weitergegeben werden, die an der Vermittlung durch den für mich zuständigen Vermittler partizipieren.

Ich bin damit einverstanden, dass Canada Life das im Rahmen der Beratung durch den Vermittler ggf. übermittelte Protokoll speichert und ausschließlich zur ordnungsgemäßen Durchführung des Vertragsverhältnisses nutzt.

Ich habe bei Antragstellung die Möglichkeit erhalten, vom Inhalt des Merkblatts zum Datenschutz Kenntnis zu nehmen. Einen Ausdruck erhalte ich auf Wunsch sofort ausgehändigt. Unabhängig davon wird mir das Merkblatt spätestens bei Abschluss übersandt.

3. Entbindung von der Schweigepflicht

a) Allgemeine Entbindungserklärung

(i) Bei Antragstellung

Ich ermächtige Canada Life - mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerufbar - , zur Überprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse bei Antragstellung gemachten Angaben alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Kranken- und Kuranstalten sowie Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonen, die mich untersucht haben oder untersuchen werden oder bei denen ich in Behandlung und Pflege war oder sein werde, sowie andere Personenversicherer über meine Gesundheitsverhältnisse zu befragen; dies gilt für die Zeit vor und die ersten drei Jahre nach Abschluss des Vertrags.

(ii) Im Todesfall

Im Falle meines Todes nach Vertragsabschluss darf Canada Life die im vorstehenden Absatz erwähnten Personen und Einrichtungen sowie Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern – und andere Personenversicherer, bei denen Leistungsansprüche wegen Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Dread Disease (schwerer Krankheiten) oder Ähnlichem gestellt wurden, auch über die Ursache des Todes befragen. Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus.

b) Entbindung von der Schweigepflicht im Einzelfall

Eine allgemeine Schweigepflichtentbindung gebe ich nicht ab. Statt dessen werde ich, sofern von Canada Life konkret verlangt, nach freiem Ermessen im Einzelfall schriftlich erklären, ob oder inwieweit ich die entsprechenden Personen oder Behörden von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Antragsprüfung durch Canada Life führen kann, sollte sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Risikoprüfung nicht oder nur teilweise durchführen lassen. (Für jede ent-

sprechende Schweigepflichtentbindung im Einzelfall kann Canada Life eine angemessene Aufwandsentschädigung verlangen.)

Erläuterung der Schwere Krankheiten Vorsorge von Canada Life

Die Schwere Krankheiten Vorsorge ist eine fondsgebundene Risiko-Lebensversicherung, bei der Ihre Beiträge in einem internen Fonds von Canada Life angelegt werden. Aus dem daraus entstehenden Anteilguthaben entnehmen wir die Vertragskosten, auch die Kosten des vereinbarten Versicherungsschutzes („Schutz“).

1. Versicherungsleistungen

Die Versicherungsleistungen hängen von dem mit uns vereinbarten Schutz ab. Wir bieten folgende Möglichkeiten:

a) Schwere Krankheiten Schutz

(i) Für die versicherte Person

Bei Feststellung einer versicherten schweren Krankheit, welche die versicherte Person 14 Tage nach Diagnose überlebt, zahlen wir die versicherte Leistung für Schwere Krankheiten oder, falls höher, den Wert des Anteilguthabens. Für manche versicherte Krankheiten erbringen wir auch eine Teilzahlung, wobei sich die Höhe der verbleibenden versicherten Leistung um die Teilzahlung verringert. Um Anspruch auf eine Leistung für eine versicherte schwere Krankheit zu haben, müssen die in der Anlage 1 unserer Versicherungsbedingungen aufgeführte Definition sowie ggf. eine Wartezeit erfüllt werden.

Bei vorherigem Tod zahlen wir die versicherte Todesfallleistung oder, falls höher, den Wert des Anteilguthabens. Der Todesfallschutz entfällt bei vorheriger Feststellung einer versicherten schweren Krankheit.

Bei versicherten Personen bis zum 15. Lebensjahr ist unsere Leistung auf maximal € 150.000 begrenzt. Es ist aber bei Vertragsabschluss möglich, für Kinder vor dem 15. Lebensjahr auch eine höhere Versicherungssumme zu beantragen. Dies erspart eine spätere, erneute Gesundheitsprüfung nach Erreichen des 15. Lebensjahrs. Die Risikoprüfung bei Vertragsabschluss erfolgt für die gewählte, höhere Versicherungssumme und die entsprechenden Risikokosten werden von Vertragsbeginn an erhoben. Im Leistungsfall vor dem 15. Lebensjahr des versicherten Kindes gilt jedoch der oben genannte, maximale Auszahlungsbetrag in Höhe von € 150.000. Wenn Sie erst nach Vertragsabschluss eine Erhöhung der Versicherungssumme auf über € 150.000 wünschen, hängt dies von unserer erneuten Risikoprüfung ab.

(ii) Für automatisch mitversicherte Kinder

Leibliche oder adoptierte Kinder der versicherten Person/en sind automatisch ab dem 1. bis zum 18. Geburtstag mitversichert. Die Leistung für ein automatisch mitversichertes Kind ist der geringere Betrag von € 25.000 und 50 % der gesamten für die Eltern des Kindes versicherten Leistung für Schwere Krankheiten (Letzteres ist zugleich die Höchstgrenze aller Leistungen über die Laufzeit der Versicherung für alle automatisch mitversicherten Kinder). Bei Anspruch auf Teilzahlung leisten wir den geringeren Betrag von 25 % der für die Eltern des Kindes gültigen Höhe der Teilzahlung oder 50 % der für die versicherte Person gültigen Höhe der Teilzahlung.

Im Rahmen des Schwere Krankheiten Schutzes besteht kein Todesfallschutz für automatisch mitversicherte Kinder.

b) Erweiterter Todesfallschutz

(i) Für die versicherte Person

Bei Tod der versicherten Person zahlen wir die versicherte Todesfallleistung oder, falls höher, den Wert des Anteilguthabens. Bis zum vollendeten 7. Lebensjahr der versicherten Person ist die Todesfallleistung auf € 8.000 und zwischen dem 8. und 15. Lebensjahr auf maximal € 100.000 begrenzt. Die Rückzahlung eingezahlter Beiträge ist hiervon unberührt.

Wird durch Atteste zweier voneinander unabhängig praktizierender qualifizierter Ärzte nachgewiesen, dass aufgrund einer fortgeschrittenen oder rasch fortschreitenden unheilbaren Krankheit oder Verletzung die Lebenserwartung der versicherten Person weniger als 12 Monate beträgt, so zahlen wir bei entsprechender Feststellung 70 % der versicherten Todesfallleistung. Das Anteilguthaben, soweit vorhanden, verringert sich um den ausgezahlten Betrag. Bei anschließendem Tod zahlen wir 30 % der versicherten Todesfallleistung oder, falls höher, den Wert des Anteilguthabens.

(ii) Für automatisch mitversicherte Kinder

Leibliche oder adoptierte Kinder der versicherten Person/en sind automatisch ab Ende ihres dritten Lebensmonats bis zum 18. Geburtstag mitversichert. Die Leistung für ein mitversichertes Kind ist der geringere Betrag von € 4.000 oder 50 % der gesamten für die Eltern des Kindes versicherten Todesfallleistung (Letzteres ist zugleich die Höchstgrenze aller Leistungen über die Laufzeit der Versicherung für alle automatisch mitversicherten Kinder).

c) Schwere Krankheiten Schutz mit Erweitertem Todesfallschutz

Es gelten grundsätzlich die Bedingungen für den Schwere Krankheiten Schutz und den Erweiterten Todesfallschutz. Sollte eine Leistung für den Schwere Krankheiten Schutz vor Tod erbracht werden, bleibt die Todesfallleistung in voller Höhe unverändert bestehen.

d) Erweiterter Todesfallschutz mit vorgezogener Leistung bei schwerer Krankheit

Es gelten grundsätzlich die Bedingungen für den Erweiterten Todesfallschutz und den Schwere Krankheiten Schutz. Bei Eintritt einer versicherten schweren Krankheit verringert sich die versicherte Todesfallleistung um die zu zahlende Leistung. Eine Teilzahlung für eine Krankheit oder für automatisch mitversicherte Kinder ist hiervon ausgenommen. Sollte die Todesfallleistung nicht höher als die versicherte Leistung für Schwere Krankheiten sein, endet der Schutz bei Eintritt einer versicherten schweren Krankheit.

e) Zusatzoption Erwerbsunfähigkeits- und Pflegeschutz

Wenn Sie den Erwerbsunfähigkeits- und Pflegeschutz mit uns vereinbaren, behandeln wir die Feststellung des Verlusts der Erwerbsfähigkeit bzw. der Pflegebedürftigkeit im Sinne der Anlage 2 der Versicherungsbedingungen als Feststellung einer versicherten schweren Krankheit. Mit Erreichen des 60. Geburtstags endet der Erwerbsunfähigkeits- und Pflegeschutz beginnt. Es besteht kein Erwerbsunfähigkeits- und Pflegeschutz für automatisch mitversicherte Kinder. Diese Zusatzoption können Sie nicht wählen, wenn Sie nur den Erweiterten Todesfallschutz (siehe b) oben) gewählt haben.

f) Zusatzoption Berufsunfähigkeitsschutz bei chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes

Wenn Sie den Berufsunfähigkeitsschutz bei chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes mit uns vereinbart haben, zahlen wir bei Feststellung der Berufsunfähigkeit im Sinne der Anlage 2 der Versicherungsbedingungen die vereinbarte, monatliche Rente bis zum 60. Geburtstag der versicherten Person. Dieser Schutz besteht nur, wenn auch der Erwerbsunfähigkeits- und Pflegeschutz sowie ein Schwere Krankheiten Schutz vereinbart wurde. Der Schutz endet nach dem 60. Geburtstag der versicherten Person. Es besteht kein Schutz für automatisch mitversicherte Kinder. Diese Zusatzoption können Sie nicht wählen, wenn Sie nur den Erweiterten Todesfallschutz (siehe b) oben) gewählt haben.

g) Zusatzoption Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit

Wenn Sie die Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit mit uns vereinbaren und die versicherte Person arbeitsunfähig im Sinne der Versicherungsbedingungen wird, insbesondere nach dreimonatigem Bezug von Krankengeld, übernehmen wir die Beitragszahlungspflicht. Bei zwei versicherten Personen besteht nur Schutz für die im Versicherungsschein als erste versicherte Person bezeichnete Person. Der Schutz endet nach dem 65. Geburtstag der (ersten) versicherten Person. Es besteht kein Schutz für automatisch mitversicherte Kinder.

h) Planmäßige Erhöhung der Leistungen

Wenn Sie die planmäßige Erhöhung der Leistungen gewählt haben, steigen diese um 3 % zu jedem Jahrestag des im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns, bis die (ältere) versicherte Person den 65. Geburtstag erreicht hat. Wir werden Sie rechtzeitig vor jedem Erhöhungstermin über diese Erhöhung schriftlich informieren. Verzichten Sie mehr als zweimal hintereinander auf die Erhöhung, erlischt diese Option.

i) Ein Versicherungsvertrag für zwei versicherte Personen

Wenn Sie zwei Personen absichern, besteht ein einheitlicher Versicherungsvertrag, der nicht zwischen den versicherten Personen auf

geteilt werden kann. Es besteht aber für jede versicherte Person ein gesonderter Schutz und Anspruch auf Leistung im Versicherungsfall. Wenn der Versicherungsfall für eine versicherte Person eintritt, verringert sich der Schutz für die andere Person dadurch nicht.

2. Der Setanta Managed Fonds

Ihre Beiträge werden in den Setanta Managed Fonds investiert, der ein interner Fonds der Canada Life Assurance Europe Limited ist. Sie sind an den Erträgen des Fonds im Rahmen der Versicherungsbedingungen beteiligt. Eine weitergehende Überschussbeteiligung können wir Ihnen nicht gewähren.

3. Berechnung Ihres Beitrags

Um Ihren Beitrag bei Vertragsabschluss zu berechnen, machen wir Annahmen über die Wertentwicklung des Fonds und die Höhe der Vertragskosten über die Dauer des Versicherungsvertrags. Dabei gehen wir von einer durchschnittlichen Wertentwicklung des Fonds von 6 % pro Jahr (nach Abzug von Fondsverwaltungskosten) aus. Wir berücksichtigen auch die von Ihnen gewählte Ziellaufzeit. Unter Anwendung dieser Annahmen würde der vereinbarte Beitrag ausreichen, um den vereinbarten Schutz bis zum Ablauf der Ziellaufzeit aufrechtzuerhalten. Wenn die Wertentwicklung des Fonds niedriger oder die Vertragskosten höher als angenommen ausfallen, wird Ihr Beitrag nicht ausreichen, um den vereinbarten Schutz für die Ziellaufzeit aufrechtzuerhalten. Deswegen nehmen wir in gewissen Abständen planmäßige Vertragsüberprüfungen vor. Wir nehmen auch bei Vertragsänderung oder im Leistungsfall, wenn danach Schutz weiterhin besteht, außerplanmäßige Vertragsüberprüfungen vor. Nach der Vertragsüberprüfung teilen wir Ihnen den ggf. geänderten Beitrag mit, der nach unserer Einschätzung notwendig sein wird, um den vereinbarten Schutz unter Annahme folgender Ziellaufzeiten aufrechtzuerhalten:
> bis zum Ende der von Ihnen bei Vertragsabschluss gewählten Ziellaufzeit,
> bis zur nächsten planmäßigen Vertragsüberprüfung.

Sie können dann wählen, welche Ziellaufzeit Sie wünschen, und den entsprechenden Beitrag zahlen. Wenn wir Ihnen die Notwendigkeit eines erhöhten Beitrags im Rahmen einer Vertragsüberprüfung mitgeteilt haben, Sie aber weder Ihre Beitragszahlung entsprechend erhöhen noch den Schutz entsprechend verringern, erlischt Ihr Versicherungsvertrag, wenn sich das Anteilguthaben vor der nächsten Vertragsüberprüfung auf null reduziert.

4. Feststellung eines Leistungsfalls

Die Feststellung eines Leistungsfalls erfolgt aufgrund der gemäß den Versicherungsbedingungen einzureichenden ärztlichen und amtlichen Unterlagen. Die erheblichen Unterlagen und die Diagnose sind durch qualifizierte Ärzte zu erstellen bzw. haben zu erfolgen. Qualifizierte Ärzte i. S. unserer Versicherungsbedingungen sind Ärzte bzw. Fachärzte, die in einem der folgenden Staaten eine gültige staatliche Zulassung als Arzt bzw. Facharzt besitzen und aktives Mitglied der dortigen Ärztekammer sind: ein Mitgliedstaat der EU (Stand 2005), Australien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland, Norwegen, Schweiz und USA. Auf Antrag können wir auch Ärzte anderer Staaten als qualifizierte Ärzte anerkennen.

Wichtige Hinweise

1. Wechsel des Versicherers

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzweckmäßig.

2. Raucher/Nichtraucher

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

3. Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz

Zur Erfüllung der gesetzlich geforderten 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. Bei juristischen Personen als Antragstellern ist der Verhandlungsführer zu identifizieren. Gegebenenfalls müssen wir danach fragen, ob Sie auf eigene Rechnung handeln, und den Dritten feststellen (mit vollständigem

Namen und Anschrift). Der Vermittler bestätigt Ihre Angaben durch seine Unterschrift auf dem Antrag. Wir können im Allgemeinen auf die Identifizierung verzichten, wenn der/die Antragsteller/in uns eine Einzugsermächtigung für sein/ihr Konto erteilt.

4. Entgegennahme von Zahlungen

Versicherungsvertreter sind nicht zur Entgegennahme von Beitragszahlungen bevollmächtigt.

5. Aufsichtsbehörden und Schlichtungsstelle

Canada Life Assurance Europe Limited unterliegt der Aufsicht folgender Aufsichtsbehörden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin),
Bereich Versicherungen, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn

Financial Regulator,
PO Box 9138, College Green, Dublin 2, Ireland

Ferner können Sie sich an folgende Schlichtungsstelle wenden:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32, 10006 Berlin

Canada Life Assurance Europe Limited

Niederlassung für Deutschland
Höninger Weg 153a, 50969 Köln, AG Köln HRB 34058
Postanschrift: Canada Life Assurance Europe Limited
Postfach 1763, 63237 Neu-Isenburg
Telefon: 0180-30 77 77-3, Telefax: 0180-30 77 77-4
(9 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz)
kundendienst@canadalife.de
www.canadalife.de

Vorstand: Günther Soboll
(Hauptbevollmächtigter der deutschen Niederlassung),
Tom Barry (Vorstandsvorsitzender), John Lyons, Dr. Claudia Lang,
Ruairi O'Flynn, Hans-Gerd Lindlahr, Declan Bolger

Hauptsitz der Gesellschaft:
Canada Life Assurance Europe Limited,
Canada Life House, Temple Road, Blackrock, Co. Dublin, Ireland
Registered in Ireland No. 297731