

ANTRAGSTELLER UND ZU VERSICHERNDE PERSON/EN

Antragsteller	Nachname, Vorname	<input type="text"/>	zum Antrag Schwere Krankheiten Vorsorge vom <input type="text"/>
Erste zu versichernde Person	Nachname, Vorname	<input type="text"/>	
	Derzeitige Tätigkeit	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Sonstiges
Zweite zu versichernde Person	Nachname, Vorname	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Sonstiges
	Derzeitige Tätigkeit	<input type="text"/>	

BELEHRUNG ÜBER DIE FOLGEN EINER VORVERTRAGLICHEN ANZEIGEPFLICHTVERLETZUNG 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.

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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/N PERSON/EN

KINDER-GESUNDHEITSPRAGEN – auszufüllen, wenn die zu versichernde Person unter 16 Jahre ist.

Ist die zu versichernde Person 16 Jahre oder älter, füllen Sie bitte stattdessen das „Formular Gesundheitsfragen“ aus.

	Erste zu versichernde Person	Zweite zu versichernde Person
1] Bitte geben Sie Größe und Gewicht der zu versichernden Person an.	Größe <input type="text"/> cm Gewicht <input type="text"/> kg	Größe <input type="text"/> cm Gewicht <input type="text"/> kg
2] Wurden übliche Untersuchungen für Kinder (z. B. U-Untersuchungen, Jugenduntersuchung, Schuleingangsuntersuchung) durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls „ja“: Wurde dabei ein kontroll- oder therapiebedürftiger Befund festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls „ja“ machen Sie bitte genauere Angaben und reichen Sie uns die Untersuchungsbefunde ein. Sollte der hier vorgesehene Platz nicht ausreichen, verwenden Sie bitte das angehängte Zusatzblatt Ergänzende Angaben .	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3] Wurden „in den letzten 3 Jahren“ kontroll- oder therapiebedürftige Erkrankungen (z. B. Diabetes, Krebs, Herzfehler, Stoffwechselerkrankung) festgestellt oder ist derzeit eine Behandlung / Therapie erforderlich, angeraten oder stehen noch Untersuchungsergebnisse aus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls „ja“: Machen Sie bitte genauere Angaben und reichen Sie uns die Untersuchungsbefunde ein. Sollte der hier vorgesehene Platz nicht ausreichen, verwenden Sie bitte das angehängte Zusatzblatt Ergänzende Angaben .	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

GESUNDHEITSPRAGEN FÜR ERWACHSENE – auszufüllen, wenn die zu versichernde Person 16 Jahre oder älter ist.

	Erste zu versichernde Person	Zweite zu versichernde Person
1] Bestehen für Sie bereits Dread Disease-, Lebens- oder Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeitsversicherungen oder haben Sie solche beantragt bzw. haben Sie vor diese zu beantragen (bei Canada Life oder anderen Versicherungsunternehmen)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Falls ja, wann, welche Versicherung, bei welcher Gesellschaft und mit welcher Versicherungsleistung (in €)?	<input type="text"/>
2] Beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate einen Auslandsaufenthalt außerhalb der EU von mehr als 6 Monaten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Falls ja, wo, wie lange und zu welchem Zweck?	<input type="text"/>
3] Bitte geben Sie Ihre Größe und Ihr Gewicht an.	Größe <input type="text"/> cm Gewicht <input type="text"/> kg	Größe <input type="text"/> cm Gewicht <input type="text"/> kg
4] Haben Sie in den letzten 12 Monaten Tabakprodukte oder E-Zigaretten konsumiert? <small>(Sie werden als Nichtraucher eingestuft, wenn Sie in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung keinerlei Tabakprodukte oder E-Zigaretten konsumiert haben.)</small>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5] Sind Sie beruflich besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Tauchen, Flugrisiko, Umgang mit radioaktiven oder gesundheitsgefährdenden Stoffen)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, welche?
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6] Sind Sie privat besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Teilnahme an Wettkämpfen, Motorsport, Tauchen, Boxen, Bergsteigen, Flugsport oder sonstige gefährliche Sportarten)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, welche?
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7] Ist eine ambulante/stationäre Untersuchung (auch Kontrolluntersuchung)/ Behandlung angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, machen Sie hier bitte genauere Angaben.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8] Diese Frage bitte nur bei einer beantragten Versicherungssumme über 500.000 € für den Schwere Krankheiten Schutz und den Erwerbsunfähigkeitsschutz ausfüllen. Oder bei einer beantragten Versicherungssumme über 750.000 € für den Risiko Leben Schutz.	Wie hoch war Ihr Bruttoeinkommen (Jahresarbeitsentlohnung ohne Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung, Kapitalanlagen etc.) im Durchschnitt der letzten zwei Jahre?	
	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>

DIE FOLGENDEN FRAGEN BEZIEHEN SICH AUF DIE LETZTEN 5 JAHRE:

9] Beziehen, bezogen oder beantragen Sie eine Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, Unfallinvalidität oder aus anderen gesundheitlichen Gründen? Besteht eine Erwerbsminderung (MdE)/Schwerbehinderung (GdB)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, welche und was ist der Grund der Beeinträchtigung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
10] Ist ein Versicherungsantrag von Ihnen bei einer Versicherungsgesellschaft einschließlich Canada Life im Bereich Dread Disease, Lebens-, Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung abgelehnt, zurückgestellt oder nur zu besonderen Bedingungen (z. B. Beitragszuschlag, Staffellung, einschränkende Klausel, Endalterbeschränkung) angenommen worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, welche Gesellschaft, wann und weshalb?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

FRAGEN AN DIE ZU VERSICHERNDE/N PERSON/EN (FORTSETZUNG)

- 11]** Bestehen oder bestanden bei Ihnen folgende Erkrankungen, Beschwerden oder Gesundheitsstörungen oder stehen noch Befunde aus aktuellen Untersuchungen aus?
- a. Krebs, Tumore, Knoten, Zysten oder andere gut- oder bösartige Neubildungen (z. B. Leukämie, Morbus Hodgkin) ja nein ja nein
 - b. Herz-und Kreislaufsystem (z. B. Bluthochdruck, Herzrasen, Brustschmerzen, Herzfehler, Herzinfarkt, Veränderungen im EKG, Herzrhythmusstörungen, Erkrankungen der Herzkranzgefäße, Schlaganfall, Gefäßerkrankungen) ja nein ja nein
 - c. Gehirn oder Nerven (z. B. Anfälle, Bewusstseinsverlust, Migräne, Multiple Sklerose, Parkinson-Krankheit, Alzheimer-Krankheit, Hirntumore, Sensibilitätsstörung) ja nein ja nein
 - d. Nieren oder ableitende Harnwege bzw. Geschlechtsorgane (z. B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Eiwießausscheidungen oder Erkrankungen der Prostata, der Blase, Gebärmutter, der Eierstöcke oder Brustdrüsen) ja nein ja nein
 - e. Atmungsorgane (z. B. Asthma, wiederholte oder chronische Bronchitis, Lungenentzündung, Tuberkulose, Emphysem) ja nein ja nein
 - f. Augen (z. B. Fehlsichtigkeit, grauer oder grüner Star, Netzhautablösung, Sehstörungen (außer Kurz- oder Weitsichtigkeit), Infektionen) ja nein ja nein
 Dioptrien: links rechts links rechts
 - g. Ohren (z. B. Hörstörungen, Hörsturz, Tinnitus, Infektionen) ja nein ja nein
 - h. Verdauungsorgane (z. B. wiederkehrende Verdauungsstörungen, Magengeschwüre, Darmentzündung, Gastritis, wiederkehrende Durchfälle, Gallenbeschwerden, Beschwerden an der Bauchspeicheldrüse) ja nein ja nein
 - i. Leber, Drüsen oder Stoffwechsel (z. B. Diabetes, Cholesterin, Triglyceride, Harnsäure, Gicht, Fettleber, Schilddrüsenstörungen) oder chronische Infektionen (z. B. Hepatitis, HIV) ja nein ja nein
 - j. Blut, Lymphsystem oder Milz (z. B. Veränderungen des Blutbildes, Thrombose, Anämie, vergrößerte Lymphknoten, Milzvergrößerung) ja nein ja nein
- 12]** Haben Sie in den letzten 12 Monaten regelmäßig Medikamente (d. h. an mehr als 4 Tagen einer Woche oder Medikamente mit Langzeitwirkung) über einen Zeitraum von mehr als 4 Wochen verwendet oder wurde Ihnen dieses angeraten? ja nein ja nein
 Falls ja, machen Sie hier bitte nähere Angaben

DIE FOLGENDEN FRAGEN BEZIEHEN SICH AUF DIE LETZTEN 10 JAHRE:

- 13]** Wurden Sie in einem Krankenhaus, in einer Rehabilitationsklinik, Entzugsklinik (wegen Alkohol- oder Drogenkonsum) oder in einer anderen medizinischen Einrichtung (z. B. Schmerzzentrum, psychosomatische Klinik) beraten, untersucht, behandelt oder operiert (auch ambulant) oder sind weitere Untersuchungen oder Behandlungen angeraten, vorgesehen oder beabsichtigt?
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche Diagnose?
<input type="text"/>
Welche Behandlung?
<input type="text"/>
Wann?
<input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche Diagnose?
<input type="text"/>
Welche Behandlung?
<input type="text"/>
Wann?
<input type="text"/> |
|--|--|
- 14]** Wurden bei Ihnen nicht normale Ergebnisse bei Untersuchungen festgestellt (z. B. EKG, Röntgen, Blutdruckmessung, Urin- und Blutuntersuchung) oder stehen derzeit noch Untersuchungsergebnisse aus oder sind weitere Kontrolluntersuchungen angeraten, vorgesehen oder beabsichtigt?
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche?
<input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche?
<input type="text"/> |
|--|--|

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

Arzt der ersten zu versichernden Person

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

Arzt der zweiten zu versichernden Person

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

FRAGEN BEI EINSCHLUSS „BEITRAGSBEFREIUNG BEI BERUFSUNFÄHIGKEIT“ UND „ERWERBSUNFÄHIGKEITSSCHUTZ“

Haben Sie in den letzten 12 Monaten einen Arzt konsultiert wegen:

- 15]** Psychischer oder psychosomatischer Erkrankungen (z. B. Angststörung, Zwangsstörung, Depression, Essstörung) ja nein ja nein
- 16]** Erkrankungen oder Beschwerden der Wirbelsäule, der Gelenke, der Muskeln oder Bänder, wegen der Sie zusammenhängend mehr als 1 Woche krankgeschrieben oder arbeitsunfähig waren. ja nein ja nein
 Wenn ja, bitte nennen Sie die Erkrankung:

Falls Sie eine oder mehrere der Fragen 11 bis 16 mit „ja“ beantwortet haben, machen Sie hier bitte genauere Angaben und fügen Sie zudem den ggf. erforderlichen ausgefüllten Risiko-Fragebogen bei. Sollte der hier vorgesehene Platz nicht ausreichen, verwenden Sie bitte das angehängte Zusatzblatt **Ergänzende Angaben**.

Zu Frage	Betroffene Organe/ Körperteile	Diagnose und -zeitpunkt	Häufigkeit	Beschwerden/Folgen	Name und Anschrift des Arztes/Krankenhauses
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

Erste zu versichernde Person

Nachname, Vorname

Zweite zu versichernde Person

Nachname, Vorname

Ich bin am besten telefonisch erreichbar unter:

Erste zu versichernde Person

Zweite zu versichernde Person

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

Erste zu versichernde Person

Zweite zu versichernde Person

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

Erste zu versichernde Person

Zweite zu versichernde Person

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/EN

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 sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

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

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

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



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

Erste zu versichernde Person

Möglichkeit I:

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

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

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

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

Möglichkeit II:

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

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

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

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

Zweite zu versichernde Person

Möglichkeit I:

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

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

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

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

Möglichkeit II:

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

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

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

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

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

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

Erste zu versichernde Person

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.

Zweite zu versichernde Person

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 weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

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

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

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



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

4. 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
ersten zu ver-
sichernden Person
(falls nicht Antragsteller) 

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

Ort

Datum

Unterschrift der
zweiten zu ver-
sichernden Person
(falls nicht Antragsteller) 

(bei Minderjährigen der/die gesetzl. Vertreter; ab Alter 16 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
Hohenzollernring 72, 50672 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:
William L. Acton (Vorstandsvorsitzender, kanadisch), Bernard Collins (irisch),
Sylvia Cronin (irisch), Markus Drews (deutsch), Hans-Gerd Lindlahr (deutsch),
Rose McHugh (irisch), Kevin Murphy (irisch)
Hauptbevollmächtigter der deutschen Niederlassung: Magnus Baumhauer (deutsch)

FOLGENDES MÖCHTE ICH ZU DEN GESUNDHEITSFRAGEN HIER ERGÄNZEND ANGEBEN:

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

UNTERSCHRIFT DER ZU VERSICHERNDEN PERSON

Ort	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>

Unterschrift der zu versichernden Person	<input type="text"/>
--	----------------------

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

