

# Antrag für die Schwere Krankheiten Vorsorge

für die Absicherung von Schlüsselpersonen in Unternehmen (sog. Keyperson)

Stand März 2022



## VOM GESCHÄFTSPARTNER AUSZUFÜLLEN

Firmenname/ Geschäftspartner	
---------------------------------	--

Geschäftspartner-Nr.	
----------------------	--

Buchungs-Nr./Ref.-Nr.	
-----------------------	--

DP  HP  KP

## PERSÖNLICHE DATEN

Füllen Sie den Antrag bitte vollständig aus.

### ANTRAGSTELLER

Anrede  Firma

Firmenname	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort (Wohnsitz)	
Telefon (freiwillige Angabe)	
E-Mail	

### HINWEIS:

Im Fall von Einzelunternehmen (z. B. Einzelkaufmann, Freiberufler, Landwirte, Gewerbetreibende) verwenden Sie bitte den normalen Antrag zur Schwere Krankheiten Vorsorge in Verbindung mit dem Formular zur Identifizierung natürlicher Personen nach dem Geldwäschegesetz anstelle dieses Keyperson-Antrags.

### 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 ZU VERSICHERNDE PERSON

(falls nicht Antragsteller)

Anrede  Frau  Herr  
 als Keyperson\*

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

angestellt  selbstständig  Sonstiges

Nationalität  deutsch  andere\*\*

Familienstand (freiwillige Angabe)  ledig  verheiratet\*\*\*  
 geschieden  verwitwet

Welches Verhältnis besteht zwischen Antragsteller und zu versichernder Person (Mitarbeiter ...)?

--

#### ZWEITE ZU VERSICHERNDE PERSON

(falls nicht Antragsteller)

Anrede  Frau  Herr  
 als Keyperson\*

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

angestellt  selbstständig  Sonstiges

Nationalität  deutsch  andere\*\*

Familienstand (freiwillige Angabe)  ledig  verheiratet\*\*\*  
 geschieden  verwitwet

Welches Verhältnis besteht zwischen Antragsteller und zu versichernder Person (Mitarbeiter ...)?

--

## DATEN ZUM VERSICHERUNGSVERTRAG

### VERSICHERUNGSBEGINN (Wenn zwei Personen versichert werden sollen, gelten diese Angaben für beide zu versichernde Personen)

(Tag/Monat/Jahr)	
------------------	--

Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsbeginn maximal 3 Monate in der Vergangenheit liegen darf.

Versicherungsdauer in Jahren  oder  Versicherungsdauer bis zum Lebensjahr

### LEISTUNG IM VERSICHERUNGSFALL

#### Erste zu versichernde Person

- Schwere Krankheiten Schutz  
 Risiko Leben Schutz  
 Risiko Leben Schutz mit vorgezogener Leistung bei schwerer Krankheit  
 Schwere Krankheiten Schutz mit Risiko Leben Schutz

Versicherte Leistung für schwere Krankheiten	€
Versicherte Todesfallleistung	€

### LEISTUNG IM VERSICHERUNGSFALL

#### Zweite zu versichernde Person

- Schwere Krankheiten Schutz  
 Risiko Leben Schutz  
 Risiko Leben Schutz mit vorgezogener Leistung bei schwerer Krankheit  
 Schwere Krankheiten Schutz mit Risiko Leben Schutz

Versicherte Leistung für schwere Krankheiten	€
Versicherte Todesfallleistung	€

\* Automatische Mitversicherung von Kindern ist im Fall der Keypersonabsicherung ausgeschlossen. \*\* 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](http://www.canadalife.de) finden.  
\*\*\* Auch eingetragene Lebenspartnerschaft nach LPartG.

**ZUSATZOPTIONEN**

**Erweiterter Krankheitenkatalog**

**Multi-Pay-Option (Ist nur für laufende Beiträge möglich.)**

**Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit (Ist nur für laufende Beiträge möglich.)**

**Erwerbsunfähigkeitsschutz als eine versicherte schwere Krankheit**

Sollte meinem Antrag auf den Einschluss der gewünschten Zusatzoption(en) nicht entsprochen werden können, so beantrage ich Versicherungsschutz ohne diese Deckung. Einen entsprechenden Berechnungsvorschlag habe ich erhalten.

**Erste zu versichernde Person**

ja

ja

ja

ja

Nein,

ich beantrage meinen Versicherungsschutz nur inkl. der gewünschten Zusatzoption(en).

**Zweite zu versichernde Person**

ja

ja

(nicht verfügbar)

ja

Nein,

**BEITRÄGE**

Laufender Beitrag  monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich €

Einmalbeitrag €  mit Zahlung per  Lastschriftverfahren  Überweisung

**PLANMÄSSIGE ERHÖHUNG** (Wenn zwei Personen versichert sind, gilt dies für beide zu versichernde Personen. Ist nur für laufende Beiträge möglich.)

Standardmäßig erfolgt keine Erhöhung. Sie können eine jährliche Erhöhung der Leistungen in 1-Prozentschritten zwischen 1 % und 10 % beantragen.

Ich wünsche eine Erhöhung von  %.

**WIDERRUFLICH BEZUGSBERECHTIGTE PERSON/EN**

Wenn Sie uns keinen Bezugsberechtigten bis zum Eintritt des Versicherungsfalles benennen, steht der Leistungsanspruch dem Antragsteller zu. Ist dieser 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. Dies gilt auch für die Leistungen aus gegebenenfalls vereinbarten Zusatzoptionen.

**Erste zu versichernde Person**

Bei Eintritt einer schweren Krankheit/Erwerbsunfähigkeit (Für die steuerliche Berücksichtigung muss der Antragssteller die bezugsberechtigte Person sein.)

Antragsteller  erste versicherte Person

nachfolgend benannte Person:

Name, Vorname(n)

Geburtsdatum

**Im Todesfall**

(Für die steuerliche Berücksichtigung muss der Antragssteller die bezugsberechtigte Person sein.)

Antragsteller  nachfolgend benannte Person:

Name, Vorname(n)

Geburtsdatum

**Zweite zu versichernde Person**

Bei Eintritt einer schweren Krankheit/Erwerbsunfähigkeit (Für die steuerliche Berücksichtigung muss der Antragssteller die bezugsberechtigte Person sein.)

Antragsteller  zweite versicherte Person

nachfolgend benannte Person:

Name, Vorname(n)

Geburtsdatum

**Im Todesfall**

(Für die steuerliche Berücksichtigung muss der Antragssteller die bezugsberechtigte Person sein.)

Antragsteller  nachfolgend benannte Person:

Name, Vorname(n)

Geburtsdatum

**SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT FÜR SEPA-BASISLASTSCHRIFTEN**

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

Canada Life Assurance Europe plc, Niederlassung für Deutschland, Hohenzollernring 72, 50672 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.

Art der Zahlung:  Einmallschrift  Wiederkehrende Lastschrift

**Bitte beachten Sie, dass Sie zum Einzug der Beiträge zwingend ein Firmenkonto des Antragstellers angeben.**

Firma

Kontoinhaber

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

IBAN  D E

BIC

Kreditinstitut

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers



**ERKLÄRUNG DER GESELLSCHAFT (KAPITAL- ODER PERSONENGESELLSCHAFT) NACH DEM GELDWÄSCHEGESETZ**

Bitte füllen Sie das gesonderte Formular „Identifizierung juristischer Personen/Personengesellschaften nach dem Geldwäschegesetz (GwG)“ aus. Bitte beachten Sie auch die auf der Seite 5 von 7 befindlichen Hinweise zur Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz und zur Entgegennahme von Zahlungen.

**POLITISCH EXPONIERTE PERSON**

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

## NEBENABREDEN

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

**Keyperson-Absicherung, d. h. automatische Mitversicherung der Kinder der versicherten Person(en) ist ausgeschlossen.**

## 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 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.

- 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 Versicherungsfalles 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 Versicherungsfalles 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 Beiträge, die für die Zeit vor Wirksamwerden des Rücktritts gezahlt wurden, 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 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.

## 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 und den Besonderen Informationen (Teil I), welche die von mir gewünschten Vertragsdaten für die Schwere Krankheiten Vorsorge berücksichtigen; Besondere Informationen (Teil II); Allgemeine Informationen zur Schwere Krankheiten Vorsorge; Versicherungsbedingungen zur Schwere Krankheiten Vorsorge, Datenschutzhinweise bei Beantragung des Versicherungsvertrags, Stand März 2022, und die Belehrung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Absatz 5 VVG.

Die auf Seite 5 von 7 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



**ERKLÄRUNG DES ANTRAGSTELLERS UND DER ZU VERSICHERNDEN PERSON/EN**

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

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

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

(bei Minderjährigen der/die gesetzliche/n Vertreter; ab Alter 16 zusätzlich der Minderjährige)

<b>Unterschrift des Antragstellers u. ggf. Firmenstempel</b>	<input type="text"/>
--	----------------------

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

(bei Minderjährigen der/die gesetzliche/n Vertreter; ab Alter 16 zusätzlich der Minderjährige)

**VERMITTLER**

Bitte vollständig ausfüllen.

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

Ort	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>
Telefonnummer für Rückfragen	<input type="text"/>

IHK-Registernummer	D - - - - - - - - - -
--------------------	-----------------------

Vermittlername in Druckbuchstaben	<input type="text"/>
-----------------------------------	----------------------

<b>Unterschrift</b>	<input type="text"/>
---------------------	----------------------

## **Erklärungen des Antragstellers zum Widerrufsrecht und zum Beginn des Versicherungsschutzes**

### **1. Erklärung zur Belehrung über das Widerrufsrecht**

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.

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

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

## **Hinweis zur Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz (GwG)**

Nach dem GwG sind Versicherungsunternehmen verpflichtet, den Vertragspartner sowie für diesen auftretende Personen bei Vertragsabschluss zu identifizieren. Soweit vorhanden sind auch ein wirtschaftlich berechtigter Dritter sowie ein abweichender Bezugsberechtigter zu identifizieren. Die erforderlichen Daten sind aufzuzeichnen. Kommt der Vertrag über einen Vermittler zustande oder wird er über einen solchen abgewickelt, so muss die Identifizierung auch durch den Vermittler erfolgen.

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

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

Für Vertragspartner auftretende Personen sind im gleichem Umfang zu identifizieren. Die Berechtigung zur Vertretung ist uns hierbei ebenso nachzuweisen.

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

Wirtschaftlich berechtigt ist die natürliche Person oder sind mehrere natürliche Personen, in deren Eigentum oder unter deren Kontrolle der Vertragspartner letztlich steht oder auf deren Veranlassung eine Transaktion letztlich durchgeführt wird oder auf deren Veranlassung eine Geschäftsbeziehung letztlich begründet wird. Bei Gesellschaften ist dies die natürliche Person, welche unmittelbar oder mittelbar mehr als 25 Prozent der Stimmrechte oder Kapitalanteile hält bzw. auf vergleichbare Weise Kontrolle ausübt, bei treuhänderischem Handeln die natürliche Person, auf deren Veranlassung der Treuhänder handelt.

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

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

Soweit keine risikoe erhöhenden Umstände ersichtlich sind, können wir, wenn es sich um eine Direktversicherung handelt, von der Frage nach dem wirtschaftlich Berechtigten absehen.

## **Hinweis zur Entgegennahme von Zahlungen**

Versicherungsvertreter sind nicht zur Entgegennahme von Beitragszahlungen bevollmächtigt.

## 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](http://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  
Hohenzollernring 72  
50672 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](mailto: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](mailto:CLE_Datenschutz@canadalife.de)

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

Sabine Knoll  
Head of Compliance  
Canada Life Assurance Europe plc  
14/15 Lower Abbey Street, Dublin 1, Ireland  
E-Mail: [CLE\\_Datenschutz@canadalife.ie](mailto: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 berechtigte 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](http://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](http://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](http://ec.europa.eu/justice/data-protection/international-transfers/adequacy/index_en.htm). Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

### **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](mailto:kundenservice@canadalife.de)  
[www.canadalife.de](http://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)