

Dieses Formular ist immer dann auszufüllen, wenn ein Schwere Krankheiten Schutz von über 500.000 € oder von über 300.000 € für den Erwerbsunfähigkeits- und Pflegeschutz oder ein Risiko Leben Schutz von über 750.000 € gewünscht wird.

ANTRAGSTELLER UND ZU VERSICHERNDE PERSON

Antragsnummer			zum Antrag vom		
Antragsteller	Nachname, Vorname				
Zu versichernde Person	Nachname, Vorname				
	Derzeitige Tätigkeit				
	Tätig im Unternehmen seit				
<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Leitend <input type="checkbox"/> mit Anteil an Aktien <input type="checkbox"/> als Partner					

INFORMATIONEN ZU EXISTIERENDEN ANTRÄGEN BZW. VERTRÄGEN

1] Haben Sie gleichzeitig bei anderen Gesellschaften Anträge gestellt? ja nein
 Wenn ja, bitte geben Sie Einzelheiten an:

Gesellschaft	Plan/Dauer	Versicherungssumme	Versicherungszweck

2] Bestehen bereits Versicherungen für den Todesfall, Schwere Krankheiten (Critical Illness) oder Erwerbsunfähigkeit (Berufsunfähigkeit)? ja nein
 Wenn ja, bitte geben Sie Einzelheiten an:

Gesellschaft	Beginn	Plan/Dauer	Versicherungssumme	Versicherungszweck

INFORMATIONEN ZUM UNTERNEHMEN

3] Firma

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Webseite

Branche/Zweck des Unternehmens

Geschäftsbereich

Gründungsdatum

Anzahl der Mitarbeiter

Welchen Anteil am Firmenkapital besitzt die zu versichernde Person? %

4] Details zu Umsatz, Brutto- und Nettogewinn für die letzten 3 Jahre und Budget für das nächste Geschäftsjahr:

Jahr	Umsatz	Bruttogewinn	Nettogewinn

5] Im Falle eines Verlustes legen Sie bitte Kopien der Gewinn- und Verlustrechnungen der letzten zwei Jahre sowie eine Begründung der Verluste bei. Falls wegen erst kürzlicher Gründung der Firma noch keine Zahlen verfügbar sind, legen Sie bitte den aktuellen Geschäftsplan mit Projektionen bei.

Steuerpflichtiges Einkommen der letzten 3 Jahre (bitte Steuerbescheide beilegen):

Währung	Jahr	Jahr	Jahr

TEIL B – KEYPERSON

1] Wie wurde die Versicherungssumme berechnet? (bitte ankreuzen)

- Mehrfaches des Gewinns – bitte Faktor angeben
- Mehrfaches des Gehalts – bitte Faktor angeben
- Andere Berechnungsbasis – bitte Einzelheiten angeben

2] Welcher Anteil am Brutto- oder Nettogewinn kann der Keyperson zugeschrieben werden? %

3] Weshalb ist die Keyperson für die Firma speziell wertvoll? (Bitte Kopie des Lebenslaufs der Keyperson beilegen.)

4] Wurde ein Dienstleistungsvertrag erstellt? ja nein
 Falls ja, bitte Kopie beilegen oder Details inkl. Bezüge, Dauer, Ablauf, Kündigungsfrist und Verantwortlichkeiten mitteilen.

5] Befindet sich ein Nachfolger für die Keyperson in Ausbildung? ja nein
 Falls ja, bitte Einzelheiten angeben:

6] Bestehen bereits weitere Lebensversicherungen für Keypersons oder ist dies vorgesehen? ja nein
 Wenn ja, bitte Einzelheiten angeben:

Name	Stellung	Beginn
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plan	Versicherungssumme	Zweck der Deckung
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TEIL C – GESCHÄFTSKREDIT

Bitte geben Sie die folgenden Einzelheiten des Kredites an (falls möglich, legen Sie bitte das definitive Kreditangebot des Darlehensgebers bei).

1] Zweck des Kredites

2] Name und Anschrift des Kreditgebers
 Firma
 Straße, Haus-Nr.
 PLZ, Ort

3] Name(n) und Anschrift des/der Kreditnehmer(s)
 Firma
 Straße, Haus-Nr.
 PLZ, Ort

4] Kreditsumme und
 Währung

5] Dauer des Kredites (Jahre)

6] Zinssatz %

7] Rückzahlungsmodalitäten

8] Ist die Kreditvergabe an den Abschluss dieser Lebensversicherung gebunden? ja nein

9] Erfolgt eine sofortige Abtretung? ja nein

Ort
 Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

10] Weitere Sicherheiten für das Darlehen ja nein
 Falls ja, nähere Angaben

11] Nehmen Sie weitere Darlehen in Anspruch? ja nein
 Falls ja, Darlehensgeber (Name und Anschrift)

Darlehenshöhe €

12] Sind diese Darlehen abgesichert? ja nein
 Wenn ja, auf welche Weise?

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich weiß, dass Canada Life bei Verletzung meiner Pflichten, vollständige und richtige Angaben zu machen, vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag anpassen, kündigen oder die Leistung verweigern kann.

Ich bestätige weiter, dass ich das anliegende Blatt „Belehrung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Absatz 5 VVG“ erhalten und zur Kenntnis genommen habe.

Ort
 Datum

Unterschrift des Antragstellers



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, zahlen wir den Wert des Anteilguthabens, jedoch nicht mehr als die Summe der eingezahlten Beiträge. 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.

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

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

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