Canada Life™
Frischer Wind. Klare Flüsse. Feste Wurzeln.

ANTRAG

GRUNDFÄHIGKEITS-VERSICHERUNG

Stand Juli 2012

01

INFORMATIONEN ZU IHRER GRUNDFÄHIGKEITSVERSICHERUNG

» Kapitel drucken

02

ANTRAG

Bitte **immer ausfüllen** und an Canada Life zurückschicken.

» Kapitel drucken

03

GESUNDHEITSFRAGEN

Bitte **immer ausfüllen** und an Canada Life zurückschicken.

» Kapitel drucken

04

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

» Kapitel drucken

WICHTIGER HINWEIS

Bitte senden Sie die relevanten Formulare vollständig ausgefüllt und zusammen zurück an Canada Life.

01

INFORMATIONEN ZU IHRER GRUNDFÄHIGKEITSVERSICHERUNG

DIE GRUNDFÄHIGKEITSVERSICHERUNG IST EINE INNOVATIVE RISIKOABSICHERUNG. SIE BIETET IHNEN EINE FINANZIELLE ABSICHERUNG FÜR DEN FALL DES VERLUSTES BESTIMMTER GRUNDLEGENDER FÄHIGKEITEN UND AB ERREICHEN DER PFLEGESTUFE 1 IN DER GESETZLICHEN PFLEGEVERSICHERUNG.

PLATZ für Ihren individuellen Ausdruck aus der Canada Life Berechnungssoftware, den Ihnen Ihr Berater erstellt.

Die nachstehend unter Abschnitt II. abgedruckten „Besonderen Informationen für Ihre Grundfähigkeitsversicherung“ und Abschnitt III. „Allgemeinen Informationen für Ihre Grundfähigkeitsversicherung“ sind Bestandteil der Informationen zu Ihrer Grundfähigkeitsversicherung und setzen den Abschnitt I. „Produktinformationsblatt für Ihre Grundfähigkeitsversicherung“ fort.

II. BESONDERE INFORMATIONEN FÜR IHRE GRUNDFÄHIGKEITSVERSICHERUNG

Nachfolgend geben wir Ihnen in diesem Abschnitt II. einige für Ihre Grundfähigkeitsversicherung einschlägige individuelle Informationen. Die „Besonderen Informationen für Ihre Grundfähigkeitsversicherung“ haben wir vorangestellt.

Die auf uns oder das Produkt Grundfähigkeitsversicherung allgemein bezogenen Informationen finden Sie nachfolgend im Abschnitt III. „Allgemeine Informationen für Ihre Grundfähigkeitsversicherung“.

Verweise auf Paragrafen in den folgenden Informationen beziehen sich auf die Versicherungsbedingungen der Grundfähigkeitsversicherung, die Ihnen gemeinsam mit diesen Informationen übergeben und auf Anforderung jederzeit erneut überlassen werden.

1 Welche Kosten entstehen für Sie durch den Abschluss des Vertrages und wie werden sie erhoben?
Die mit dem Abschluss und der Vermittlung Ihres Versicherungsvertrags verbundenen Kosten, etwa die Kosten für Beratung, Anforderung von Gesundheitsauskünften und Ausstellung des Versicherungsscheins, werden Ihnen nicht gesondert in Rechnung gestellt. Diese Kosten wurden bei Kalkulation Ihrer Beiträge bereits berücksichtigt. Auch die laufenden Kosten sowie die Risikokosten sind bereits bei der Kalkulation Ihrer Beiträge berücksichtigt. Bitte lesen Sie zu den Einzelheiten im Abschnitt I. „Produktinformationsblatt für Ihre Grundfähigkeitsversicherung“ Ziffer 4.

2 Sind Sie an Überschüssen beteiligt?
Eine Überschussbeteiligung findet nicht statt.

3 Können Sie Ihre Grundfähigkeitsversicherung beitragsfrei stellen?
Eine Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung ist nicht möglich.

4 In welchem Umfang können Sie Ihren Beitrag reduzieren?
Eine Beitragsreduzierung auf Antrag ist nicht möglich. Jedoch führt eine Kündigung, die nur einen Teil der Versicherungsleistungen betrifft, zu einer Beitragsreduzierung. Voraussetzung ist, dass die verbleibende versicherte monatliche Rente mindestens € 500 beträgt.

5 Wie ist die steuerliche Behandlung Ihrer Grundfähigkeitsversicherung?
Die nachfolgenden Steuerhinweise geben keine abschließende, sondern nur eine vereinfachte Darstellung der steuerlichen Behandlung wieder und können eine Beratung durch einen steuerlichen Berater unter Berücksichtigung Ihrer individuellen steuerlichen Situation nicht ersetzen. Die hier gegebenen Hinweise basieren auf der deutschen Gesetzgebung, Rechtsprechung und Verwaltungspraxis zum 1. Januar 2012.

a) Einkommensteuer
Invaliditätsversicherungen wie die Grundfähigkeitsversicherung sind als Lebensversicherungen vom Gesetzgeber steuerlich begünstigt und stellen eine Form der so genannten „abgekürzten Leibrente“ dar. Diese Begünstigung gilt auch für die Anpassung der Versicherungsleistungen. Bei Privatpersonen sind die geleisteten Beiträge bei der Einkommensteuerveranlagung als Sonderausgaben im Rahmen der Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen nach § 10 Einkommensteuergesetz (EStG) abziehbar.

Die Rentenleistungen unterliegen als sonstige Einkünfte gemäß § 22 EStG mit dem jeweiligen Ertragsanteil der Einkommensteuer. Die Höhe des zu versteuernden Ertragsanteils ergibt sich für zeitlich begrenzte (abgekürzte) Leibrenten aus der Tabelle zu § 55 der Einkommensteuer-Durchführungsverordnung (EStDV).

Wird zusätzlich eine lebenslange Leistungsdauer vereinbart und deshalb nach Ablauf der Versicherungsdauer 50 % der versicherten monatlichen Rente weitergezahlt, so stellt dieser Teil eine Leibrente dar. Die Rentenleistungen aus dieser Leibrente unterliegen auch in diesem Fall als sonstige Einkünfte gemäß § 22 EStG mit dem jeweiligen Ertragsanteil der Einkommensteuer. Die Höhe des Ertragsanteils ergibt sich für Leibrenten jedoch hier aus der Tabelle zu § 22 Abs. 1 Nr. 1 a) EStG.

Ist die Beitragszahlung betrieblich veranlasst, so sind die Beiträge als Betriebsausgaben zu qualifizieren. Umgekehrt sind fällige Leistungen in vollem Umfang als Betriebseinnahmen anzusehen. Voraussetzung ist jedoch stets, dass eine „betriebliche Veranlassung“ vorliegt, welche von den Finanzbehörden nach strengen Maßstäben geprüft wird.

Vor Vertragsschluss sollte daher eine Überprüfung durch einen steuerlichen Berater erfolgen.

b) Rentenbezugsmitteilungen
Versicherungsunternehmen sind nach § 22a EStG verpflichtet, der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte Rentenbezugsmitteilungen zu übermitteln. Die Mitteilung muss bis zum 1. März des Jahres erfolgen, das auf das Jahr folgt, in dem die Leistung dem Leistungsempfänger zugeflossen ist. Der Leistungsempfänger ist verpflichtet, dem Versicherungsunternehmen zum Zweck der Rentenbezugsmitteilung seine Identifikationsnummer mitzuteilen.

< *02* >

c) Erbschaft- und Schenkungsteuer

Ansprüche bzw. Leistungen aus der Grundfähigkeitsversicherung unterliegen der Erbschaft- und Schenkungsteuer, wenn sie auf Grund einer Schenkung des Versicherungsnehmers oder bei dessen Tod durch Erwerb von Todes wegen erworben werden (z. B. Schenkung eines Bezugsrechtes oder im Wege des Nachlasses).

d) Versicherungsteuer

Auf die Beiträge fällt keine Versicherungsteuer an.

III. ALLGEMEINE INFORMATIONEN FÜR IHRE GRUNDFÄHIGKEITSVERSICHERUNG

Verweise auf Paragrafen in den folgenden Informationen beziehen sich auf die Versicherungsbedingungen der Grundfähigkeitsversicherung, die im Anschluss an diese „Allgemeinen Informationen für Ihre Grundfähigkeitsversicherung " abgedruckt sind und Ihnen auf Anforderung jederzeit erneut überlassen werden.

1 Wer ist Ihr Vertragspartner?

Ihr Vertragspartner für die Grundfähigkeitsversicherung ist die

- Canada Life Assurance Europe Limited,
  Niederlassung für Deutschland,
  Höninger Weg 153a,
  50969 Köln,

eingetragen im Handelsregister des AG Köln unter der Registernummer HRB 34058,

Postanschrift: Canada Life Assurance Europe Limited, Postfach 1763, 63237 Neu-Isenburg,

Hauptbevollmächtigter der Niederlassung für Deutschland: Günther Soboll.

Der Hauptsitz der Canada Life Assurance Europe Limited, einer nach irischem Recht gegründeten Versicherungsgesellschaft, ist Canada Life House, Temple Road, Blackrock, County Dublin, eingetragen bei dem irischen Company Registration Office (dem irischen Handelsregister) unter der Registernummer 297731.

- Kundenservice
  Tel.: 06102-30618-00
  Fax: 06102-30618-01
  E-Mail: kundenservice@canadalife.de
  www.canadalife.de

Die Canada Life Assurance Europe Limited ist ein nach irischem Recht gegründeter Lebensversicherer.

2 Welche Aufsichtsbehörden gibt es?

Canada Life Assurance Europe Limited unterliegt der Aufsicht der:

- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
  (BaFin), Bereich Versicherungen,
  Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn
  Tel.: 0228 - 41 08-0, Fax: 0228 - 41 08-1550

- Central Bank of Ireland
  PO Box 559, Dame Street, Dublin 2, Ireland

3 Besteht ein Garantiefonds? Welche Sicherheiten bieten wir Ihnen?

Die Canada Life gehört keiner Einrichtung zur Sicherung der Ansprüche von Versicherten (Garantiefonds) an und ist zu einer solchen Mitgliedschaft derzeit weder berechtigt noch verpflichtet.

Nach irischem Recht ist Canada Life verpflichtet, die Vermögenswerte ihrer Versicherungsverträge als Sicherungsvermögen einzurichten. Dadurch ist gesetzlich sichergestellt, dass Gläubiger von Versicherungsforderungen ein absolutes Vorrecht auf Erfüllung ihrer Forderungen erhalten. Somit genießen z. B. Versicherungsnehmer einen besonderen Schutz im Insolvenzfall eines Versicherers. Das irische Recht entspricht in dieser Hinsicht grundsätzlich dem deutschen Recht, da beide auf einer für alle EU-Mitgliedstaaten geltenden Richtlinie beruhen.

4 Welches sind die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung?

Die wesentlichen Merkmale der Versicherung ergeben sich insbesondere aus den Versicherungsbedingungen für die Grundfähigkeitsversicherung von Canada Life, die im Anschluss an diese „Allgemeinen Informationen für Ihre Grundfähigkeitsversicherung“ abgedruckt sind.

Die Grundfähigkeitsversicherung von Canada Life ist eine Lebensversicherung, welche bei Verlust bestimmter Grundfähigkeiten eine monatliche Rente bis zum gewählten Endalter oder unter gewissen Voraussetzungen lebenslang gewährt.

Wenn die versicherte Person, also Sie oder die von Ihnen bestimmte Person, eine Beeinträchtigung im Sinne von § 2 erleidet, zahlen wir gemäß § 1 innerhalb der vereinbarten Versicherungsdauer eine monatliche Rente und Sie werden von der Beitragszahlungspflicht befreit. Die Höhe der monatlichen Rente und die Versicherungsdauer werden bei Antragstellung festgelegt und im Versicherungsschein bestätigt.

Wenn Sie mit uns eine lebenslange Leistungsdauer vereinbart haben und der Versicherungsfall bei Ablauf der Versicherungsdauer besteht, zahlen wir 50 % der monatlichen Rente gemäß § 1 weiter, bis die Beeinträchtigung nicht mehr gegeben ist bzw. die versicherte Person stirbt.

Es kann die planmäßige Erhöhung der Rente vor Eintritt des Versicherungsfalls gewählt werden. Die im Versicherungsfall zu zahlende Rente steigt dann gemäß § 12 um jeweils 3 % zum Jahrestag des im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns. Die Vereinbarung dieser Option wird in Ihrem Versicherungsschein bestätigt.

Außerdem kann die planmäßige Erhöhung der Rente nach Eintritt des Versicherungsfalls gewählt werden. Nach Eintritt des Versicherungsfalls steigt gemäß § 13 die vereinbarte Rente um jeweils 3 % zum Jahrestag des Beginns unserer Leistungspflicht. Fällt die Beeinträchtigung weg, lebt die planmäßige Erhöhung nicht wieder auf. Die Vereinbarung dieser Option wird in Ihrem Versicherungsschein bestätigt.

Unter bestimmten Voraussetzungen können Sie Ihren Versicherungsschutz während der Versicherungsdauer ohne erneute Risikoprüfung erhöhen. Dies erfolgt durch Anhebung der monatlichen Rente in den dafür gemäß § 10 vorgesehenen Fällen. Eine Erhöhung des Versicherungsschutzes ist zum Beispiel möglich bei Heirat der versicherten Person oder Geburt eines Kindes der versicherten Person, bei überdurchschnittlicher nachhaltiger Einkommenssteigerung der versicherten Person oder bei Erwerb von Eigentum an einer Immobilie durch die versicherte Person oder zum 5. und 10. Jahrestag des Versicherungsbeginns. Voraussetzung dafür ist u.a., dass die versicherte Person nicht älter als 45 Jahre ist, dass die zusätzliche monatliche Rente max. € 500, jedoch nicht mehr als 25 % der bislang versicherten monatlichen Rente beträgt und dass keine Beeinträchtigung im Sinne von § 2 vorliegt, bzw. der Eintritt einer solchen Beeinträchtigung auch nicht absehbar ist. Weitere Einzelheiten hierzu finden Sie in § 10.

Wenn eine Karenzzeit vereinbart ist, zahlen wir gemäß § 1 die vereinbarte monatliche Rente erst nach Ablauf der Karenzzeit von 6 bzw. 12 Monaten. Die Zahlung beginnt mit dem nach Ablauf der Karenzzeit folgenden Monat. Die Karenzzeit beginnt mit Eintritt der Beeinträchtigung.

5 Wie hoch ist Ihr Beitrag und wie setzt sich dieser zusammen?

Sie haben je nach Vereinbarung monatlich/vierteljährlich/halbjährlich/jährlich den vereinbarten Beitrag während der Vertragsdauer zu zahlen. Angaben zur Höhe Ihres Beitrages, zur Zahlungsweise sowie zur Vertragsdauer finden Sie unter Ziffer 3 des Abschnitts I. „Produktinformationsblatt für Ihre Grundfähigkeitsversicherung“. Ferner finden Sie die Angaben im Versicherungsschein.

Falls Sie die planmäßige Erhöhung der versicherten monatlichen Rente vor Eintritt des Versicherungsfalls gewählt haben, steigt diese um jeweils 3 % zum Jahrestag des im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns. Gleichzeitig erhöhen sich die Beiträge in Abhängigkeit vom Alter der versicherten Person. Angaben zur Vereinbarung der planmäßigen Erhöhung finden Sie unter Ziffer 3 des Abschnitts I. „Produktinformationsblatt für Ihre Grundfähigkeitsversicherung“. Ferner finden Sie die Angaben im Versicherungsschein. Einzelheiten zu dieser Erhöhung sowie Ihrem Recht, weiteren Erhöhungen zu widersprechen, ergeben sich aus § 12.

6 Welche zusätzlichen Kosten können anfallen?

Wir sind gemäß § 5 Absatz 5 berechtigt, Ihnen die Kosten der gescheiterten Einlösung einer Lastschrift mit mindestens € 15 in Rechnung zu stellen. Die Kosten werden bei laufender Beitragszahlung regelmäßig gemeinsam mit der nächsten Beitragszahlung erhoben.

Sofern im Rahmen der Bearbeitung Ihres Antrages oder im Leistungsfall weitere Kosten aufgrund der von Ihnen im Einzelfall zu erteilenden Schweigepflichtentbindungen entstehen, können wir Ihnen für jede Schweigepflichtentbindung im Einzellfall € 15 in Rechnung stellen.

Im Falle eines Rücktritts vor Zahlung des Einlösungsbeitrages können wir von Ihnen die Kosten der zum Zwecke der Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.

7 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist zur Zahlung fällig, wenn wir die Annahme Ihres Antrags erklärt haben, nicht jedoch vor dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren laufenden Beiträge (Folgebeiträge) sind entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise entweder monatlich, viertel-, halb- oder jährlich zum jeweiligen Fälligkeitstermin während der vereinbarten Beitragszahlungsdauer zu zahlen. Von der Lastschrifteinzugsermächtigung werden wir frühestens zum Fälligkeitstermin Gebrauch machen.

8 Gültigkeitsdauer dieser Informationen vor Versicherungsbeginn

Falls Sie die Antragstellung nicht demnächst, sondern erst in einigen Wochen oder Monaten beabsichtigen, weisen wir darauf hin, dass die Ihnen hiermit vor Antragstellung zur Verfügung gestellten Informationen in den Abschnitten I. „Produktinformationsblatt für Ihre Grundfähigkeitsversicherung“, Abschnitt II. „Besondere Informationen zu Ihrer Grundfähigkeitsversicherung“ und Abschnitt III. „Allgemeine Informationen zu Ihrer Grundfähigkeitsversicherung“ bis zum vorgesehenen Versicherungsbeginn gültig sind. Sollten sich aber vor diesem Zeitpunkt die risikorelevanten Eckdaten der versicherten Person ändern, können wir Ihnen ein Änderungsangebot unterbreiten.

Kommt der Vertrag wie vorgesehen zustande, gelten die Informationen während der gesamten Vertragsdauer, solange nicht Vertragsänderungen vorgenommen werden.

9 Wann beginnt die Grundfähigkeitsversicherung?

Der Versicherungsvertrag kommt frühestens zustande, wenn wir die Annahme Ihres Antrages erklärt haben.

Versicherungsbeginn der Grundfähigkeitsversicherung ist das im Versicherungsschein angegebene Beginndatum, aber der Versicherungsschutz Ihrer Grundfähigkeitsversicherung beginnt in jedem Fall erst, wenn Sie den so genannten Einlösungsbeitrag, d.h. den ersten Beitrag, gezahlt haben.

Ihr Antrag ist nicht befristet.

10 Wie und bis wann können Sie Ihre Vertragserklärung widerrufen?

Sie können Ihre Vertragserklärung auf Abschluss der Grundfähigkeitsversicherung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. schriftlich, per E-Mail oder in anderer lesbarer Form) widerrufen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an die folgende Postanschrift:

- Canada Life Assurance Europe Limited,
  Niederlassung für Deutschland,
  Geschäftsstelle Neu-Isenburg
  Siemensstraße 8, 63263 Neu-Isenburg
  E-Mail: kundenservice@canadalife.de

Der Lauf Ihrer Widerrufsfrist beginnt zu dem Zeitpunkt, zu dem Ihnen der Versicherungsschein und die Vertragsbestimmungen einschließlich der Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen zu dem Versicherungsvertrag (bestehend aus Abschnitt I. „Produktinformationsblatt für Ihre Grundfähigkeitsversicherung“, Abschnitt II. „Besondere Informationen für Ihre Grundfähigkeitsversicherung“ sowie diesem Abschnitt III. „Allgemeine Informationen für Ihre Grundfähigkeitsversicherung“) und eine deutlich gestaltete Belehrung über das Widerrufsrecht und die Rechtsfolgen des Widerrufs jeweils in Textform zugegangen sind.

Widerrufen Sie Ihre auf den Abschluss der Grundfähigkeitsversicherung gerichtete Vertragserklärung, endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen für den Fall, dass Sie dem Beginn des Versicherungsschutzes bereits vor dem Ende der Widerrufsfrist zugestimmt haben, den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge. Den Teil der Beiträge, der auf die Zeit bis zum Zugang der Widerrufserklärung entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von null Euro. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind. Falls Ihnen die Belehrung zu Ihrem Widerrufsrecht nicht oder nicht in ordnungsgemäßer Form zugegangen ist, erstatten wir Ihnen zusätzlich die für das erste Vertragsjahr gezahlten Beiträge. Dies gilt nicht, wenn Sie bereits Leistungen aus der Grundfähigkeitsversicherung in Anspruch genommen haben.

Eine Überschussbeteiligung findet nicht statt.

11 Welche Laufzeit hat Ihr Vertrag?

Die Grundfähigkeitsversicherung beginnt, wenn wir die Annahme Ihres Antrags erklärt und Sie den ersten laufenden Beitrag (Einlösungsbeitrag) gezahlt haben. Der Versicherungsvertrag beginnt jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

Die Grundfähigkeitsversicherung besteht grundsätzlich bis zum gewählten Endalter, es sei denn, Sie haben eine lebenslange Leistungsdauer beantragt.

Sie erlischt spätestens mit dem Eintritt des gewählten Endalters bzw. im Falle der Vereinbarung einer lebenslangen Leistungsdauer mit dem Tod der versicherten Person.

12 Welche Möglichkeiten haben Sie, den Vertrag zu beenden?

Sie können Ihre Grundfähigkeitsversicherung zum Monatsende durch schriftliche Erklärung kündigen.

Die Rückzahlung der von Ihnen geleisteten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Ein Rückkaufswert fällt nicht an.

13 Welches Recht ist auf Ihren Versicherungsantrag und Versicherungsvertrag anwendbar?

Auf den Versicherungsvertrag sowie auf Ihre Beziehung zu uns vor Abschluss des Versicherungsvertrages findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

14 Welche Gerichte sind im Falle von Streitigkeiten zuständig?

Ansprüche gegen uns können nur in Deutschland bei dem für unsere deutsche Niederlassung örtlich zuständigen Gericht, bei dem örtlich zuständigen Gericht Ihres Wohnsitzes oder in Ermangelung eines solchen bei dem Gericht Ihres gewöhnlichen Aufenthaltsortes geltend gemacht werden.

Wir können Ansprüche aus der Grundfähigkeitsversicherung an dem für Ihren Wohnsitz, Geschäftssitz oder Niederlassungssitz zuständigen Gericht geltend machen. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

15 Sprache

Die Versicherungsbedingungen und sämtliche Informationen sind in deutscher Sprache verfasst. Auch die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages erfolgt in deutscher Sprache.

16 Schlichtungsstelle

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann. Sie können deshalb innerhalb von acht Wochen nach Erhalt unserer Mitteilung das kostenlose außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen.

- Versicherungsombudsmann e.V.
  Postfach 08 06 32, 10006 Berlin
  Tel.: 0800-3696000, Fax: 0800-3699000
  (Festnetzpreis 20 Cent pro Anruf, höchstens 42 Cent pro Minute aus Mobilfunknetzen)
  E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Ferner können Sie auch Beschwerden an die oben unter Ziffer 2 des Abschnitts III. „Allgemeine Informationen für Ihre Grundfähigkeitsversicherung“ genannten Aufsichtsbehörden richten.

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

02

ANTRAG GRUNDFÄHIGKEITSVERSICHERUNG

Mit diesem Formular können Sie den Abschluss einer Grundfähigkeitsversicherung beantragen.

BITTE BEACHTEN SIE

1 _ Füllen Sie bitte auch das **Formular „Gesundheitsfragen“ aus und reichen Sie dieses zusammen mit** dem Antrag ein.

Das oben erwähnte Formular finden Sie im hinteren Teil dieses Dokuments. Bitte stellen Sie sicher, dass Sie dieses immer zusammen mit dem Antrag einreichen, da es sonst zu einer Verzögerung in der Bearbeitung kommen kann.

ALLGEMEINE AUSFÜLLHINWEISE

1 _ Um eine effiziente Bearbeitung Ihres Antrags sicherzustellen und unnötige Verzögerungen zu vermeiden, **füllen Sie bitte alle Abschnitte des Antrags vollständig aus**.

2 _ **Verwenden Sie möglichst Blockschrift und Großbuchstaben**, um uns die Leserlichkeit Ihrer Angaben zu erleichtern.

3 _ Bitte stellen Sie als Berater sicher, dass die **Angaben aus dem Ausdruck der Canada Life Berechnungssoftware** für Ihren Kunden **denen im Antrag entsprechen**.

BITTE BEACHTEN SIE BEIM AUSFÜLLEN DES ANTRAGS FOLGENDE HINWEISE:

1 _ In Bezug auf das Eintrittsalter der zu versichernden Personen, den Beitrag, die versicherten Leistungen und die Versicherungslaufzeit bestehen folgende **Mindest- und Höchstgrenzen:**

	MINIMUM	MAXIMUM
EINTRITTSALTER	6 Jahre bzw. 5 Jahre, falls bereits eingeschult	49 Jahre für Vertragslaufzeit bis Alter 55 54 Jahre für Vertragslaufzeit bis Alter 60 56 Jahre für Vertragslaufzeit bis Alter 62 59 Jahre für Vertragslaufzeit bis Alter 65 61 Jahre für Vertragslaufzeit bis Alter 67
BEITRAG	Bestimmt sich durch minimale versicherbare Leistung	Bestimmt sich durch maximale versicherbare Leistung
VERSICHERTE LEISTUNG Grundfähigkeitsrente • bis Alter 17 • ab Alter 18	 € 500 p.M. € 500 p.M.	 € 1.000 p.M. € 10.000 p.M. (max. 80 % des Bruttoeinkommens p.a.)
VERSICHERUNGSLAUFZEIT	bis Alter 55, 60, 62, 65 oder 67	bis Alter 55, 60, 62, 65 oder 67

Bitte beachten Sie auch die Hinweise aus der Canada Life Berechnungssoftware.

2 _ Bitte geben Sie als Berater Ihre Geschäftspartnernummer an.

3 _ Der/die Antragsteller/in muss eine deutsche Adresse angeben.

4 _ Bitte geben Sie immer die **derzeitige Tätigkeit** der zu versichernden Person an.

5 _ Bitte beachten Sie, dass neben diesem Antrag in jedem Fall auch **das Formular „Gesundheitsfragen“ ausgefüllt und diesem Antrag beigefügt werden muss**. Sie finden dieses im nachfolgenden Abschnitt **„Gesundheitsfragen“**.

6 _ Sollte der vorgesehene Platz für Ihre genaueren Angaben nicht ausreichen, fügen Sie bitte ein gesondertes, von Ihnen **datiertes** und **unterschriebenes** Blatt bei.

7 _ Im Abschnitt „Erklärung nach dem Geldwäschegesetz“ ist der Teilabschnitt „Wirtschaftliche Berechtigung“ **immer** auszufüllen, wenn Identifizierungspflicht besteht.

8 _ Bitte beachten Sie, dass die Ausweisdaten des Antragstellers immer aufgenommen werden.

9 _ Bitte vergessen Sie am Ende des Antrags nicht die Unterschriften. Wir benötigen neben der **Unterschrift des Vermittlers** auch die **Unterschrift des Antragstellers und der zu versichernden Person**. Außerdem benötigen wir die IHK-Registernummer des Beraters.

ANTRAG FÜR DIE GRUNDFÄHIGKEITSVERSICHERUNG

Canada Life™

Stand Juli 2012

VOM GESCHÄFTSPARTNER AUSZUFÜLLEN

Firmenname/ Geschäftspartner

Geschäfts-partner-Nr.

Buchungs-Nr./ Ref.-Nr.

PERSÖNLICHE DATEN

Füllen Sie den Antrag bitte vollständig und in Druckschrift aus

ANTRAGSTELLER/IN

(Bitte machen Sie vollständige Angaben.)

Anrede ☐ Frau ☐ Herr ☐ Firma

Titel, Nachname

Vorname(n)

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort (Wohnsitz)

Telefon (freiwillige Angabe)

E-Mail (freiwillige Angabe) @

derzeitige Tätigkeit

Geburtsdatum

Nationalität ☐ deutsch ☐ andere*

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

☐ angestellt ☐ selbstständig ☐ Sonstiges

ZU VERSICHERNDE PERSON

Anrede ☐ Frau ☐ Herr

Titel, Nachname

Vorname(n)

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort (Wohnsitz)

Telefon (freiwillige Angabe)

E-Mail (freiwillige Angabe) @

derzeitige Tätigkeit

Geburtsdatum

Nationalität ☐ deutsch ☐ andere*

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

☐ angestellt ☐ selbstständig ☐ Sonstiges

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

DATEN ZUM VERSICHERUNGSVERTRAG

VERSICHERUNGSBEGINN

(Tag/Monat/Jahr)

Versicherungslaufzeit bis Endalter ☐ 55 ☐ 60 ☐ 62 ☐ 65 ☐ 67

LEISTUNG IM VERSICHERUNGSFALL

Monatliche Rente im Versicherungsfall €

Karenzzeit

Falls nichts angegeben wird, gilt eine Karenzzeit von 0 Monaten ☐ 6 Monate ☐ 12 Monate

BEITRÄGE

Zahlungsweise ☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich

Beitrag laut Zahlungsweise €

PLANMÄSSIGE ERHÖHUNG DER VERSICHERTEN MONATLICHEN RENTE

Sie haben die Möglichkeit, Ihre versicherte monatliche Rente vor und/oder nach Eintritt des Versicherungsfalls an jedem Jahrestag des Versicherungs- bzw. Rentenbeginns zu erhöhen:

a) **vor** Eintritt des Versicherungsfalls
Standardmäßig erfolgt eine jährliche Erhöhung um 3 %. ☐ Ich wünsche **keine** Erhöhung.

und/oder

b) **nach** Eintritt des Versicherungsfalls
Standardmäßig erfolgt keine jährliche Erhöhung. ☐ Ja, ich wünsche 3 % Erhöhung.

LEBENSLANGE LEISTUNGSDAUER

Falls nichts angegeben wird, endet die Leistungsdauer mit der gewählten Versicherungslaufzeit. ☐ Ich wünsche eine lebenslange Leistungsdauer.

Wichtiger Hinweis:
Die gleichzeitige Vereinbarung einer lebenslangen Leistungsdauer und der planmäßigen Erhöhung nach Eintritt des Versicherungsfalls in Höhe von 3 % (siehe Frage b oben) ist nicht möglich.

WIDERRUFLICH BEZUGSBERECHTIGTE PERSON

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 angeben.**

☐ Antragsteller/in ☐ versicherte Person ☐ nachfolgend benannte Person:

Geburtsdatum

Name

Vorname(n)

LASTSCHRIFTEINZUGSERMÄCHTIGUNG

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.

Bankleitzahl

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

* Antragsteller/innen irischer Nationalität sowie aus Staaten außerhalb der EU mit Ausnahme der Schweiz und Norwegen bitte auch den Fragebogen „Ausländische Staatsangehörige“ ausfüllen.
** Auch eingetragene Lebenspartnerschaft nach LPartG.

ERKLÄRUNG NACH DEM GELDWÄSCHEGESETZ (BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN)

IDENTIFIZIERUNG

Der/Die Antragsteller/in ist eine ☐ natürliche ☐ juristische Person.

(Das Ausfüllen des nachfolgenden Abschnittes ist nur für natürliche Personen erforderlich. Im Fall einer juristischen Person reichen Sie stattdessen bitte das gesonderte Formular „Erklärung zum Geldwäschegesetz“ mit ein.)

Der/Die Antragsteller/in hat sich ausgewiesen durch:

☐ gültigen Personalausweis ☐ gültigen Reisepass

Ausweis-Nr.	
Ausstellende Behörde	
Ausstellungsdatum	
Geburtsort	

WIRTSCHAFTLICHE BERECHTIGUNG

☐ Der/Die Antragsteller/in handelt auf eigene Veranlassung.

☐ Der/Die Antragsteller/in handelt auf Veranlassung von (anzugeben ist der/die wirtschaftliche Berechtigte):

Nachname	
Vorname(n)	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	

Nur bei abweichendem/r Beitragszahler/in:

Es besteht folgendes Verhältnis zwischen Antragsteller/in und Beitragszahler/in (z.B. Art der Verwandtschafts- oder Geschäftsbeziehung):

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/in nicht berufen.

☐ Nach Tod des/der Versicherungsnehmers/in wird die zu versichernde Person (sofern nicht minderjährig oder nicht in Deutschland ansässig) Versicherungsnehmer/in mit allen Rechten und Pflichten. Die Anzeige und der Nachweis des Todes des/der ursprünglichen Versicherungsnehmers/in obliegt der zu versichernden Person.

BESTÄTIGUNG ÜBER DEN EMPFANG VON INFORMATIONEN

Ich bestätige, folgende Unterlagen vor Antragstellung erhalten zu haben: Ausdruck aus der Berechnungssoftware, bestehend aus dem Produktinformationsblatt, welches die von mir gewünschten Vertragsdaten für die Grundfähigkeitsversicherung berücksichtigt; Besondere und Allgemeine Informationen zur Grundfähigkeitsversicherung; Versicherungsbedingungen zur Grundfähigkeitsversicherung, Stand Juli 2012, mit Merkblatt zum Datenschutz, und die Belehrung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (siehe Rückseite).

Unterschrift des/der Antragstellers/in	

ERKLÄRUNG DES/DER ANTRAGSTELLERS/IN UND DER ZU VERSICHERNDEN PERSON

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

1. 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 Group Services Limited), und an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos übermittelt.

Diese Einwilligung gilt 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 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.

2. Entbindung von der Schweigepflicht

a) Allgemeine Entbindungserklärung

(i) Bei Antragstellung

Ich ermächtige Canada Life – mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufbar – zum Zwecke der Risikobeurteilung 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, gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden und andere Personenversicherer über meine Gesundheitsverhältnisse zu befragen; dies gilt für die letzten 10 Jahre vor und die ersten drei Jahre nach Abschluss des Vertrags. Ergeben sich nach Vertragsschluss für Canada Life konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahre nach Vertragsschluss.

Mir ist bekannt, dass Canada Life mich vor einer Datenerhebung nach dem vorstehenden Absatz unterrichten und mich darauf hinweisen wird, dass ich der Datenerhebung widersprechen kann. Mir ist bekannt, dass Canada Life **die von mir im Antrag benannten Personen**, Einrichtungen und Unternehmen des Satzes 1 zur Ermöglichung einer raschen Antragsbearbeitung über meine Gesundheitsverhältnisse **ohne eine erneute Unterrichtung befragen kann, wenn ich der Datenerhebung nicht innerhalb einer Woche nach Antragstellung widerspreche.**

(ii) Im Todesfall

Im Falle meines Todes nach Vertragsabschluss darf Canada Life die im vorstehenden Absatz erwähnten Personen und Einrichtungen sowie Behörden 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. Stattdessen 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 entsprechende Schweigepflichtentbindung im Einzelfall kann Canada Life eine angemessene Aufwandsentschädigung verlangen.

Falls Sie dieses wünschen, bitte hier ankreuzen. ☐

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

3. Erklärung zur Belehrung über das Widerrufsrecht

Ich wurde über mein Widerrufsrecht sowie die Rechtsfolgen eines möglichen Widerrufs belehrt.

4. 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.

Ort	
Datum	

Unterschrift des/der Antragstellers/in u. ggf. Firmenstempel	
Unterschrift der zu versichernden Person	

(bei Minderjährigen der/die gesetzliche/n Vertreter; ab Alter 14 zusätzlich der/die Minderjährige)

BERATER

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 die oben im Antrag aufgeführten wurden nicht gemacht.

Ort	
Datum	
Telefonnummer für Rückfragen	

IHK-Registernummer	
Unterschrift	
Vermittlername in Druckbuchstaben	

Hinweis zur Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz (GwG)

Nach dem GwG sind Versicherungsunternehmen verpflichtet, den Vertragspartner bei Vertragsabschluss zu identifizieren sowie ggf. einen wirtschaftlich berechtigten Dritten. Bei Erteilung einer Lastschrifteinzugsermächtigung kann durch das Versicherungsunternehmen auf die Identifizierung des Vertragspartners verzichtet werden, muss aber nach dem wirtschaftlich Berechtigten gefragt werden. In allen anderen Fällen sind die erforderlichen Daten 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 entweder eine Kopie des gültigen Personalausweises/Reisepasses oder 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 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 „Erklärung zum Geldwäschegesetz“.

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 über 25 % der Stimmrechte oder Kapitalanteile hält.

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

Falls Ihre zur Identifizierung erforderlichen Angaben umfangreicher sind als auf dem Antrag vorgesehen, füllen Sie bitte zusammen mit Ihrem Vermittler das gesonderte Formular „Erklärung zum Geldwäschegesetz“ aus.

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

Hinweis zur Entgegennahme von Zahlungen

Versicherungsvertreter sind nicht zur Entgegennahme von Beitragszahlungen bevollmächtigt.

Belehrung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz

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 schriftlich 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 von Ihnen für die Zeit vor Wirksamwerden des Rücktritts geleisteten Beiträge können Sie nicht verlangen.

d) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag kündigen. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht, den Vertrag zu kündigen.

e) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der grob fahrlässig nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

f) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. 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 Limited
Niederlassung für Deutschland
Höninger Weg 153a, 50969 Köln, HRB 34058, AG Köln
Postanschrift: Canada Life Assurance Europe Limited
Postfach 1763, 63237 Neu-Isenburg
Telefon: 06102-30618-00, Telefax: 06102-30618-01
kundenservice@canadalife.de
www.canadalife.de

Hauptsitz:
Canada Life Assurance Europe Limited
Canada Life House, Temple Road, Blackrock, Co. Dublin, Ireland
Eingetragener Firmensitz in Irland Nr. 297731

Vorstand:
Günther Soboll (Hauptbevollmächtigter der deutschen Niederlassung, deutsch),
William L. Acton (Vorstandsvorsitzender, kanadisch), Raymond L. McFeetors (kanadisch),
David A. Nield (kanadisch), Mary Finan (irisch), Peter Munro (kanadisch),
Vincent Sheridan (irisch), Declan Bolger (irisch), Dr. Claudia Lang (deutsch),
Hans-Gerd Lindlahr (deutsch), Linda Kerrigan (irisch)

03

FORMULAR „GESUNDHEITSFRAGEN“ ZUR GRUNDFÄHIGKEITSVERSICHERUNG

Dieses Formular „Gesundheitsfragen“ ist immer auszufüllen.

BITTE BEACHTEN SIE

1 _ **Zusätzliche Fragen zum Gesundheitszustand** der zu versichernden Person, die im Zuge der medizinischen Risikoprüfung auftreten, **können im Rahmen eines Telefoninterviews beantwortet werden**. Sollte die zu versichernde Person dies wünschen, sind die Angaben zum Führen eines Telefoninterviews **auszufüllen**.

ALLGEMEINE AUSFÜLLHINWEISE

1 _ Um eine effiziente Bearbeitung Ihres Antrags sicherzustellen und unnötige Verzögerungen zu vermeiden, **füllen Sie bitte alle Gesundheitsfragen vollständig aus**.

2 _ **Verwenden Sie möglichst Blockschrift und Großbuchstaben**, um uns die Leserlichkeit Ihrer Angaben zu erleichtern.

WICHTIGER HINWEIS

Bitte reichen Sie dieses Formular zusammen mit dem Hauptantrag ein.

BITTE BEACHTEN SIE BEIM AUSFÜLLEN DES ANTRAGS FOLGENDE HINWEISE:

1 _ Bitte geben Sie immer die **derzeitige Tätigkeit** der zu versichernden Person an.

ANTRAGSTELLER/IN UND ZU VERSICHERNDE PERSON

Antragsteller/in	Nachname, Vorname		zum Antrag vom		
	derzeitige Tätigkeit		☐ angestellt	☐ selbstständig	☐ Sonstiges
zu versichernde Person	Nachname, Vorname				
	derzeitige Tätigkeit		☐ angestellt	☐ selbstständig	☐ Sonstiges

2 _ Sollten **Gesundheitsfragen mit „ja“ beantwortet sein, machen Sie bitte nähere Angaben und fügen Sie zudem den ggf. erforderlichen ausgefüllten Risiko-Fragebogen bei.**

Welche Fragebögen erforderlich sind, erfahren Sie von Ihrem Berater.

3 _ **Alternativ** zum Ausfüllen der Risikofragebögen **können die erforderlichen Informationen von der zu versichernden Person auch im Rahmen eines Telefoninterviews beantwortet werden.** Sollte dies gewünscht sein, ist der **Abschnitt „Angaben zum Führen eines Telefoninterviews“ auszufüllen.**

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 eingeholt werden. Falls Sie dies wünschen, füllen Sie bitte diesen Abschnitt aus. Bei Bedarf vereinbaren wir mit Ihnen einen Termin für ein Telefoninterview. Anderenfalls holen wir zusätzliche Angaben schriftlich von Ihnen ein.

Ich bin am besten telefonisch erreichbar unter:

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

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

Sie können vor Terminvereinbarung und auch vor und während des Interviews jederzeit Ihr Einverständnis für ein Interview zurückziehen. Ihr Gesprächspartner wird Sie vor und während des Interviews auch darauf hinweisen. Nach dem aufgezeichneten Telefoninterview wird ein Protokoll mit dessen Inhalt erstellt. Wir übersenden Ihnen das Protokoll mit der Bitte, es zu unterzeichnen und zurückzuschicken (Freiumschlag). Es wird nach Unterzeichnung und Rücksendung Vertragsbestandteil.

4 _ Bitte machen **Sie genaue Angaben zu** dem Arzt, der zurzeit am besten über Ihren Gesundheitszustand informiert ist, und den **Ärzten**, bei denen Sie aufgrund bisheriger oder bestehender Beschwerden/Erkrankungen in Behandlung waren.

Falls Sie eine oder mehrere der obigen Fragen 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, 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	Lag Arbeits-unfähigkeit vor?	Name und Anschrift des Arztes/Krankenhauses

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

5 _ Sollte der vorgesehene Platz für Ihre genaueren Angaben nicht ausreichen, fügen Sie bitte ein gesondertes, von Ihnen **datiertes** und **unterschriebenes** Blatt bei.

FORMULAR GESUNDHEITSFRAGEN

DIESES FORMULAR IST BESTANDTEIL DES ANTRAGSFORMULARS

Canada Life™

Stand **Juli 2012**

ANTRAGSTELLER/IN UND ZU VERSICHERNDE PERSON

Antragsteller/in	Nachname, Vorname		zum Antrag vom	
	derzeitige Tätigkeit		☐ angestellt ☐ selbstständig ☐ Sonstiges	
zu versichernde Person	Nachname, Vorname			
	derzeitige Tätigkeit		☐ angestellt ☐ selbstständig ☐ Sonstiges	

ALLGEMEINE FRAGEN AN DIE ZU VERSICHERNDE PERSON

HINWEIS: Bitte beantworten Sie alle Fragen in den folgenden Abschnitten vollständig und wahrheitsgemäß. **Unrichtige Angaben können Ihren Versicherungsschutz beeinflussen.**

Wenn Sie bestimmte Angaben hier nicht machen möchten, so senden Sie diese Informationen bitte umgehend direkt an Canada Life, Abteilung Neugeschäft, Postfach 1763, 63237 Neu-Isenburg.

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

Titel, Nachname		Straße, Haus-Nr.	
Vorname(n)		PLZ, Ort (Wohnsitz)	
		Telefon (freiwillige Angabe)	

KINDER-GESUNDHEITSFRAGEN – nur auszufüllen, wenn die zu versichernde Person unter 18 Jahren ist.

Ist die zu versichernde Person jünger als 18 Jahre, brauchen die Teile A, B und C dieses Formulars im Folgenden nicht ausgefüllt werden. Ist die zu versichernde Person unter 18 Jahren, fügen Sie diesem Antrag bitte auf alle Fälle die Kopien der letzten 5 Untersuchungen des Kinderuntersuchungsheftes bei.

1] Bitte geben Sie Ihre Größe und Ihr Gewicht an. Körpergröße ____ cm Körpergewicht ____ kg

2] Haben Sie sich in den letzten zehn Jahren Operationen (auch ambulant), Krankenhaus- oder Kuraufenthalten, Rehabilitationen oder Kontroll-/Nachsorgeuntersuchungen unterzogen bzw. sind diese vorgesehen? ☐ ja ☐ nein

3] Bestehen oder bestanden angeborene Missbildungen, Körperfehler, Gesprächstherapien oder folgende Erkrankungen: Diabetes, Anfallsleiden oder Fehlsichtigkeit (über 8 Dioptrien)? ☐ ja ☐ nein

GESUNDHEITSFRAGEN FÜR ERWACHSENE – auszufüllen, wenn die zu versichernde Person 18 Jahre oder älter ist.

TEIL A – Allgemeine Fragen an die versicherte Person (bitte in jedem Fall ausfüllen)

1] Bitte geben Sie Ihre Größe und Ihr Gewicht an. Körpergröße ____ cm Körpergewicht ____ kg

2] Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht? ☐ ja ☐ nein
(Sie werden als Nichtraucher eingestuft, wenn Sie in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung keinerlei Tabakprodukte konsumiert haben.)
Wenn ja, geben Sie bitte an, was und wie viel Sie täglich geraucht haben. ____

3] Waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre jemals länger als 2 aufeinanderfolgende Wochen aus gesundheitlichen Gründen arbeitsunfähig krank? ☐ ja ☐ nein

4] Nehmen Sie aktuell oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren häufig oder regelmäßig, d.h. z.B. mindestens einmal am Tag oder über mindestens 2 aufeinanderfolgende Wochen hinweg, Medikamente oder wurden Ihnen solche Medikamente verordnet? ☐ ja ☐ nein
Falls ja, welche Medikamente und wie häufig? ____

5] Haben Sie sich in den letzten 5 Jahren stationären oder ambulanten Operationen, Krankenhaus- oder Kuraufenthalten, Entzugsbehandlungen, Rehabilitationen, Psychotherapien oder Kontroll-/Nachsorgeuntersuchungen unterzogen bzw. sind solche vorgesehen? ☐ ja ☐ nein

6] Wurde ein Antrag von Ihnen bei einer anderen Versicherungsgesellschaft im Bereich Leben, Dread Disease (Schwere Krankheiten Absicherung), Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung innerhalb der letzten 5 Jahre abgelehnt, zurückgestellt oder zu erschwerten Bedingungen (z.B. mit Risikozuschlag, Ausschlussklausel oder Endalterbegrenzung) angenommen? ☐ ja ☐ nein

7] Bestehen derzeit oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Beschwerden oder Gesundheitsstörungen der Nerven oder des Gehirns (z.B. Anfälle, Bewusstseinsverlust, Multiple Sklerose, Parkinson-Krankheit, Alzheimer-Krankheit, Hirntumore, Sensibilitätsstörung)? ☐ ja ☐ nein

TEIL B (zusätzlich auszufüllen, falls eine Rente von mehr als € 1.000 monatlich beantragt wird)

8] Bestehen derzeit oder bestanden in den letzten 5 Jahren folgende Krankheiten, Beschwerden oder Gesundheitsstörungen?

8.1] Krebs, Tumore, Knoten, Zysten oder andere bösartige Neubildungen ☐ ja ☐ nein

8.2] des Herz- oder Kreislaufsystems (z.B. Bluthochdruck, Herzrasen, Brustschmerzen, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Erkrankungen der Herzkranzgefäße, Schlaganfall, Gefäßerkrankungen) ☐ ja ☐ nein

8.3] der Leber, der Drüsen des Stoffwechsels (z.B. Diabetes, Cholesterin, Gicht, Fettleber) oder chronische Infektionen (z.B. Hepatitis, HIV) ☐ ja ☐ nein

8.4] der Sinnesorgane (z.B. Fehlsichtigkeit, grauer oder grüner Star, Netzhautablösung, Sehstörungen (nicht Kurz- oder Weitsichtigkeit), Hörstörungen, Hörsturz, Tinnitus) Dioptrien links ____ rechts ____ ☐ ja ☐ nein

8.5] des Bewegungsapparates, der Gelenke oder Muskeln (z.B. Arthrose, Folgen früherer Verletzungen, Bewegungseinschränkungen, Bandscheibenschaden, Schmerzen über mehr als 4 Wochen Dauer, chronische Entzündungen wie Rheuma) ☐ ja ☐ nein

9] Sind Sie privat besonderen Gefahren ausgesetzt, z.B. Teilnahme an Wettkämpfen, Motorsport, Tauchen, Boxen, Bergsteigen, Flugsport oder sonstige gefährliche Sportarten? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welchen? ____

ALLGEMEINE FRAGEN AN DIE ZU VERSICHERNDE PERSON – FORTSETZUNG

TEIL C (zusätzlich auszufüllen, falls eine Rente von mehr als € 2.500 monatlich beantragt wird)

10] Wie hoch war Ihr Bruttoeinkommen im letzten Jahr? €

11] Bestehen weitere Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsabsicherungen? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, in welcher Höhe? €

ERGÄNZUNG ZU ALLEN GESUNDHEITSFRAGEN – SOWOHL BEI KINDERN ALS AUCH BEI ERWACHSENEN AUSZUFÜLLEN

Falls Sie eine oder mehrere der obigen Fragen 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, 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	Lag Arbeitsunfähigkeit vor?	Name und Anschrift des Arztes/Krankenhauses

Falls weitere Unterlagen folgen bzw. beigefügt 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 eingeholt werden. Falls Sie dies wünschen, füllen Sie bitte diesen Abschnitt aus. Bei Bedarf vereinbaren wir mit Ihnen einen Termin für ein Telefoninterview. Anderenfalls holen wir zusätzliche Angaben schriftlich von Ihnen ein.

Ich bin am besten telefonisch erreichbar unter:

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

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

Sie können vor Terminvereinbarung und auch vor und während des Interviews jederzeit Ihr Einverständnis für ein Interview zurückziehen. Ihr Gesprächspartner wird Sie vor und während des Interviews auch darauf hinweisen. Nach dem aufgezeichneten Telefoninterview wird ein Protokoll mit dessen Inhalt erstellt. Wir übersenden Ihnen das Protokoll mit der Bitte, es zu unterzeichnen und zurückzuschicken (Freiumschlag). Es wird nach Unterzeichnung und Rücksendung Vertragsbestandteil.

ERKLÄRUNG DES/DER ANTRAGSTELLERS/IN UND DER ZU VERSICHERNDEN PERSON

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

a) Allgemeine Entbindungserklärung

(i) Bei Antragstellung

Ich ermächtige Canada Life – mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufbar – zum Zwecke der Risikobeurteilung 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, gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden und andere Personenversicherer über meine Gesundheitsverhältnisse zu befragen; dies gilt für die letzten 10 Jahre vor und die ersten drei Jahre nach Abschluss des Vertrags. Ergeben sich nach Vertragsschluss für Canada Life konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahre nach Vertragsschluss. Mir ist bekannt, dass Canada Life mich vor einer Datenerhebung nach dem vorstehenden Absatz unterrichten und mich darauf hinweisen wird, dass ich der Datenerhebung widersprechen kann. Mir ist bekannt, dass Canada Life **die von mir bereits im Antrag benannten Personen**, Einrichtungen und Unternehmen des Satzes 1 zur Ermöglichung einer raschen Antragsbearbeitung über meine Gesundheitsverhältnisse **ohne eine erneute Unterrichtung befragen kann, wenn ich der Datenerhebung nicht innerhalb einer Woche nach Antragstellung widerspreche.**

(ii) Im Todesfall

Im Falle meines Todes nach Vertragsabschluss darf Canada Life die im vorstehenden Absatz erwähnten Personen und Einrichtungen sowie Behörden 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. Stattdessen 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 entsprechende Schweigepflichtentbindung im Einzelfall kann Canada Life eine angemessene Aufwandsentschädigung verlangen.

Falls Sie dieses wünschen, bitte hier ankreuzen. ☐

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

Ort	
Datum	

Unterschrift des/der Antragstellers/in u. ggf. Firmenstempel	
Unterschrift der zu versichernden Person	

(bei Minderjährigen der/die gesetzlichen Vertreter; ab Alter 14 zusätzlich der/die Minderjährige)

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

Hauptsitz:
Canada Life Assurance Europe Limited
Canada Life House, Temple Road, Blackrock, Co. Dublin, Ireland
Eingetragener Firmensitz in Irland Nr. 297731

Vorstand:
Günther Soboll (Hauptbevollmächtigter der deutschen Niederlassung, deutsch),
William L. Acton (Vorstandsvorsitzender, kanadisch), Raymond L. McFeetors (kanadisch),
David A. Nield (kanadisch), Mary Finan (irisch), Peter Munro (kanadisch),
Vincent Sheridan (irisch), Declan Bolger (irisch), Dr. Claudia Lang (deutsch),
Hans-Gerd Lindlahr (deutsch), Linda Kerrigan (irisch)

04

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN GRUNDFÄHIGKEITSVERSICHERUNG

INHALT

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir? ... 4

§ 2 Was ist Beeinträchtigung im Sinne dieser Bedingungen? ... 4

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? ... 5

§ 4 Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz? ... 5

§ 5 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? ... 5

§ 6 Können wir die Gebühren für den Risikoschutz ändern? ... 6

§ 7 Können Sie den Versicherungsvertrag kündigen oder beitragsfrei stellen? ... 6

§ 8 Welche Bedeutung haben die von uns bei Vertragsschluss,
insbesondere im Versicherungsantrag, gestellten Fragen?
Was haben Sie bezüglich der vorvertraglichen Anzeigepflicht zu beachten? ... 6

§ 9 Müssen Sie uns eine nachträgliche Erhöhung des Risikos mitteilen? ... 7

§ 10 Wann können Sie Ihren Versicherungsschutz erhöhen? ... 7

§ 11 Welche Regelungen gelten bei Vereinbarung von
planmäßigen Erhöhungen der Versicherungsleistungen? ... 8

§ 12 Was gilt für die planmäßige Erhöhung der versicherten monatlichen Rente
vor Eintritt des Versicherungsfalls? ... 8

§ 13 Was gilt für die planmäßige Erhöhung der monatlichen Rente
nach Eintritt des Versicherungsfalls? ... 8

§ 14 Was ist zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden? ... 8

§ 15 Verjährung ... 8

§ 16 Was ist zu beachten, wenn Leistungen erbracht werden? ... 9

§ 17 Wann werden Ihre Erklärungen und Mitteilungen,
die die Grundfähigkeitsversicherung betreffen, wirksam?
Welche Formvorschriften gelten? Wem gegenüber können sie abgegeben werden? ... 9

§ 18 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten erhoben? ... 9

§ 19 Sind Sie an Überschüssen beteiligt? ... 9

§ 20 Können die Versicherungsbedingungen von uns angepasst werden? ... 9

§ 21 Welches Recht findet auf Ihren Versicherungsvertrag Anwendung? ... 9

§ 22 Wo ist der Gerichtsstand? ... 9

MERKBLATT ZUM DATENSCHUTZ ... 10

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

FÜR DIE GRUNDFÄHIGKEITSVERSICHERUNG VON CANADA LIFE

Zur besseren Übersichtlichkeit des Bedingungswerks haben wir weitgehend darauf verzichtet, Querverweise aufzunehmen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen innerhalb dieser Versicherungsbedingungen (sowie in unseren vorvertraglichen Informations- und Vertragsunterlagen) gelten für Personen beiderlei Geschlechts.

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

1 Wir erbringen folgende Leistungen, wenn die versicherte Person (Sie oder die von Ihnen bestimmte Person, deren Grundfähigkeiten wir versichern) während der Versicherungsdauer beeinträchtigt im Sinne von § 2 ist:
- Befreiung von der Beitragszahlungspflicht
- Zahlung der versicherten monatlichen Rente während der vereinbarten Versicherungsdauer im Voraus
- Weiterzahlung von 50 % der versicherten monatlichen Rente im Voraus nach Ablauf der Versicherungsdauer, wenn Sie zusätzlich eine lebenslange Leistungsdauer mit uns vereinbart haben.

2 Haben wir mit Ihnen keine Karenzzeit vereinbart, leisten wir ab Beginn des auf den Eintritt der Beeinträchtigung folgenden Monats.

3 Haben wir mit Ihnen eine Karenzzeit vereinbart, leisten wir jedoch erst ab Beginn des auf den Ablauf der Karenzzeit folgenden Monats. Die Karenzzeit beginnt mit Eintritt der Beeinträchtigung. Während der Karenzzeit bis zu Beginn unserer Leistungspflicht muss die Beeinträchtigung ununterbrochen bestanden haben. Endet die Beeinträchtigung vor Ablauf der Karenzzeit und wird die versicherte Person innerhalb von zwei Jahren erneut beeinträchtigt (siehe § 2), so wird die Dauer der früheren Beeinträchtigung auf die Karenzzeit angerechnet.

4 Der Anspruch erlischt, wenn die Beeinträchtigung nicht mehr gegeben ist oder die versicherte Person stirbt, sowie bei Ablauf der Versicherungsdauer. Wenn Sie aber zusätzlich eine lebenslange Leistungsdauer mit uns vereinbart haben und der Versicherungsfall bei Ablauf der Versicherungsdauer besteht, leisten wir in Höhe von 50 % der versicherten monatlichen Rente auch nach Ablauf der Versicherungsdauer, bis die Beeinträchtigung nicht mehr gegeben ist oder die versicherte Person stirbt.

§ 2 Was ist Beeinträchtigung im Sinne dieser Bedingungen?

1 Eine Beeinträchtigung im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person infolge von während der Versicherungsdauer aufgetretener Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall nach ärztlicher Beurteilung insgesamt mindestens zwölf Monate lang ununterbrochen wenigstens
- eine der in A) oder C) oder
- drei der in B)

beschriebenen Fähigkeiten verliert oder verlieren wird.

Der Verlust einer Fähigkeit im Sinne von A), B) und C) darf nicht durch zumutbare Heilbehandlung oder ein Hilfsmittel, ausgenommen vorhandene künstliche Gliedmaßen A) und B), behebbar sein.

A) Fähigkeitenkatalog 1
Beschreibung, wie die versicherte Person bei Ausführung der Aktivitäten beeinträchtigt sein muss:

- **Sehen**
  Die versicherte Person kann auf beiden Augen nicht sehen. Das heißt, die Restsehfähigkeit je Auge darf nicht mehr als 2/50 der normalen Sehfähigkeit betragen.

- **Sprechen**
  Die versicherte Person kann nicht sprechen. Das heißt, sie ist nicht fähig, irgendein verständliches Wort auszusprechen.

- **Hände gebrauchen**
  Die versicherte Person ist weder mit der linken noch mit der rechten Hand fähig, einen Schreibstift zu benutzen und eine Tastatur zu bedienen.

B) Fähigkeitenkatalog 2
Beschreibung, wie die versicherte Person bei Ausführung der Aktivitäten beeinträchtigt sein muss:

- **Hören**
  Die versicherte Person kann nicht hören. Das heißt, sie ist nicht fähig, irgendein Geräusch wahrzunehmen.

- **Gehen**
  Die versicherte Person kann keine Entfernung von 200 m über einen ebenen Boden gehend zurücklegen, ohne anzuhalten, um sich abstützen oder setzen zu müssen.

- **Treppen steigen**
  Die versicherte Person kann nicht eine Treppe mit zwölf Stufen hinauf- oder hinabgehen, ohne eine Pause von mindestens einer Minute zu machen oder sich an dem Treppengeländer festzuhalten.

- **Knien oder Bücken**
  Die versicherte Person ist nicht fähig, sich auf den Boden niederzuknien oder sich so weit zu bücken, dass sie den Boden mit den Fingerspitzen berührt und sich dann wieder aufrichtet.

- **Sitzen**
  Die versicherte Person ist nicht fähig, 20 Minuten lang auf einem Stuhl ohne Armlehnen und ohne Rückenlehne zu sitzen.

- **Stehen**
  Die versicherte Person ist nicht fähig, zehn Minuten lang zu stehen, ohne sich abzustützen.

- **Greifen**
  Die versicherte Person ist weder mit der rechten noch mit der linken Hand fähig, eine Flasche mit Schraubverschluss zu öffnen.

- **Arme bewegen**
  Die versicherte Person kann nicht ohne Hilfestellung eine Jacke anziehen. Auf die Fähigkeit, eine Jacke öffnen oder schließen zu können, kommt es nicht an.

- **Heben und Tragen**
  Die versicherte Person ist weder mit dem rechten noch mit dem linken Arm fähig, einen Gegenstand von zwei Kilogramm von einem Tisch zu heben und fünf Meter weit zu tragen.

- **Auto fahren**
  Der versicherten Person kann aus medizinischen Gründen ab Alter 17 die Fahrerlaubnis für PKW oder ab Alter 16 die Fahrerlaubnis für ein Kraftrad nicht erteilt werden; sofern ein Führerschein auf sie ausgestellt war, muss dieser nachweislich aus medizinischen Gründen von der versicherten Person zurückgegeben oder ihr entzogen worden sein.

C) Fähigkeitenkatalog 3

Beschreibung, wie die versicherte Person bei Ausführung der Aktivitäten beeinträchtigt sein muss:

- **Auffassung**
  Die geistige Leistungsfähigkeit in Bezug auf die Auffassungsgabe ist so schwer gestört (z. B. durch eine Demenz, Schizophrenie, Psychose), dass die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, alltagsrelevante Tätigkeiten auszuführen.

  Die Erkrankung/Verletzung des zentralen Nervensystems ist durch einen Neurologen, Psychiater oder Nervenarzt festzustellen. Zudem müssen die Ergebnisse eines Tests, der die Auffassungsgabe prüft (z. B. HAWIE, WST o. Ä.), zu den schlechtesten 10 % der Durchschnittsbevölkerung gehören.

- **Konzentration/Aufmerksamkeit**
  Die geistige Leistungsfähigkeit in Bezug auf Konzentration bzw. Aufmerksamkeit ist so schwer gestört (z. B. durch eine Demenz, Schizophrenie, Psychose), dass die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, alltagsrelevante Tätigkeiten auszuführen.

  Die Erkrankung/Verletzung des zentralen Nervensystems ist durch einen Neurologen, Psychiater oder Nervenarzt festzustellen. Zudem müssen die Ergebnisse eines Tests, der die Konzentration prüft (z. B. D2, TAP), zu den schlechtesten 10 % der Durchschnittsbevölkerung gehören.

- **Gedächtnis**
  Die geistige Leistungsfähigkeit in Bezug auf das Gedächtnis ist so schwer gestört (z. B. durch eine Demenz, Schizophrenie, Psychose), dass die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, alltagsrelevante Tätigkeiten auszuführen.

  Die Erkrankung/Verletzung des zentralen Nervensystems ist durch einen Neurologen, Psychiater oder Nervenarzt festzustellen. Zudem müssen die Ergebnisse eines Tests, der das Gedächtnis prüft (z. B. VLMT, AVLT o. Ä.), zu den schlechtesten 10 % der Durchschnittsbevölkerung gehören.

- **Exekutiv-Funktion (Handlungsplanung)**
  Die geistige Leistungsfähigkeit in Bezug auf die Handlungsplanung ist so schwer gestört (z. B. durch eine Demenz, Schizophrenie, Psychose), dass die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, alltagsrelevante Tätigkeiten auszuführen.

  Die Erkrankung/Verletzung des zentralen Nervensystems ist durch einen Neurologen, Psychiater oder Nervenarzt festzustellen. Zudem müssen die Ergebnisse eines Tests, der die Handlungsplanung prüft (z. B. Turm von Hanoi, ZVT, o. Ä.), zu den schlechtesten 10 % der Durchschnittsbevölkerung gehören.

- **Orientierung**
  Die geistige Leistungsfähigkeit in Bezug auf die Orientierungsfähigkeit (zeitliche und räumliche Orientierung, Orientierung zur eigenen Person) ist so schwer gestört (z. B. durch eine Demenz, Schizophrenie, Psychose), dass die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, alltagsrelevante Tätigkeiten auszuführen.

  Die Erkrankung/Verletzung des zentralen Nervensystems ist durch einen Neurologen, Psychiater oder Nervenarzt festzustellen. Zudem müssen die Ergebnisse eines Tests, der die Orientierungsfähigkeit prüft (z. B. DemTect, MMSE, MMST o. Ä.) zu den schlechtesten 10 % der Durchschnittsbevölkerung gehören.

- **Anordnung gesetzlicher Betreuung**
  Wenn ein deutsches Gericht anhand eines psychiatrischen Gutachtens entschieden hat, dass die versicherte Person aufgrund einer Einschränkung ihrer psycho-intellektuellen Leistungsfähigkeit mindestens zwölf Monate lang ununterbrochen gesetzlich betreut werden muss, liegt ebenfalls eine Beeinträchtigung im Sinne dieser Bedingungen vor.

2 Die Beeinträchtigung liegt ebenso vor, wenn der versicherten Person in der gesetzlichen Pflegeversicherung oder in einer diese ersetzenden privaten Pflegeversicherung eine der Pflegestufen im sozialrechtlichen Sinne zuerkannt wurde und ihr deshalb Ansprüche auf häusliche Pflegehilfe und/oder Pflegegeld zustehen.

3 Der verwendete Begriff der Grundfähigkeit bzw. Beeinträchtigung stimmt nicht mit den Begriffen der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung überein.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

1 Grundsätzlich besteht Versicherungsschutz weltweit und unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zur Beeinträchtigung gekommen ist.

2 Wir leisten jedoch nicht, wenn die Beeinträchtigung verursacht worden ist

a) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens von Ihnen oder der versicherten Person;

b) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung der versicherten Person; wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;

c) unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter aktiv teilgenommen hat;

d) durch Kriegsereignisse; bei Kriegsereignissen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland werden wir jedoch leisten, wenn die Beeinträchtigung unmittelbar oder mittelbar durch Geschehnisse verursacht wird, die sich innerhalb der ersten zehn Tage nach Ausbruch des Krieges ereignen;

e) durch Strahlen aufgrund von Kernenergie; wenn die versicherte Person berufsmäßig diesem Risiko ausgesetzt ist oder eine Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt erfolgt, werden wir jedoch leisten.

§ 4 Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

1 Der Versicherungsschutz Ihrer Grundfähigkeitsversicherung beginnt, wenn wir die Annahme Ihres Antrags erklärt und Sie den so genannten Einlösungsbeitrag, d. h. den ersten Beitrag, gezahlt haben. Die Grundfähigkeitsversicherung beginnt jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

2 Der Versicherungsschutz Ihrer Grundfähigkeitsversicherung endet bei Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer, bei Kündigung des Vertrags sowie mit dem Tod der versicherten Person.

§ 5 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

1 Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist zur Zahlung fällig, wenn wir die Annahme Ihres Antrags erklärt haben, nicht jedoch vor dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise zum jeweiligen Fälligkeitstermin während der vereinbarten Beitragszahlungsdauer zu zahlen.

2 Beitragszahlungen können nur im Wege des Lastschrifteinzugsverfahrens erfolgen.

3 Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.

4 Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, so entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

5 Wenn uns eine Einzugsermächtigung für das Lastschrifteinzugsverfahren vorliegt, werden Ihre Zahlungen so behandelt, als seien sie zum jeweiligen Fälligkeitstag erfolgt, es sei denn, die Lastschrift wird nicht eingelöst. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Wird eine Lastschrift nicht eingelöst, sind wir zu weiteren Einziehungen berechtigt, nicht aber verpflichtet. Wenn Ihr Kreditinstitut die Einlösung einer Lastschrift verweigert, können wir Ihnen die damit verbundenen Kosten in Rechnung stellen. Dies wird in der Regel gemeinsam mit Ihrer nächsten Beitragszahlung erfolgen.

6 Haben Sie Leistungen beantragt, müssen Sie die Beiträge in voller Höhe bis zu unserer Leistungsentscheidung weiter entrichten. Auf Antrag werden wir diese Beiträge stunden und hierfür keine Zinsen erheben. Wird ein Versicherungsfall durch uns anerkannt und ist keine Stundung vereinbart worden, zahlen wir die ab Beginn unserer Leistungspflicht von Ihnen entrichteten Beiträge an Sie zurück.

§ 6 Können wir die Gebühren für den Risikoschutz ändern?

1 Wir sind zu einer Erhöhung der Gebühren für den Risikoschutz berechtigt, wenn
- sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen der vereinbarten Gebühren geändert hat,
- die nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Gebühr angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten, und
- ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die Voraussetzungen der beiden vorstehenden Anforderungen überprüft und bestätigt hat.

Eine Neufestsetzung der Gebühr ist insoweit ausgeschlossen, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

2 Sie können verlangen, dass anstelle einer Erhöhung der Gebühr nach Absatz 1 die Versicherungsleistung entsprechend herabgesetzt wird.

3 Die Neufestsetzung der Gebühren und die Herabsetzung der Versicherungsleistung werden zu Beginn des Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Herabsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie folgt.

§ 7 Können Sie den Versicherungsvertrag kündigen oder beitragsfrei stellen?

1 Sie können den Versicherungsvertrag jederzeit zum Monatsende durch schriftliche Erklärung kündigen. Mit der Kündigung erlischt der Versicherungsvertrag. Die Rückzahlung der von Ihnen für die Zeit vor Wirksamwerden der Kündigung geleisteten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Ein Rückkaufswert fällt nicht an.

2 Wenn Sie den Versicherungsvertrag kündigen und nicht Sie, sondern eine von Ihnen bestimmte Person die versicherte Person ist, so hat diese versicherte Person binnen drei Monaten nach Beendigung des Versicherungsvertrags das Recht, schriftlich die Fortsetzung des Vertrags zu den bisherigen Bedingungen zu erklären. Für weitere drei Monate nach Ablauf dieser Frist kann die versicherte Person die Fortsetzung des Vertrags zu den bisherigen Bedingungen, aber mit erneuter Risikoprüfung, beantragen. In diesem Fall hängt unsere Zustimmung zur Fortsetzung des Versicherungsvertrags von unserer Einschätzung der erneuten Risikoprüfung ab.

3 Eine Beitragsreduzierung auf Antrag ist nicht möglich. Jedoch führt eine Kündigung, die nur einen Teil der Versicherungsleistungen betrifft, zu einer Beitragsreduzierung. Voraussetzung ist, dass die verbleibende versicherte monatliche Rente mindestens € 500 beträgt.

4 Eine Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung ist nicht möglich.

§ 8 Welche Bedeutung haben die von uns bei Vertragsschluss, insbesondere im Versicherungsantrag, gestellten Fragen? Was haben Sie bezüglich der vorvertraglichen Anzeigepflicht zu beachten?

1 Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden.

Sollen die Grundfähigkeiten einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

2

a) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Absatz 1) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

b) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

c) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, erlischt der Versicherungsschutz. Die Rückzahlung der von Ihnen für die Zeit vor Wirksamwerden des Rücktritts geleisteten Beiträge können Sie nicht verlangen.

3

a) 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.

b) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

4

a) 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. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht, dass die anderen Bedingungen Vertragsbestandteil werden.

b) 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.

5

a) Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte 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 Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.

b) Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

c) Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsschluss ausüben; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Haben Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

6 Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmeentscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 2 c) gilt entsprechend.

7 Die Absätze 1 bis 6 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Absatz 5 c) beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

8 Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

§ 9 Müssen Sie uns eine nachträgliche Erhöhung des Risikos mitteilen?

Sie sind nicht dazu verpflichtet, uns eine Erhöhung des Risikos (z. B. durch die Ausübung eines neuen Berufs oder einer neuen Freizeitaktivität) nach Versicherungsbeginn gemäß §§ 23 bis 27 VVG mitzuteilen.

§ 10 Wann können Sie Ihren Versicherungsschutz erhöhen?

A) Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Risikoprüfung

1 Sie können Ihren Versicherungsschutz während der Versicherungsdauer ohne erneute Risikoprüfung einmalig pro Ereignis durch Anheben der versicherten monatlichen Rente erhöhen (Erhöhungsgarantie)

a) bei Heirat bzw. Registrierung nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) der versicherten Person,

b) bei Geburt eines Kindes der versicherten Person,

c) bei Adoption eines Kindes durch die versicherte Person,

d) bei rechtskräftiger Scheidung oder Aufhebung der Lebenspartnerschaft nach dem LPartG der versicherten Person,

e) bei Aufnahme einer Finanzierung durch die versicherte Person für ihre freiberufliche oder selbstständige Tätigkeit in Höhe von mindestens € 50.000,

f) bei Erwerb von Eigentum an einer Immobilie zu Wohnzwecken durch die versicherte Person,

g) bei Abschluss einer Berufsausbildung durch die versicherte Person,

h) bei erstmaligem Wechsel der versicherten Person von einer nichtselbstständigen Tätigkeit in eine selbstständige oder freiberufliche Tätigkeit, die nicht nur nebenberuflich ausgeübt wird,

i) bei Wegfall der Versicherungspflicht für die versicherte Person in der gesetzlichen Rentenversicherung,

j) bei Wegfall oder Kürzung einer berufsständischen oder betrieblichen Altersversorgung für die versicherte Person oder

k) bei überdurchschnittlicher nachhaltiger Einkommenssteigerung der versicherten Person; bei Nichtselbstständigen müssen sich die Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit im letzten, der Anpassung vorangegangenen Kalenderjahr um mehr als 10 % (im Vergleich zum davor liegenden Kalenderjahr) erhöht haben; bei freiberuflicher oder selbstständiger Tätigkeit muss sich die Summe der Einkünfte aus Gewerbebetrieb oder aus selbstständiger Arbeit der beiden letzten Kalenderjahre vor der Anpassung um mindestens 20 % gegenüber der Summe der Einkünfte aus Gewerbebetrieb oder aus selbstständiger Arbeit der beiden davor liegenden Kalenderjahre, also dem dritten und vierten Kalenderjahr vor der Anpassung, erhöht haben.

l) unabhängig von einem der zuvor genannten Ereignisse zum fünften sowie zum zehnten Jahrestag des Versicherungsbeginns.

2 Die zusätzliche monatliche Rente darf maximal € 500, jedoch nicht mehr als 25 % der bislang versicherten monatlichen Rente betragen. Zudem darf der Gesamtbetrag der monatlichen Rente nach erfolgter Anpassung den Betrag von € 10.000 nicht übersteigen.

3 Die Erhöhungsgarantie setzt zum Zeitpunkt der Anpassung voraus, dass

a) uns Ihre schriftliche Mitteilung über eine gewünschte Erhöhung des Versicherungsschutzes innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses zusammen mit geeigneten Nachweisen zugegangen ist (maßgeblich ist der Zugang Ihrer schriftlichen Mitteilung über die gewünschte Erhöhung; wird diese Frist versäumt, ist für die Prüfung einer Erhöhung Ihres Versicherungsschutzes eine erneute Risikoprüfung erforderlich),

b) die versicherte Person nicht älter als 45 Jahre ist,

c) die versicherte Person noch nicht beeinträchtigt im Sinne von § 2 ist bzw. der Eintritt einer solchen Beeinträchtigung nach Ihrer Kenntnis oder nach Kenntnis der versicherten Person nicht vorhersehbar ist,

d) noch keine Leistungen aus der Grundfähigkeitsversicherung beantragt wurden,

e) alle bis zum Zeitpunkt der Anpassung fälligen Beiträge bezahlt sind und

f) die Erhöhung im Rahmen der Erhöhungsgarantie für das jeweilige Ereignis weder in Bezug auf diese noch auf eine andere bei uns bestehende Grundfähigkeitsversicherung ausgeübt worden ist.

4 Der zusätzlich zu entrichtende Beitrag richtet sich nach dem Alter der versicherten Person zum Zeitpunkt der Erhöhung unter Berücksichtigung für den bisherigen Versicherungsschutz eventuell vereinbarter Beitragszuschläge. Der Vertrag ändert sich aufgrund der Inanspruchnahme einer Erhöhungsgarantie nur in Bezug auf die jeweilige versicherte monatliche Rente und ggf. auf die Beitragshöhe, bleibt ansonsten aber in unverändertem Umfang bestehen.

B) Erhöhung des Versicherungsschutzes in sonstigen Fällen

1 Auch wenn Sie die Voraussetzungen unserer Erhöhungsgarantie nicht erfüllen, können Sie jederzeit eine Erhöhung des Versicherungsschutzes bis zu einem Höchstbetrag der versicherten monatlichen Rente von € 10.000 beantragen. In diesem Fall hängt unsere Zustimmung zu einer beantragten Erhöhung des Versicherungsschutzes von unserer Einschätzung nach einer erneuten Risikoprüfung ab.

2 Wir berechnen den für die gewünschte Erhöhung der versicherten monatlichen Rente nach unserer Einschätzung notwendigen Beitrag und teilen Ihnen diesen mit. Die gewünschte Erhöhung wird zum nächsten Fälligkeitstag Ihres Beitrags nach unserer schriftlichen Zustimmung wirksam.

§ 11 Welche Regelungen gelten bei Vereinbarung von planmäßigen Erhöhungen der Versicherungsleistungen?

Die beiden folgenden Möglichkeiten gelten nur, wenn wir sie Ihnen in Ihrem Versicherungsschein bestätigt haben:

a) planmäßige Erhöhung der versicherten monatlichen Rente vor Eintritt des Versicherungsfalls, geregelt in § 12, und/oder

b) planmäßige Erhöhung der monatlichen Rente nach Eintritt des Versicherungsfalls, geregelt in § 13.

§ 12 Was gilt für die planmäßige Erhöhung der versicherten monatlichen Rente vor Eintritt des Versicherungsfalls?

1 Bei planmäßiger Erhöhung der versicherten monatlichen Rente vor Eintritt des Versicherungsfalls steigt diese um jeweils 3 % zum Jahrestag des im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns.

2 Die Erhöhung der versicherten monatlichen Rente führt zu einer Erhöhung der Beiträge. Der zusätzlich zu entrichtende Beitrag richtet sich nach dem Alter der versicherten Person zum Zeitpunkt der Erhöhung unter Berücksichtigung für den bisherigen Versicherungsschutz eventuell vereinbarter Beitragszuschläge.

3 Wir werden Sie rechtzeitig vor Erhöhungsterminen in Textform auf die Erhöhungen der versicherten monatlichen Rente und der Beiträge hinweisen.

4 Es erfolgen keine weiteren Erhöhungen, wenn die versicherte Person beeinträchtigt wird. Dies gilt auch dann, wenn die Beeinträchtigung im Sinne von § 2 wieder endet. Vereinbarte Erhöhungen nach § 13 bleiben unberührt.

5 Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen. Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen.

6 Wir können die Gewährung weiterer Erhöhungen mit einer Frist von drei Monaten vor Ablauf eines jeden Versicherungsjahres schriftlich widerrufen.

Als Versicherungsjahr bezeichnen wir den Zeitraum eines Jahres ab dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Versicherungsbeginn und die jeweils auf die Jahrestage folgenden Jahre.

§ 13 Was gilt für die planmäßige Erhöhung der monatlichen Rente nach Eintritt des Versicherungsfalls?

1 Bei planmäßiger Erhöhung der nach Eintritt des Versicherungsfalls zu zahlenden monatlichen Rente steigt diese um jeweils 3 % zum Jahrestag des Beginns unserer Leistungspflicht nach § 1 Absatz 2 oder 3.

2 Die Erhöhungsmöglichkeit führt nicht zu einer Erhöhung der Beiträge während der Versicherungsdauer. Sie wurde bei Kalkulation der Beiträge bereits berücksichtigt.

3 Endet die Beeinträchtigung, ist bei erneuter versicherter Beeinträchtigung die zuletzt gezahlte monatliche Rente zu zahlen.

§ 14 Was ist zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?

1 Sie sollten uns unverzüglich benachrichtigen, sobald Sie den Eindruck haben, dass eine Beeinträchtigung vorliegen könnte. Außerdem sollten Sie umgehend einen Arzt aufsuchen. Wenn Sie uns eine Beeinträchtigung nicht zeitnah melden oder nicht umgehend einen Arzt aufsuchen, kann dies Nachteile für Sie bei unserer Leistungsentscheidung zur Folge haben, da uns gegenüber der Nachweis des Eintritts und des ununterbrochenen Vorliegens einer versicherten Beeinträchtigung durch einen Arzt erbracht werden muss.

2 Uns sind auf Ihre Kosten eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Beeinträchtigung sowie ausführliche schriftliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens einzureichen.

3 Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

4 Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. Die Reisekosten sind von Ihnen zu zahlen.

5 Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser, sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen. Die versicherte Person hat die Möglichkeit, diese Ermächtigung in Form einer allgemeinen Schweigepflichtentbindungserklärung oder für die jeweiligen Anfragen einzelfallbezogene Entbindungserklärungen abzugeben. Für die mit jeder Einzelfallermächtigung verbundenen Mehrkosten können wir eine angemessene Kostenbeteiligung verlangen.

6 Die Anzeige- und Auskunftspflichten gemäß dieses § 14 gelten entsprechend für den Bezugsberechtigten.

§ 15 Verjährung

Ansprüche auf Versicherungsleistungen verjähren nach drei Jahren, beginnend mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistungen erstmals verlangt werden können.

§ 16 Was ist zu beachten, wenn Leistungen erbracht werden?

1 Eine Minderung oder einen Fortfall der Beeinträchtigung sowie den Tod der versicherten Person müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

2 Während der Dauer unserer Leistungspflicht sind wir auf unsere Kosten berechtigt, das Fortbestehen der Beeinträchtigung und ihren Umfang nachzuprüfen. Dazu können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. § 14 Absatz 3, Absatz 4 Satz 2 und Absatz 5 gelten entsprechend.

Falls trotz schriftlicher Erinnerung an die Übersendung von Informationen und/oder Unterlagen diese uns nicht vorgelegt werden und wir nicht in der Lage sind, das Bestehen unserer Leistungspflicht zu überprüfen, werden wir unsere Leistungen so lange einstellen, bis die angeforderten Informationen und/oder Unterlagen uns vorgelegt werden. Auf diese Folgen werden wir Sie in unserer letzten Erinnerung hinweisen.

3 Wenn die Pflichten aus den Absätzen 1 und 2 von Ihnen oder der versicherten Person vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt werden, können wir die Leistungen einstellen. Bei grob fahrlässiger Verletzung dieser Pflichten bleiben die Ansprüche jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Pflichten später erfüllt werden, sind wir ab Beginn des laufenden Monats, in dem die Pflichten erfüllt werden, aber nicht rückwirkend, zur Leistung verpflichtet. Zu Unrecht empfangene Leistungen sind an uns zurückzuzahlen.

4 Die Leistungen werden nicht mehr erbracht, wenn die Beeinträchtigung nach § 2 nicht mehr besteht.

5 Zahlungen erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer, falls Sie uns keine andere Person benannt haben.

Wir überweisen Rentenzahlungen ausschließlich in Euro auf das vom Empfangsberechtigten benannte Girokonto. Sofern wir auf ein Girokonto außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums überweisen sollen, trägt der Empfänger die damit verbundenen Kosten sowie die damit verbundene Gefahr.

§ 17 Wann werden Ihre Erklärungen und Mitteilungen, die die Grundfähigkeitsversicherung betreffen, wirksam? Welche Formvorschriften gelten? Wem gegenüber können sie abgegeben werden?

Ihre Erklärungen und Mitteilungen, die Ihre Grundfähigkeitsversicherung betreffen, werden uns gegenüber erst dann wirksam, wenn sie schriftlich erfolgen und uns zugegangen sind. Dies gilt auch für die Änderung Ihres Namens oder die Änderung Ihrer Postanschrift sowie entsprechende Änderungen bei weiteren Beteiligten, zum Beispiel der versicherten Person. Satz 1 gilt jedoch nicht für Ihr Widerrufsrecht; über dessen Voraussetzungen und Rechtsfolgen haben wir Sie vor und bei Vertragsschluss gesondert informiert.

§ 18 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten erhoben?

Bei dem Abschluss von Versicherungsverträgen sowie deren Laufzeit entstehen Kosten. Die mit dem Abschluss und der Vermittlung Ihres Versicherungsvertrags verbundenen Kosten, etwa die Kosten für Beratung, Anforderung von Gesundheitsauskünften und Ausstellung des Versicherungsscheins, werden Ihnen nicht gesondert in Rechnung gestellt. Diese Kosten wurden bei Kalkulation Ihrer Beiträge bereits berücksichtigt. Auch die laufenden Kosten sowie die Risikokosten sind bereits bei der Kalkulation Ihrer Beiträge berücksichtigt. Bitte lesen Sie zu den Einzelheiten Ziffer 4. des Abschnitts I. „Produktinformationsblatt für Ihre Grundfähigkeitsversicherung“, das Sie mit den Informationen vor Vertragsschluss erhalten haben.

§ 19 Sind Sie an Überschüssen beteiligt?

Eine Überschussbeteiligung ist ausgeschlossen.

§ 20 Können die Versicherungsbedingungen von uns angepasst werden?

Ist eine Bestimmung dieser Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für Sie oder uns auch unter Berücksichtigung der Interessen der jeweils anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie die Wahrung des Vertragszieles der Versicherungsnehmer der Grundfähigkeitsversicherung angemessen berücksichtigt. Die neue Regelung wird zwei Wochen, nachdem Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 21 Welches Recht findet auf Ihren Versicherungsvertrag Anwendung?

Auf Ihren Versicherungsvertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 22 Wo ist der Gerichtsstand?

1 Ansprüche gegen uns können nur in Deutschland bei dem für unsere deutsche Niederlassung örtlich zuständigen Gericht, bei dem örtlich zuständigen Gericht Ihres Wohnsitzes oder in Ermangelung eines solchen bei dem Gericht Ihres gewöhnlichen Aufenthaltsortes geltend gemacht werden.

2 Wir können Ansprüche aus der Grundfähigkeitsversicherung an dem für Ihren Wohnsitz, Geschäftssitz oder Niederlassungssitz zuständigen Gericht geltend machen. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

MERKBLATT ZUM DATENSCHUTZ

Vorbemerkungen

Datenschutz ist unserem Unternehmen wichtig:
Unseren Kunden und Geschäftspartnern sichern wir Schutz der Persönlichkeitsrechte zu. Alle Mitarbeiter von Canada Life unterliegen einem Daten- und Geschäftsgeheimnis.

Unabhängig von gesetzlichen Vorschriften werden wir das Mögliche tun, um
- Ihre personenbezogenen Daten
  – nur für vereinbarte, klar definierte und rechtmäßige Zwecke zu erheben,
  – nur zu übermitteln, wenn und soweit dies mit der Zweckbestimmung vereinbar ist,
- falsche oder unvollständige Daten zu berichtigen, zu sperren oder zu löschen, soweit dies möglich und zulässig ist,
- Transparenz hinsichtlich der Datenspeicherung zu gewährleisten.

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren.

Die Erhebung, Speicherung und Nutzung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person in der Bundesrepublik Deutschland werden durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenerhebung, -verarbeitung oder -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der datenverarbeitenden Stelle erforderlich ist und schutzwürdige Belange des Betroffenen nicht beeinträchtigt werden.

Die Erhebung, Speicherung und Nutzung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person in Irland werden durch den irischen Data Protection Act geregelt. Der Data Protection Act lässt die Erhebung, Speicherung und Nutzung von Daten in Irland unter vergleichbaren Voraussetzungen wie in Deutschland zu und gewährt Ihnen ähnlichen Schutz.

Wir informieren Sie stets, wenn wir persönliche Daten (Angaben, die sich unmittelbar auf eine natürliche Person beziehen oder über die eine solche Person bestimmt werden kann) erstmals erheben, verarbeiten oder nutzen wollen und Ihnen dieses den Umständen nach nicht bekannt sein sollte. Welche Daten wir erheben, entscheiden allein Sie, ebenso wie die Frage, wofür wir diese verarbeiten oder nutzen. Damit Sie Ihre Entscheidung treffen können, machen wir stets darauf aufmerksam, sobald sich diese Frage stellt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall erfolgenden Interessenabwägung und zur Rechtssicherheit für unsere Datenverarbeitung wurde Ihrem Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG beigefügt. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrags hinaus, kann aber mit Wirkung für die Zukunft durch Sie widerrufen werden. Ein Widerruf ist möglich, wenn Ihnen die Fortsetzung der Verarbeitung objektiv nicht mehr zumutbar ist. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung von Ihnen ganz oder teilweise verweigert, so kommt es unter Umständen zu keinem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise verweigerter Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung aufgrund gesetzlicher Vorschriften, wie unter „Vorbemerkungen“ beschrieben, erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben ist eine besondere Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindungserklärung) notwendig, wenn Daten übermittelt werden sollen, die einem Berufsgeheimnis unterliegen (z. B. Arztgeheimnis). Deshalb enthalten Ihr Antrag und das zum Antrag gehörige Gesundheitsformular eine Schweigepflichtentbindungserklärung. Neben der Möglichkeit der Abgabe einer allgemeinen Schweigepflichtentbindungserklärung haben Sie auch die Möglichkeit, für die jeweiligen Anfragen einzelfallbezogene Entbindungserklärungen abzugeben.

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

Vertrauliche Informationen bleiben bei Canada Life grundsätzlich vertraulich. Insbesondere gilt dies für die uns anvertrauten personenbezogenen Daten, wie Gesundheitsdaten. Wir sorgen dafür, dass in den Informations- und Kommunikationssystemen, die unserer Verantwortung unterliegen, angemessene technisch organisatorische Maßnahmen zur Vertraulichkeit dieser Informationen ergriffen werden.

Spezielle Informationen zum Datenschutz bei Besuch unserer Website

Auf unserer Website erheben wir so wenig Daten wie möglich.

Im Einzelnen sind dies folgende Fälle:
- Wenn Sie online eine Änderung von Daten zum Vertrag übermitteln wollen (Sie können dies auch ohne Weiteres per Post tun): Sie entscheiden, ob dieser Weg genutzt werden soll und welche Daten wir erhalten. Die Daten werden dann wie alle Daten zu Verträgen und Kunden behandelt (siehe nachfolgenden Abschnitt „Beispiele für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung bei Canada Life“).
- Wenn Sie Informationsmaterial anfordern: Hier benötigen wir Ihren Namen und Ihre Adresse, um Ihnen das gewünschte Material zukommen zu lassen. Diese Daten werden nicht personenbezogen gespeichert (nur statistisch in anonymisierter Form) und nach Ablauf von drei Monaten gelöscht. Nur bei Abschluss eines Vertrags innerhalb von drei Monaten übernehmen wir diese Daten. Zuvor werden Sie aber im Rahmen des Vertragsabschlusses noch eine gesonderte Datenschutzerklärung erhalten.
- Wenn Sie einen Kurzcheck für die Bewerbung als Vertriebsleiter ausfüllen: Auch diese Daten werden nur zur möglichen Kontaktaufnahme mit Ihnen verwendet und bei Abschluss eines Vertrags ggf. übernommen. Ansonsten werden auch diese Daten nach drei Monaten gelöscht.

Wir speichern in anonymer Form Angaben zur Häufigkeit, zu Interessen und Bedürfnissen von Kunden, die unsere Website besuchen. Dabei ist aber eine Feststellung des einzelnen Kunden nicht möglich und gewollt. Die Speicherung in anonymer Form dient vor allem auch der Verbesserung unseres Internetauftritts.

Außerdem sichern wir zu, dass jede Nachricht (inklusive Ihrer E-Mail an uns), die Sie uns eingeben und übermitteln, automatisch verschlüsselt wird (SSL) und für Dritte nicht zugänglich ist. Durch die Einrichtung einer Firewall sind Daten, die Sie uns freiwillig übermitteln, bei uns gegen Zugriff Unbefugter geschützt.

Canada Life nimmt den Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr ernst und hält sich strikt an die Regeln der Datenschutzgesetze. Einige der beim Besuch dieser Website erfassten Daten bereiten wir für statistische Auswertungen auf. Wir verwenden das Webtrekk Report Tool der Webtrekk GmbH. Hiermit erheben wir statistische Daten über unsere Online-Aktivitäten und deren Nutzung, um diese entsprechend zu optimieren. Informationen zur Verwendung von Webtrekk finden Sie auf unserer Internetseite: www.canadalife.de

Beispiele für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung bei Canada Life

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung bei uns nennen.

1 Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung bei uns
Wir erheben und speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten), auch soweit

sie eine dritte Person betreffen, auf deren Leben Sie den Versicherungsvertrag abschließen (versicherte Person). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes, geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben hierzu und ggf. auch Angaben von Dritten.

2 Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos/Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien und die der versicherten Person. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadensbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3 Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem deutschen Versicherungsvertragsgesetz haben der Versicherungsnehmer und die versicherte Person bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Leistungsfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Leistungsabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfrage zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Leistungsfall.

4 Datenübermittlung an Dritte

Es werden Daten an dritte Unternehmen zur Prüfung der Bonität bei Antragstellung (auch bei Antrag auf Vertragsänderung) übermittelt. Wir sichern Ihnen eine sorgfältige Überprüfung und Auswahl dieser Unternehmen durch uns zu.

Bei Prüfung eines Antrags oder Leistungsfalls werden im erforderlichen Maße Daten an ein anderes Unternehmen der Canada Life Gruppe (zzt. Canada Life Group Services Limited) weitergegeben. Außerdem kann es sein, dass zur Risikobeurteilung und -entscheidung personenbezogene Daten an externe, medizinische Gutachter weitergegeben werden. Derartige Dritte, die Daten von uns erhalten, unterliegen nicht nur selbst als Arzt einer entsprechenden Schweigepflicht, sondern werden zudem von uns auf die Wahrung des Datengeheimnisses und die Geheimhaltung von Privatgeheimnissen gesondert verpflichtet.

5 Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Zum Schutz der Versicherungsnehmer werden einzelne Versicherungsarten z. B. Lebens-, Kranken-, Sach- und Rückversicherung) sowie Finanzdienst- und Serviceleistungen durch juristisch selbstständige Gesellschaften betrieben. Um dem Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz und Service anbieten zu können, arbeiten diese Gesellschaften, so auch wir, häufig in Unternehmensgruppen zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, so auch die Datenverarbeitung. So werden etwa die sogenannten Partnerdaten (z. B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) nur einmal gespeichert und sind von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar.

Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des BDSG und des irischen Data Protection Act zu beachten sind.

Unserer Unternehmensgruppe gehören zurzeit folgende Unternehmen an:

Irland:
- Canada Life Assurance Europe Limited (Lebensversicherer)
- Canada Life Assurance (Ireland) Limited (Lebensversicherer)
- Canada Life European Assurance Limited (Lebensversicherer)
- Canada Life Management Services Limited (Servicegesellschaft)
- Canada Life Europe Management Services Limited (Servicegesellschaft)
- Canada Life Group Services Limited (Servicegesellschaft)
- Canada Life Irish Holding Company Limited (Holdinggesellschaft)
- Canada Life Europe Investment Limited (Holdinggesellschaft)
- Canada Life Reinsurance Limited (Rückversicherer)
- Setanta Asset Management Limited (Kapitalanlage-Managementgesellschaft)

Deutschland:
- Canada Life Assurance Europe Limited, Niederlassung für Deutschland (Lebensversicherer)
- Canada Life Europe Management Services Limited, Niederlassung Deutschland (Servicegesellschaft)

Kanada:
- The Canada Life Assurance Company (Lebensversicherer)
- Canada Life Financial Corporation (Holdinggesellschaft)
- The Great-West Life Assurance Company (Lebensversicherer)
- Great-West Lifeco Inc. (Holdinggesellschaft der Unternehmensgruppe)

Die aktuellen Adressen dieser Unternehmen sowie Änderungen in der Unternehmensgruppe teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit.

6 Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe werden Sie durch einen Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinne sind u. a. neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften und ggf. andere Finanzdienstleistungsgesellschaften.

Um seine Aufgabe ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesem Zweck von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen. Ausschließlich zum Zweck Ihrer Betreuung in Vertragsangelegenheiten können an den Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler erheben, verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten. In einigen Fällen ist der Vermittler einem so genannten Netzwerk zugehörig, bei dem übergeordnete Vermittler an der Vermittlung partizipieren. In diesen Fällen ist es zu Abrechnungszwecken nötig, allgemeine Vertragsdaten wie Name, Versicherungsnummer, Versicherungsbeginn und Beitragshöhe auch an den übergeordneten Vermittler zu übermitteln.

Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem BDSG neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf unentgeltliche Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei in der Bundesrepublik Deutschland gespeicherten Daten. Wir gewähren Ihnen dieses Recht gemäß dem irischen Data Protection Act auch für in Irland gespeicherte Daten.

Sie können ein etwaiges Verlangen nach Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen Ihrer gespeicherten Daten an uns richten. Auch wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten wenden Sie sich bitte an uns:

Datenschutzbeauftragte(r) von Canada Life Assurance Europe Limited, Niederlassung für Deutschland, Höninger Weg 153a, 50969 Köln.

Darüber hinaus können Sie etwaige Beschwerden richten an die/den Datenschutzbeauftragte(n) der Republik Irland:
Data Protection Commissioner, Block 6, Irish Life Centre, Lower Abbey Street, Dublin 1, Ireland

Canada Life Assurance Europe Limited, Niederlassung für Deutschland,
Höninger Weg 153a, 50969 Köln, HRB 34058, AG Köln

Postanschrift:
Canada Life Assurance Europe Limited,
Postfach 1763, 63237 Neu-Isenburg

Telefon: 0 61 02-3 06 18-00, Telefax: 0 61 02-3 06 18-01
kundenservice@canadalife.de, www.canadalife.de

Hauptsitz:
Canada Life Assurance Europe Limited,
Canada Life House, Temple Road, Blackrock, Co. Dublin, Ireland

Eingetragener Firmensitz in Irland Nr. 297731

Vorstand:
Günther Soboll (Hauptbevollmächtigter der deutschen Niederlassung, deutsch), William L. Acton (Vorstandsvorsitzender, kanadisch), Raymond L. McFeetors (kanadisch), David A. Nield (kanadisch), Mary Finan (irisch), Peter Munro (kanadisch), Vincent Sheridan (irisch), Declan Bolger (irisch), Dr. Claudia Lang (deutsch), Hans-Gerd Lindlahr (deutsch), Linda Kerrigan (irisch)

Canada Life Assurance Europe Limited, Niederlassung für Deutschland
Höninger Weg 153a, 50969 Köln, HRB 34058, AG Köln
Postanschrift: Canada Life Assurance Europe Limited
Postfach 1763, 63237 Neu-Isenburg
Telefon: 06102-306-18 00, Telefax: 06102-306-18 01
kundenservice@canadalife.de, www.canadalife.de

Hauptsitz: Canada Life Assurance Europe Limited
Canada Life House, Temple Road, Blackrock, Co. Dublin, Ireland
Eingetragener Firmensitz in Irland Nr. 297731
HypoVereinsbank München, Konto-Nr. 62 32 44 30, BLZ 700 202 70
IBAN DE69 7002 0270 0062 3244 06, BIC HYVEDEMM

Vorstand:
Günther Soboll (Hauptbevollmächtigter der deutschen Niederlassung, deutsch),
William L. Acton (Vorstandsvorsitzender, kanadisch), Raymond L. McFeetors (kanadisch),
David A. Nield (kanadisch), Mary Finan (irisch), Peter Munro (kanadisch),
Vincent Sheridan (irisch), Declan Bolger (irisch), Dr. Claudia Lang (deutsch),
Hans-Gerd Lindlahr (deutsch), Linda Kerrigan (irisch)

Canada Life Assurance Europe Limited unterliegt der allgemeinen
Aufsicht der Central Bank of Ireland und der Rechtsaufsicht
der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin).

IHR PERSÖNLICHER BERATER

AN GFV 01 07/2012