



ANTRAGSTELLER/IN UND ZU VERSICHERNDE PERSON/EN

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

FRAGEN AN DIE ZU VERSICHERNDE/N PERSON/EN

HINWEIS: Bitte beantworten Sie alle Fragen in den folgenden Abschnitten vollständig und wahrheitsgemäß. **Unrichtige Angaben können Ihren Versicherungsschutz beeinflussen.** Bitte beachten Sie hierzu auch den Abschnitt „BELEHRUNG ÜBER DIE FOLGEN EINER VORVERTRAGLICHEN ANZEIGEPFLICHTVERLETZUNG GEMÄSS § 19 ABSATZ 5 VVG“ im Hauptantrag. Wenn Sie bestimmte Angaben hier nicht machen möchten, senden Sie diese Informationen bitte umgehend direkt an Canada Life, Abteilung Neugeschäft, Postfach 1763, 63237 Neu-Isenburg.

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

Arzt der ersten zu versichernden Person

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

Arzt der zweiten zu versichernden Person

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

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

Ist die zu versichernde Person 16 Jahre oder älter, füllen Sie bitte stattdessen das „Formular Gesundheitsfragen“ aus. Ist die zu versichernde Person unter 16 Jahre, fügen Sie diesem Antrag bitte auf alle Fälle die Kopien der letzten 5 Untersuchungen aus dem Kinderuntersuchungsheft der zu versichernden Person bei.

	Erste zu versichernde Person	Zweite zu versichernde Person
1] Bitte geben Sie Größe und Gewicht der zu versichernden Person an.	Größe <input type="text"/> cm Gewicht <input type="text"/> kg	Größe <input type="text"/> cm Gewicht <input type="text"/> kg
2] Hat sich die zu versichernde Person, bezogen auf die letzten 10 Jahre, Operationen (auch ambulant), Krankenhaus- oder Kuraufenthalten, Rehabilitationen oder Kontroll-/Nachsorgeuntersuchungen unterzogen bzw. sind diese vorgesehen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls Sie Frage 2 mit „ja“ beantwortet haben, machen Sie hier bitte genauere Angaben. Sollte der hier vorgesehene Platz nicht ausreichen, fügen Sie bitte ein gesondertes, von Ihnen datiertes und unterschriebenes Blatt bei.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Falls weitere Unterlagen folgen bzw. beigelegt sind, machen Sie hier bitte nähere Angaben, um welche Unterlagen es sich handelt:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

	Erste zu versichernde Person	Zweite zu versichernde Person
1] Bitte geben Sie Größe und Gewicht der zu versichernden Person an.	Größe <input type="text"/> cm Gewicht <input type="text"/> kg	Größe <input type="text"/> cm Gewicht <input type="text"/> kg
2] Haben Sie in den letzten zwölf Monaten geraucht? Wenn ja, geben Sie bitte an, was und wie viel Sie täglich geraucht haben. <small>(Sie werden als Nichtraucher eingestuft, wenn sie in den letzten zwölf Monaten vor Antragstellung keinerlei Tabakprodukte konsumiert haben.)</small>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="text"/>
3] Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich? Wenn ja, welche und wie viel durchschnittlich pro Woche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="text"/>
4] Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion (positiver Aids-Test) festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5] Sind Sie beruflich oder privat besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Teilnahme an Wettkämpfen, Motorsport, Tauchen, Boxen, Bergsteigen, Sportfliegen, Drachenfliegen, Fallschirmspringen, sonstige Sportarten mit höherem Risiko, Umgang mit radioaktiven oder gesundheitsgefährdenden Stoffen)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welchen? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welchen? <input type="text"/>
6] Beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate einen mehr als halbjährigen Auslandsaufenthalt außerhalb der EU?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wo, wann, wie lange und zu welchem Zweck? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wo, wann, wie lange und zu welchem Zweck? <input type="text"/>
7] Sind Sie bereits bei einer anderen Versicherungsgesellschaft im Bereich Dread Disease, Lebens-, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung versichert und/oder stellen oder haben Sie bereits einen entsprechenden Antrag bei einer anderen Gesellschaft gestellt? (Zutreffendes bitte unterstreichen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wann, welche Versicherung, bei welcher Gesellschaft und mit welcher Versicherungsleistung (in €)? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wann, welche Versicherung, bei welcher Gesellschaft und mit welcher Versicherungsleistung (in €)? <input type="text"/>

8] Ist eine ambulante/stationäre Untersuchung (auch Kontrolluntersuchung)/ Behandlung angedacht oder beabsichtigt?

Erste zu versichernde Person

ja nein

Zweite zu versichernde Person

ja nein

Wenn ja, machen Sie hier bitte genauere Angaben.

9] Nur ausfüllen bei Absicherung schwerer Krankheiten: Sind, soweit Sie davon nach heutigem Stand Kenntnis haben, bei Ihren leiblichen Eltern, Großeltern oder Geschwistern vor dem Erreichen des 60. Lebensjahres die folgenden Krankheiten aufgetreten: Diabetes mellitus Typ II (Alterszucker), Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, familiäre Polyposis, polyzystische Nierenerkrankung, Alzheimer, Parkinson, Multiple Sklerose, Muskeldystrophie, Chorea Huntington, koronare Herzkrankheit (KHK), Motoneuronenerkrankung wie z.B ALS.

Wenn ja, welche der genannten Erkrankungen?

Bei wie vielen Personen?

In welchem Alter?

10] Diese Frage bitte nur bei einer beantragten Versicherungssumme über 500.000 € für den Schwere Krankheiten Schutz und über 300.000 € für den Erwerbsunfähigkeits- und Pflegeschutz oder von über 2.000 € monatliche Rente (inklusive bereits bestehender Vorversicherungen) Berufsunfähigkeitschutz bei chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes ausfüllen.

Wie hoch war Ihr Bruttoeinkommen (Jahresarbeitslohn ohne Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung, Kapitalanlagen etc.) im Durchschnitt der letzten 2 Jahre?

€ €

DIE FOLGENDEN FRAGEN BEZIEHEN SICH AUF DIE LETZTEN 5 JAHRE:

11] Beziehen, bezogen oder beantragen Sie eine Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, Unfallinvalidität oder aus anderen gesundheitlichen Gründen? Sofern eine Erwerbsminderung und/oder eine Schwerbehinderung (GdB) besteht, geben Sie bitte den Grund der Beeinträchtigung an.

ja nein

ja nein

Wenn ja, machen Sie hier bitte genaue Angaben.

12] Ist ein Versicherungsantrag von Ihnen bei einer anderen Versicherungsgesellschaft im Bereich Dread Disease, Lebens-, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung abgelehnt, zurückgestellt oder nur zu besonderen Bedingungen (z. B. Beitragszuschlag, Staffelung, einschränkende Klausel) angenommen worden? (Zutreffendes bitte unterstreichen)

ja nein

ja nein

Wenn ja, welche Gesellschaft, wann und weshalb?

13] Bestehen oder bestanden bei Ihnen folgende Erkrankungen, Beschwerden oder Gesundheitsstörungen bzw. stehen noch Befunde aus aktuellen Untersuchungen aus?

- a. Rückenschmerzen, Bandscheibenvorfall oder andere Wirbelsäulenbeschwerden ja nein ja nein
- b. Bewegungsapparat, Gelenke und/oder Muskeln bzw. im Bindegewebsbereich (z. B. Sprung-, Knie-, Schulter-, Hüftgelenksbeschwerden, Abnutzung, Rheuma, Arthritis, Fibromyalgie) ja nein ja nein
- c. Psyche (z. B. Depressionen, Neurosen, Angstzustände, Schlafstörungen, Burnout-Syndrom, Nervenzusammenbruch, Selbsttötungsversuch, Essstörung) ja nein ja nein
- d. Krebs, Tumore, Knoten, Zysten oder andere gut- oder bösartige Neubildungen wie z. B. Leukämie, Morbus Hodgkin ja nein ja nein
- e. Herz und Kreislaufsystem (z. B. Bluthochdruck, Herzrasen, Brustschmerzen, Herzfehler, Herzinfarkt, Veränderungen im EKG, Herzrhythmusstörungen, Erkrankungen der Herzkranzgefäße, Schlaganfall, Gefäßerkrankungen) ja nein ja nein
- f. Gehirn oder Nerven (z. B. Anfälle, Bewusstseinsverlust, Migräne, Multiple Sklerose, Parkinson-Krankheit, Alzheimer-Krankheit, Sensibilitätsstörung) ja nein ja nein
- g. Nieren oder ableitende Harnwege bzw. Geschlechtsorgane (z. B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Eiweißausscheidungen oder Erkrankungen der Prostata, der Blase, der Gebärmutter, der Eierstöcke oder Brustdrüsen) ja nein ja nein
- h. Atmungsorgane (z. B. Asthma, wiederholte oder chronische Bronchitis, Lungenentzündung, Tuberkulose, Emphysem) ja nein ja nein
- i. Sinnesorgane (z. B. Fehlsichtigkeit, grauer oder grüner Star, Netzhautablösung, Sehstörungen (außer Kurz- oder Weitsichtigkeit), Hörstörungen, Hörsturz, Tinnitus, Infektionen) ja nein ja nein
Dioptrien: links rechts links rechts
- j. Verdauungsorgane (z. B. wiederkehrende Verdauungsstörungen, Magengeschwüre, Darmentzündung, Gastritis, wiederkehrende Durchfälle, Gallenbeschwerden, Beschwerden an der Bauchspeicheldrüse) ja nein ja nein
- k. Der Leber, der Drüsen oder des Stoffwechsel (z. B. Diabetes, Cholesterin, Triglyceride, Harnsäure, Gicht, Fettleber, Schilddrüsenstörungen) oder chronische Infektionen (z. B. Hepatitis, HIV) ja nein ja nein
- l. Allergien, Haut oder Schleimhäute (z. B. Heuschnupfen, Schuppenflechte, Neurodermitis, Juckreiz) ja nein ja nein
- m. Blut, Lymphsystem oder Milz (z. B. Veränderungen des Blutbildes, Thrombose, Anämie, vergrößerte Lymphknoten, Milzvergrößerung) ja nein ja nein
- n. Erlitten Sie Unfälle, Knochenbrüche oder Vergiftungen? ja nein ja nein

14] Nehmen oder nahmen Sie häufig (zumindest einmal am Tag) oder regelmäßig (über mindestens einen Monat hinweg) Medikamente oder wurden Ihnen solche Medikamente verordnet?

Wenn ja, machen Sie hier bitte nähere Angaben.

DIE FOLGENDEN FRAGEN BEZIEHEN SICH AUF DIE LETZTEN 10 JAHRE:

15] Wurden Sie wegen der Folgen von Alkoholgenuss beraten oder behandelt bzw. nehmen oder nahmen Sie Drogen, Betäubungs- und/oder Rauschmittel (z. B. Haschisch, Kokain)?

ja nein

ja nein

Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

16] Haben Sie sich Operationen (auch ambulant), Krankenhaus- oder Kuraufenthalten, Rehabilitationen oder Kontroll-/Nachsorgeuntersuchungen unterzogen bzw. sind diese vorgesehen?

ja nein

ja nein

Wenn ja, welche?

Wenn ja, welche?

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

ja nein

Wenn ja, welche?

ja nein

Wenn ja, welche?

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

Falls Sie eine oder mehrere der Fragen 13 bis 17 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	Name und Anschrift des Arztes/Krankenhauses
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

ANGABEN ZUM FÜHREN EINES TELEFONINTERVIEWS (NUR BEI VOLLJÄHRIGKEIT)

Gegebenenfalls benötigen wir neben Ihren Antworten auf die Gesundheitsfragen weitere Informationen. Diese können oft im Rahmen eines Telefoninterviews durch einen externen Dienstleister eingeholt werden. Falls Sie dies wünschen, füllen Sie bitte diesen Abschnitt aus. Bei Bedarf vereinbaren wir mit Ihnen einen Termin für ein Telefoninterview. Anderenfalls holen wir zusätzliche Angaben schriftlich von Ihnen ein.

Erste zu versichernde Person

Nachname, Vorname

Ich bin am besten telefonisch erreichbar unter:

Erste zu versichernde Person

Zweite zu versichernde Person

Nachname, Vorname

Zweite zu versichernde Person

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

Erste zu versichernde Person

Zweite zu versichernde Person

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

Erste zu versichernde Person

Zweite zu versichernde Person

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

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

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

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung*

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Canada Life daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Ihren betreuenden Vermittler und IT-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei der Canada Life unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

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

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

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



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

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die Canada Life die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die Canada Life benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

* Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde im Frühjahr 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

Erste zu versichernde Person

Möglichkeit I:

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

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

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

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

Möglichkeit II:

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

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

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

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

Zweite zu versichernde Person

Möglichkeit I:

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

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

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

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

Möglichkeit II:

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

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

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

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

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

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

Erste zu versichernde Person

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein, wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

Zweite zu versichernde Person

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein, wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Canada Life

Die Canada Life verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Canada Life benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Canada Life meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Canada Life zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Canada Life tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die Canada Life führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Unternehmensgruppe (aufgeführt in der unten genannten Dienstleisterliste) oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Canada Life Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die Canada Life führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Canada Life erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.canadalife.de eingesehen oder bei unserem Kundenservice, Canada Life Assurance Europe Limited, Postfach 1763, 63237 Neu-Isenburg, Tel.: 06102-30618-00, Fax: 06102-30618-01, E-Mail: kundenservice@canadalife.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Canada Life Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Canada Life meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Canada Life dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Canada Life Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die Canada Life Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die Canada Life aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Canada Life das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die Canada Life unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Canada Life tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Canada Life gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit

zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

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

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

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

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

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die Canada Life Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die Canada Life speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der Canada Life bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die Canada Life meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Zusätzliche Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz zur Bonitätsabfrage*

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich ein, dass die Canada Life zum Zwecke des Vertragsabschlusses sowie zu Zwecken der Vertragsverwaltung und -abwicklung Informationen zu meinem Zahlungsverhalten und Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten von der Infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, und/oder BÜRGEL Wirtschaftsinformationen GmbH & Co. KG, Postfach 500166, 22701 Hamburg, über die gesetzlich zulässigen Fälle hinaus bezieht und nutzt.

Ort	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>
Unterschrift Antragsteller/in und ggf. Firmenstempel	<input type="text"/>

Ort	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>
Unterschrift der ersten zu versichernden Person	<input type="text"/>

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

Ort	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>
Unterschrift der zweiten zu versichernden Person	<input type="text"/>

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

* Diese zusätzliche Einwilligung gemäß § 4a Bundesdatenschutzgesetz ist nicht Teil der mit den Datenschutzbehörden abgestimmten Fassung.

Dienstleisterliste

Anlage Dienstleisterliste zu Ziffer 3.2. der Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung. Diese Anlage betrifft die Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen).

Die Canada Life arbeitet mit folgenden Konzerngesellschaften ihrer Unternehmensgruppe zusammen:

Name	Tätigkeitsgebiet	Land
Canada Life Assurance Europe Limited	Lebensversicherer	Irland
Canada Life Assurance (Ireland) Limited	Lebensversicherer	Irland
Canada Life European Assurance Limited	Lebensversicherer	Irland
Canada Life Management Services Limited	Servicegesellschaft	Irland
Canada Life Europe Management Services Limited	Servicegesellschaft	Irland
Canada Life Group Services Limited	Servicegesellschaft	Irland
Canada Life Irish Holding Company Limited	Holdinggesellschaft	Irland
Canada Life Europe Investment Limited	Holdinggesellschaft	Irland
Canada Life Reinsurance Limited	Rückversicherer	Irland
Setanta Asset Management Limited	Kapitalanlage-Managementgesellschaft	Irland
Canada Life Assurance Europe Limited, Niederlassung für Deutschland	Lebensversicherer	Deutschland
Canada Life Europe Management Services Limited, Niederlassung Deutschland	Servicegesellschaft	Deutschland
The Canada Life Assurance Company	Lebensversicherer	Kanada
Canada Life Financial Corporation	Holdinggesellschaft	Kanada
The Great-West Life Assurance Company	Lebensversicherer	Kanada
Great-West Lifeco Inc.	Holdinggesellschaft der Unternehmensgruppe	Kanada

Canada Life Assurance Europe Limited

Niederlassung für Deutschland
Höniger 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

Darüber hinaus arbeitet die Canada Life mit folgenden Stellen zusammen, die Gesundheitsdaten und/oder nach § 203 StGB geschützte Daten erheben, verarbeiten oder nutzen:

Kategorie	Tätigkeitsgebiet
Servicedienstleister	Adressaktualisierung
Servicedienstleister	Telefoninterview
Servicedienstleister	Steuerliche Meldepflichten
Servicedienstleister	Druckerei
Servicedienstleister	Lettershop
Servicedienstleister	Aktenarchivierung
Servicedienstleister	Akten-/Datenvernichtung
Servicedienstleister	Marketingagenturen
Servicedienstleister	Risikoprüfungsassistentz
Servicedienstleister	Projektberatung bAV
Servicedienstleister	Rehabilitationsdienste
Servicedienstleister	Medizinische Gutachter
Servicedienstleister	Leistungsprüfungsassistentz
Servicedienstleister	Abwicklung Zahlungsverkehr
IT-Dienstleister	Webhosting

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), Hans-Gerd Lindlahr (deutsch), Linda Kerrigan (irisch)