

**ANTRAGSTELLER UND ZU VERSICHERNDE PERSON**

Antragsteller	Nachname, Vorname		zum Antrag Berufsunfähigkeitsschutz vom
zu versichernde Person	Nachname, Vorname		<input type="text"/>

**BELEHRUNG ÜBER DIE FOLGEN EINER VORVERTRAGLICHEN ANZEIGEPFLICHTVERLETZUNG GEMÄSS § 19 ABSATZ 5 VVG**

Sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen im Antrag und Gesundheitsfragebogen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Canada Life in Textform nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Sie haben als Versicherungsnehmer die Ihnen bekannten Gefahrumstände, nach denen wir in Textform (z. B. schriftlich, per E-Mail oder in anderer lesbarer Form) bei Antragstellung und auch danach bis zum Zeitpunkt der Vertragsannahme durch uns gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.

Sollen nicht Sie, sondern ein Dritter versicherte Person werden, ist auch dieser – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige verantwortlich. Dies gilt für jede versicherte Person.

- 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 grundsätzlich kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht für den Versicherungsfall jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.
- 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. Eine solche rückwirkende Vertragsanpassung kann zum Verlust des Versicherungsschutzes für bereits eingetretene und zukünftige Versicherungsfälle führen. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht, dass die anderen Bedingungen Vertragsbestandteil werden.

g) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

h) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

i) Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

## FRAGEN AN DIE ZU VERSICHERNDE PERSON

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

### Arzt der zu versichernden Person

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

### FRAGEN ZUM BERUF (bitte vollständig ausfüllen)

Derzeitiger Beruf  Branche

Sind Sie  angestellt  selbstständig  Beamter  Freiberufler  Auszubildender  Student  Schüler  
 nicht erwerbstätig/arbeitsuchend  Sonstiges?

Anteil Bürotätigkeit  %

Tragen Sie Personalverantwortung?  ja  nein Falls ja, für wie viele Mitarbeiter?  Mitarbeiter

Bildungs-/Berufsabschluss (höchster Abschluss)

Ausbildungsberuf

Zu wie viel Prozent sind Sie wie folgt tätig (bitte machen Sie hier ungefähre Angaben, sodass die Summe 100 % ergibt)?

Bürotätigkeit  % körperlich/handwerklich  % Reise- oder Außendienst  % Sonstiges  %

### TEIL A – Allgemeine Fragen

- Wurden in den letzten 5 Jahren für Ihre Person Anträge auf Lebens-, Dread-Disease-, Grundfähigkeits-, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherungen von anderen Versicherern abgelehnt, zurückgestellt, noch nicht entschieden oder nur zu erschwerten Bedingungen, z. B. Zuschlag, Ausschlussklausel oder verkürzte Dauer, angenommen oder angeboten?  ja  nein

Falls ja, bei welcher Gesellschaft, wann und weshalb?
- Bestehen bei anderen Versicherern bereits Lebens-, Dread-Disease-, Grundfähigkeits-, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherungen oder haben Sie bereits Anspruch auf andere Versorgungsleistungen für den Fall der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit (z. B. berufsständisches Versorgungswerk, Versorgungszusage des Arbeitgebers, nicht gesetzliche Rentenansprüche, sonstige Anwartschaften)?  ja  nein

Falls ja, bei welcher Gesellschaft, Art der Deckung und Höhe der Absicherung?
- Sind Sie in Beruf oder Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Unfall-/Absturzgefahr, Gefahr-/Schadstoffe, Witterung, Teilnahme an Wettkämpfen, Motorsport, Tauchen, Boxen, Bergsteigen, Flugsport oder sonstige gefährliche Sportarten usw.)?  ja  nein

Falls ja, welchen?
- Beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate einen Auslandsaufenthalt außerhalb der EU von mehr als 6 Monaten?  ja  nein

Falls ja, wo, zu welchem Zweck und wie lange?

**TEIL B – Gesundheitsfragen****(Ergebnisse prädiaktiver Gentests, d. h. Gentests ohne Vorliegen einer Krankheit, müssen nicht angegeben werden):**

- 5] Bitte geben Sie Größe und Gewicht an Größe  cm Gewicht  kg
- 6] Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nicht ärztlichen Therapeuten in Beratung, in Behandlung oder zur Untersuchung oder sind solche Maßnahmen derzeit vorgesehen wegen Krankheiten oder Beschwerden in den folgenden Bereichen? (Die aufgeführten Beispiele dienen nur der Veranschaulichung und sind nicht abschließend.)
- 6.1] des Herz-Kreislauf-Systems, z. B. Herzfehler, Herzinfarkt, Herzleistungsschwäche, Herzkranzgefäß-/Herzklappenerkrankung, Herzrhythmusstörungen, Schlaganfall, Thrombosen, Embolien, Durchblutungsstörungen, Lymphödem (geschwollene Arme oder Beine), Krampfadern, behandlungsbedürftiger Bluthochdruck, Herzschmerzen (Angina pectoris), Veränderungen im EKG  ja  nein
- 6.2] der Atmungsorgane, z. B. Asthma, Bronchitis, Emphysem, Lungen-/Rippenfellentzündung, Apnoe  ja  nein
- 6.3] der Nieren und Harnwege, z. B. Entzündungen der Niere oder Blase, Steine, Abflussstörungen/Harnverhalt, Schmerzen beim Wasserlassen, Blut/Eiweiß im Urin, Inkontinenz  ja  nein
- 6.4] der Geschlechtsorgane (Brust, Gebärmutter, Eierstöcke, Hoden, Prostata ...), z. B. Gebärmutter- oder Eierstockentzündung, verdächtiger kontrollbedürftiger Befund der letzten Vorsorge (Abstrich, Brustuntersuchung), Prostatavergrößerung/-entzündung  ja  nein
- 6.5] der Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse, z. B. Gelbsucht, Hepatitis, Lebervergrößerung oder -verfettung, Leberwerterhöhung, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Gallensteine, Gallenblasenentzündung  ja  nein
- 6.6] der Verdauungsorgane (Speiseröhre, Magen, Darm), z. B. Zwölffingerdarmentzündung (Gastritis), Magengeschwür, -blutung oder -schleimhautentzündung, chronische Darmentzündung (Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn), Blut im Stuhl  ja  nein
- 6.7] des Blutes, der blutbildenden und lymphatische Organe (Milz), z. B. Blutarmut, Anämie, Leukämie  ja  nein
- 6.8] der Nerven, des Gehirns, z. B. Anfälle, Ohnmacht, Lähmung, behandlungsbedürftige Migräne, Multiple Sklerose, Parkinson, Alzheimer, Schädel-Hirn-Verletzung, Sensibilitätsstörungen  ja  nein
- 6.9] der Psyche, z. B. Angststörung, Depression, Suizidversuche, Essstörungen, psychosomatische Störungen  ja  nein
- 6.10] der Haut, z. B. Neurodermitis, Psoriasis (Schuppenflechte), auffällige oder kontrollbedürftige Muttermale, Ekzem, Basaliom, Melanom  ja  nein
- 6.11] des Stoffwechsels, der Drüsen und des Hormonhaushaltes, z. B. Zuckerkrankheit/Diabetes, Schilddrüsenfunktionsstörung oder -vergrößerung, behandlungsbedürftige Blutfetterhöhung (Cholesterin, Triglyceride), behandlungsbedürftige Harnsäureerhöhung/Gicht  ja  nein
- 6.12] Infektionen, Tropen-, Geschlechtskrankheiten, z. B. Tuberkulose, HIV, Hepatitis, Malaria, Syphilis (Lues)  ja  nein
- 6.13] gut- oder bösartige Tumore, z. B. Krebs, Morbus Hodgkin (Lymphdrüsenkrebs), Gehirntumore  ja  nein
- 6.14] Autoimmunerkrankungen, z. B. Rheuma, Morbus Bechterew, Lupus erythematoses, Raynaud-Syndrom  ja  nein
- 6.15] Allergien, z. B. Hausstaub- oder Pollenallergie, Allergie gegen Mehlstaub, Arzneimittel, Tierhaare  ja  nein
- 6.16] des Bewegungsapparates, z. B. Bandscheibenvorfall, Schleudertrauma, Skoliose, Scheuermann, Rückenschmerzen, Hexenschuss, Bänderriss, Meniskusverletzung, Arthrose, Gelenkschmerzen/Arthritis, Hüftgelenkdysplasie  ja  nein
- 6.17] der Augen oder Ohren, z. B. Tinnitus, Hörsturz, Hörminderung, Einschränkung der Sehfähigkeit oder des Gesichtsfeldes, Doppelbilder, Netzhautablösung, Makuladegeneration, Kurzsichtigkeit über 8 Dioptrien, andere Fehlsichtigkeiten, Laserung der Netzhaut, Erhöhung des Augendruckes (Glaukom)  ja  nein
- 7] Fanden in den vergangenen 10 Jahren stationäre Krankenhausbehandlungen, Operationen (auch ambulant), Strahlen- oder Chemotherapien, Sanatoriums-/Reha-/Kuraufenthalte, Entzugsbehandlungen statt oder wurden solche angedacht, aber noch nicht durchgeführt?  ja  nein  
Falls ja, wann?
- 8] Sind derzeit noch Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen), Behandlungen, Operationen usw. angedacht oder stehen Ergebnisse bereits durchgeführter Untersuchungen aus?  ja  nein  
Falls ja, welche?
- 9] Wurden Sie in den letzten 5 Jahren wegen Überlastungs-, Überforderungs- oder Erschöpfungszustand (Burn-out), Entwicklungsstörungen, z. B. ADS/ADHS, Leistungsminderung, Mobbing ärztlich oder psychotherapeutisch beraten oder behandelt?  ja  nein
- 10] Bestehen Folgen von Unfällen, Vergiftungen, Verletzungen, Krankheiten oder Operationen, z. B. Gliedmaßenverlust, Bewegungseinschränkungen, Hirnleistungsschwäche?  ja  nein  
Falls ja, welche?
- 11] Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Betäubungsmittel oder Drogen ein?  ja  nein  
Falls ja, machen Sie nähere Angaben:  
Welcher Art?  Wie viel pro Woche?
- 12] Haben Sie in den letzten zwölf Monaten geraucht?  ja  nein  
Falls ja, geben Sie bitte an, was und wie viel Sie täglich geraucht haben.

**TEIL C – Zusätzliche Fragen, falls eine Berufsunfähigkeitsrente von mehr als 1.500 € monatlich inklusive bestehender Vorversicherungen beantragt wird.**

- 13] Wie hoch war das Brutto-Jahreseinkommen in den letzten 3 Jahren aus Ihrer beruflichen Tätigkeit? (Einkünfte aus Vermietung, Kapitalerträge usw. bitte nicht angeben.)
- |                 |                        |                        |                        |
|-----------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| Jahr            | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |
| Bruttoeinkommen | € <input type="text"/> | € <input type="text"/> | € <input type="text"/> |
- 14] Beziehen, bezogen oder beantragten Sie eine Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, Unfallinvalidität oder aus anderen gesundheitlichen Gründen? Besteht eine Schwerbehinderung (Gdb)/Erwerbsminderung (MdE) oder ist/wurde die Feststellung beantragt?  ja  nein  
Falls ja, welche und was ist der Grund der Beeinträchtigung?

## ERGÄNZUNG ZU DEN GESUNDHEITSFRAGEN

Falls Sie eine oder mehrere der Gesundheitsfragen mit „ja“ beantwortet haben, machen Sie hier bitte genauere Angaben und fügen Sie zudem den ggf. erforderlichen ausgefüllten Risikofragebogen 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 der Symptome	Folgen der Untersuchung/ Operation	Lag Arbeitsunfähigkeit vor? Wenn ja, wie lange?	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 (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.

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.

## ERKLÄRUNGEN DES ANTRAGSTELLERS UND DER ZU VERSICHERNDEN PERSON

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 sonstigen nach § 203 StGB geschützten 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 Heilberufes 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.