

## Laboruntersuchung Ergänzungsbogen

### Hinweis an die Ärztin/den Arzt:

Bitte nehmen Sie die Untersuchung nicht vor, wenn Sie mit der zu untersuchenden Person verschwägert oder verwandt sind.

Zur Antragsnummer: \_\_\_\_\_

von: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Derzeitige berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Wenn Ihnen der/die Patient/Patientin nicht persönlich bekannt ist, lassen Sie sich dessen/deren Identität bitte durch einen gültigen Bundespersonalausweis oder Reisepass bestätigen.

\_\_\_\_\_  
Ausweis-Nr., ausstellende Behörde, Ort und Datum

**Bitte fügen Sie diesem Bericht immer die Laborbefunde bei.**

| Untersuchung am:       | Messwert | Dimension     | Richtwert |
|------------------------|----------|---------------|-----------|
| <b>Großes Blutbild</b> |          |               |           |
| Leukozyten             |          | Tsd / $\mu$ l |           |
| Erythrozyten           |          | Mio / $\mu$ l |           |
| Haemoglobin            |          | g / dl        |           |
| Haematokrit            |          | %             |           |
| MCV                    |          | fl            |           |
| MCH (HbE)              |          | pg            |           |
| MCHC                   |          | g / dl        |           |
| Thrombozyten           |          | Tsd / $\mu$ l |           |

Fortsetzung nächste Seite

**Fortsetzung Laborbefund**

|                          |  |                                 |  |
|--------------------------|--|---------------------------------|--|
| <b>Weitere Blutwerte</b> |  |                                 |  |
| Blutsenkung (BSG)        |  | nach 1 Stunde<br>nach 2 Stunden |  |
| Gesamt-Cholesterin       |  | mg / dl                         |  |
| HDL-Cholesterin          |  | mg / dl                         |  |
| LDL-Cholesterin          |  | mg / dl                         |  |
| Triglyceride (nüchtern)  |  | mg / dl                         |  |
| Kreatinin                |  | mg / dl                         |  |
| Harnsäure                |  | mg / dl                         |  |
| Kalium                   |  | mmol / l                        |  |
| Gamma-GT                 |  | U / l                           |  |
| Alk. Phosphatase         |  | U / l                           |  |
| SGOT                     |  | U / l                           |  |
| SGPT                     |  | U / l                           |  |
| Bilirubin                |  | mg / dl                         |  |
| Nüchternblutzucker       |  | mg / dl                         |  |

Für eine separate Untersuchung, die nur nach diesem Vordruck durchgeführt wird, bieten wir Ihnen ein Honorar von € 40,00. Die Kostenübernahme erfolgt durch unsere Gesellschaft. Das Honorar überweisen wir auf das von Ihnen nachstehend angegebene Konto.

|                           |             |              |
|---------------------------|-------------|--------------|
| Name des Kreditinstitutes | Kontonummer | Bankleitzahl |
|                           |             |              |

---

 Ort / Datum

---

 Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

**Rücksendung der Unterlagen**

Canada Life  
Abteilung Risikoprüfung  
Postfach 1763  
63237 Neu Isenburg

**WICHTIG für den ARZT:**  
Bitte senden Sie die ausgefüllten  
**Unterlagen an Ihren Patienten!**  
zur Weitergabe an die Versicherung  
über Finanzberater Dr. Schlemann. Bei Rück-  
fragen: 0221 688040 / info@schlemann.com

Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an ~~06102-30619-00~~ oder [risikopruefung@canadalife.de](mailto:risikopruefung@canadalife.de)

## **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 alle Fragen im Antrag und die Ihnen gestellten Fragen, insbesondere Gesundheitsfragen, Fragen zu besonderen Risiken im beruflichen und privaten Bereich sowie Fragen über bereits abgeschlossene bzw. beantragte Lebensversicherungen, 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 nachzuholen. Dies kann z.B. schriftlich über einen ggf. verfügbaren Papierantrag erfolgen. Alternativ kann Ihnen Ihr Vermittler auch einen individuellen Link zur Online-Risikoprüfung zusenden, sofern diese Möglichkeit für den jeweiligen Tarif besteht.

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. Für Verträge, die bedingungsgemäß die Auszahlung eines Rückkaufswerts vorsehen, zahlen wir den Rückkaufswert, sofern nicht bei Versicherungen innerhalb der betrieblichen Altersversorgung das Betriebsrentengesetz entgegensteht. Für alle anderen Verträge erlischt der Versicherungsvertrag, ohne dass ein Rückkaufswert fällig wird. Die Rückzahlung der Beiträge, die für die Zeit vor Wirksamwerden des Rücktritts gezahlt wurden, können Sie nicht verlangen.
- d) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag kündigen. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht, den Vertrag zu kündigen.
- e) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der grob fahrlässig nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

- f) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Eine solche rückwirkende Vertragsanpassung kann zum Verlust des Versicherungsschutzes für bereits eingetretene und zukünftige Versicherungsfälle führen. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht, dass die anderen Bedingungen Vertragsbestandteil werden.
- g) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.
- h) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.
- i) Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.