PrismaLife

PrismaLife AG
Industriering 40
9491 Ruggell
Liechtenstein

Rücksendung per:
- ❖ Post
- ❖ Fax +423 237 00 09
- ❖ Mail kunde-de@prismalife.com (Kunden aus Deutschland)
  kunde-at@prismalife.com (Kunden aus Österreich)

# Zuzahlung (Basisrente)

zu meinem Vertrag mit der Nummer _____

## Erklärung zur Beratung und Dokumentation

☐ Mein Vermittler hat mich vor Abgabe dieser Erklärung beraten und dies entsprechend protokolliert. Das Beratungsprotokoll habe ich in einer für mich lesbaren Form erhalten.

☐ Mein Vermittler hat mich vor Abgabe dieser Erklärung beraten. Auf die Dokumentation dieser Beratung habe ich verzichtet. Mir ist bewusst, dass sich dieser Verzicht nachteilig auf meine Möglichkeit auswirken kann, gegen den Versicherer, Vermittler bzw. Ansprechpartner einen Schadensersatzanspruch geltend zu machen.

☐ Auf die Beratung und Dokumentation habe ich vor Abgabe der nachfolgenden Erklärung verzichtet. Mir ist bewusst, dass sich dieser Verzicht nachteilig auf meine Möglichkeit auswirken kann, gegen den Versicherer, Vermittler bzw. Ansprechpartner einen Schadensersatzanspruch geltend zu machen. Ausserdem ist mir bewusst, dass durch die fehlende Beratung keine Beurteilung erfolgen kann, ob das Versicherungsprodukt weiterhin für mich geeignet und angemessen ist.

Ich bestätige durch meine Unterschrift die Richtigkeit meiner Erklärung.

| Ort | Datum (TTMMJJJJ) | ✕ Unterschrift Versicherungsnehmer bzw. dessen Vertretungsberechtigte/-r |
|---|---|---|

**Wichtige Hinweise:**
- ❖ Die vertraglichen Regelungen, die Sie vor Vertragsabschluss erhaltenen haben sind weiterhin gültig. Dies gilt nicht, wenn der Versicherungsschein oder diese Erklärung etwas Abweichendes enthält.
- ❖ Für die von Ihnen gewünschte Vertragsänderung kann eine Gebühr anfallen. Ob dies der Fall ist und ggf. die Höhe können Sie Ihren Vertragsunterlagen entnehmen. Im Nachtrag zum Versicherungsschein informieren wir Sie ggf. über die genaue Höhe.

230316_KS_Zuzahlung_Basisrente_DE_de_Final

PrismaLife

## Versicherungsnehmer

☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers | Name | Vorname | Geburtsdatum (TTMMJJJJ)

Ggf. vorherige Namen, z.B. Geburtsname, frühere Ehenamen

Strasse | Haus-Nr. | PLZ | Ort | Land

Telefonnummer inkl. Ländervorwahl | E-Mail

1. Staatsangehörigkeit | 2. Staatsangehörigkeit

Geburtsort | Familienstand

Ausgeübter Beruf | Branche

In welchem Land bzw. in welchen Ländern sind Sie steuerpflichtig? Wie lautet Ihre Steueridentifikationsnummer und/oder entsprechende Steuernummer in dem jeweiligen Land (z. B. US-TIN bei Steuerpflicht in den USA)? Bei mehreren Steuernummern sind alle anzugeben.

Land | Steueridentifikationsnummer/TIN

Land | Steueridentifikationsnummer/TIN

☐ Personalausweis oder ☐ Reisepass

Nr. | Ausstellende Behörde | Ausgestellt (TTMMJJJJ) | Ablaufdatum(TTMMJJJJ)

**Bitte Kopie des aktuellen Ausweisdokuments (Vorder- und Rückseite) des Versicherungsnehmers beilegen.**

## Politisch exponierte Personen (PEP)

PEP sind natürliche Personen, die selbst oder deren unmittelbaren Familienmitglieder bzw. nahestehenden Personen wichtige öffentliche Ämter ausüben oder ausgeübt haben.

Sind Sie, die ggf. wirtschaftlich berechtigte Person, ein Bezugsberechtigter oder der Beitragszahler eine PEP? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wer? Name | Vorname | Geburtsdatum (TTMMJJJJ)

## Identifizierung von US-Steuerpflichtigen

Wir müssen gemäss Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) prüfen, ob Sie in den USA steuerpflichtig sind. Dies kann z.B. der Fall sein, wenn Sie:

- ❖ die US-Staatsbürgerschaft besitzen (auch bei doppelter oder mehrfacher Staatsbürgerschaft),
- ❖ in den USA geboren sind,
- ❖ Ihren gewöhnlichen Aufenthalt, Ihren Wohnsitz (auch Doppelwohnsitz) oder Ihre Postanschrift in den USA haben,
- ❖ sich in den letzten Jahren über einen längeren Zeitraum in den USA aufgehalten haben,
- ❖ eine US-Aufenthaltsbewilligung (Greencard) besitzen oder besassen.

Ich bestätige, dass ich in den USA steuerpflichtig bin. ☐ ja ☐ nein

Ich bestätige, dass ich die US-Staatsbürgerschaft besitze. ☐ ja ☐ nein

## Angaben zur Zuzahlung

Ich beantrage für den obengenannten Vertrag eine Zuzahlung.

Höhe des Zuzahlungsbetrages _____ EUR

Geplantes Datum der Zuzahlung |__|__|__|__|__|__|__|__| (TTMMJJJJ)

Danach soll der Zuzahlungsbetrag wie folgt investiert werden:

☐ wie der laufende Beitrag des bestehenden Vertrages mit obiger Versicherungsnummer oder

☐ in folgende(n) Fonds

| ISIN | Fonds | Anteil in % |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**Bitte beachten Sie**, dass zur Gewährleistung einer eventuell bestehenden Beitragsgarantie die gesamte Zuzahlung oder ein Teil davon in einem Sicherungsvermögen angelegt wird. Darüber hinaus ist eine Anlage in einem Sicherungsvermögen nicht möglich.

**Beitragszahler**

Ursprung der eingebrachten und steuerlich ordnungsgemäss deklarierten Vermögenswerte (Beiträge) und wirtschaftlicher Hintergrund des Gesamtvermögens:

☐ Berufliches Einkommen (das durchschnittliche monatliche Bruttoeinkommen beträgt):

☐ unter 2.000 EUR ☐ 2.000 - 4.000 EUR ☐ über 4.000 EUR

☐ Sonstiges Einkommen/Vermögen: _____

**Die Zuzahlung erfolgt per Überweisung durch mich als Versicherungsnehmer.**

**Bitte beachten Sie,** dass für das aktuell geltende Steuerjahr alle bis zum 31. Dezember auf dem Konto der PrismaLife eingehenden Zuzahlungen steuerlich berücksichtigt werden können. Bereits überwiesene Beträge werden erst nach Eingang dieses Formulars von der PrismaLife verarbeitet.

## Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

**Belehrung über Ihre Mitteilungspflichten nach § 19 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) – Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht.**

### Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) gefragt haben, wahrheitsgemäss und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schliessen, erheblich sind.

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform stellen.

(2) Soll eine anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemässer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

(3) Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

### Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

(4) Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir bei einer Verletzung der Anzeigepflicht

- ❖ vom Vertrag zurücktreten,
- ❖ den Vertrag kündigen,
- ❖ den Vertrag ändern oder
- ❖ den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten können.

### Rücktritt

(5) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, falls wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

(6) Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- ❖ weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- ❖ noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch auch im vorstehend genannten Fall, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

(7) Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufswert. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

### Kündigung

(8) Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

(9) Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

(10) Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich nach Massgabe der «Allgemeinen Bedingungen» in einen beitragsfreien Vertrag um.

### Vertragsänderung

**(11) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten (Absatz 5 Satz 3 und Absatz 9), werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.**

**(12) Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn**

- **wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen oder**
- **wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschliessen.**

**Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.**

### Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

**(13) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.**

**(14) Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.**

**(15) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats 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. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.**

**(16) Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.**

### Anfechtung

**(17) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrages durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person (das ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist), können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 7 gilt entsprechend.**

### Leistungserweiterung/Wiederherstellung des Vertrages

**(18) Die Absätze 1 bis 17 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 16 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrages bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.**

### Erklärungsempfänger

**(19) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist kein Bezugsberechtigter vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.**

## Risiko- und Gesundheitsfragen an die versicherte Person

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen vollständig und richtig. Beachten Sie hierzu - bevor Sie die nachfolgenden Fragen beantworten - unbedingt die Belehrung zur Anzeigepflichtverletzung.

Bestehen oder bestanden innerhalb der letzten zehn Jahre eine oder mehrere der folgenden Gesundheitsstörung(en): Herzinfarkt, Erkrankungen der Herzkranzgefässe, der Herzklappen, Herzmuskelschaden, Bypass-Operation, Schlaganfall, Krebs/Leukämie, Multiple Sklerose, Diabetes mellitus, HIV-Infektion (Aids)? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, folgende Arztberichte oder Informationen liegen bei:

PrismaLife

## Bestätigung / Unterschrift

Ich möchte meinen Versicherungsvertrag weiterführen und beantrage die Vertragsänderung gemäss diesem Antrag. ☐ ja ☐ nein

Ich bestätige, dass ich die Vertragsbestimmungen einschliesslich der Versicherungsbedingungen sowie die weiteren vorvertraglichen Informationen, welche auch für diese Vertragsänderung gelten, bereits bei meiner Antragstellung für meinen Vertrag erhalten habe. ☐ ja ☐ nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der von mir gemachten Angaben.

| Ort | Datum (TTMMJJJJ) | ✕ Unterschrift Versicherungsnehmer bzw. dessen Vertretungsberechtigte/-r |
|---|---|---|
| Ort | Datum (TTMMJJJJ) | ✕ Unterschrift Versicherte Person bzw. deren Vertretungsberechtigte/-r |

## Erklärungen des Vermittlers (Falls Beratung stattgefunden hat)

Ich habe den Versicherungsnehmer vor Abgabe dieser Erklärung rechtskonform beraten und diese Beratung rechtskonform dokumentiert. Die Dokumentation habe ich dem Kunden in einer für ihn lesbaren Form zukommen lassen. ☐ ja ☐ nein

Ich habe den Versicherungsnehmer vor Abgabe dieser Erklärung rechtskonform beraten, jedoch hat der Versicherungsnehmer auf eine Dokumentation der Beratung verzichtet. ☐ ja ☐ nein

Die im Rahmen der Beratung durchgeführte Angemessenheits- und Geeignetheitsprüfung hat ergeben, dass das Produkt für den Kunden weiterhin angemessen und geeignet im Sinne der rechtlichen Regelungen ist. ☐ ja ☐ nein

| Ort | Datum (TTMMJJJJ) | ✕ Vermittler |
|---|---|---|

**Kontoverbindung PrismaLife AG:**

| ODDO BHF Aktiengesellschaft | DE96 5002 0200 0200 6202 29 | BHFB DEFF 500 |
|---|---|---|
| Name und Sitz des Geldinstituts | IBAN | BIC |