

# Antragsunterlagen

## **Wichtiger Hinweis:**

Im Rahmen der Antragsaufnahme bitten wir Sie, uns einige Fragen zu beantworten. Ihre Angaben sind Grundlage für die weitere Bearbeitung Ihres Antrages in unserem Hause und werden auch Bestandteil des von Ihnen angestrebten Versicherungsvertrages. Mit Ihren Antworten tragen Sie in einem ausgesprochen bedeutenden Maße dazu bei, uns die Beurteilung des von uns zu übernehmenden Versicherungsrisikos zu ermöglichen.

Wichtig für uns ist dabei die Angabe aller Ihnen bekannten Gefahrumstände, die für unsere Entscheidung zur Risikoübernahme erheblich sind. Wir fragen Sie daher nachfolgend nach allen Umständen, die Einfluss auf einen möglichen Eintritt des versicherten Risikos haben könnten.

Bitte beachten Sie, dass Sie gesetzlich verpflichtet sind, uns vor Vertragsschluss alle Ihnen bekannten Umstände zu jeder der nachfolgend gestellten Fragen sorgfältig, vollständig und ausführlich anzugeben. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Allein auf diesem Wege erreichen Sie einen individuell auf Sie abgestellten und wirksamen Versicherungsschutz.

**Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder nicht vollständig beantworten, kann dies dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren oder dass später Vertragsanpassungen - auch rückwirkend - notwendig werden. Wir möchten dies gerne vermeiden, müssten aber bei Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht im Interesse der anderen Versicherten von rechtlichen Maßnahmen wie z.B. Rücktritt vom Vertrag oder Anfechtung des Vertrages oder auch Verweigerung der beantragten Leistung Gebrauch machen. Bitte tragen Sie durch Ihre Antworten zu einem für Sie dauerhaft wirksamen Versicherungsschutz bei.**

Sollte sich die Antragsbearbeitung verzögern, können wir vor Vertragsannahme nochmals Fragen im obigen Sinne an Sie stellen, um dann aktuell eine Annahmeh Entscheidung treffen zu können.

Barcode hier aufkleben

Vermittlernummer \_\_\_\_\_ Mitarbeiter-Nummer \_\_\_\_\_ IHK-Nummer \_\_\_\_\_

**Antragsteller**

(Versicherungsnehmer/in = VN)

Frau  Herr  Firma Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ, Ort, Land \_\_\_\_\_ ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Telnr. (bitte unbedingt angeben) \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

**Korrespondenzadresse**

(nur auszufüllen falls abweichend von der Adresse des Antragstellers)

Frau  Herr  Firma Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ, Ort, Land \_\_\_\_\_

**Zu versichernde Person = Person**

(nur auszufüllen falls abweichend vom Antragsteller)

Frau  Herr Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ, Ort, Land \_\_\_\_\_ ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

**Geltendes Recht**

Für diesen Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

**Einmalbeitrag/ Technische Daten**

Beitrag in EUR mind. 2.000,- \_\_\_\_\_ Versicherungsbeginn \_\_\_\_\_ | bis Endalter 85 \_\_\_\_\_  
 Versicherungsdauer \_\_\_\_\_

**Beitragszahlung**

Bitte überweisen Sie den Beitrag nach Zustellung der Police anhand der mitgelieferten Zahlungsinstruktionen.

**Kosten**

Abschlusskosten \_\_\_\_\_ 50 EUR einmalig plus Einrichtungskosten \_\_\_\_\_ 50 EUR einmalig = Gesamtkosten \_\_\_\_\_ 100 EUR einmalig

**Beitragszahler**

\_\_\_\_\_  
 Falls VN nicht Beitragszahler: Name, Vorname, Geburtsdatum, Beruf, Anschrift, Staatsangehörigkeit des Beitragszahlers

**Identifizierung des Antragstellers**

Bitte immer Ausweiskopie beilegen

Personalausweis \_\_\_\_\_

Reisepass Nr. \_\_\_\_\_ Ausstellungsdatum \_\_\_\_\_ Ausstellende Behörde \_\_\_\_\_

Sonstiger amtlicher Lichtbildausweis: \_\_\_\_\_

Ursprung der eingebrachten Vermögenswerte (Prämie):  Berufliches Einkommen  Sonstiges \_\_\_\_\_

Grund für den Abschluss der Versicherungspolice:  Altersvorsorge  Sonstiges \_\_\_\_\_

**Empfänger der Versicherungsleistung**

VN im Erlebensfall \_\_\_\_\_ oder: Name, Vorname, Geburtsdatum \_\_\_\_\_

im Todesfall \_\_\_\_\_  
 Name, Vorname, Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Kontoverbindung für Auszahlung**

Kontonummer \_\_\_\_\_ Bankleitzahl \_\_\_\_\_ Name und Sitz des Geldintitus \_\_\_\_\_

IBAN (bei ausländ. Bankverbindung) \_\_\_\_\_ SWIFT (bei ausländ. Bankverbindung) \_\_\_\_\_

**Anlagestrategie**

Kontoinhaber  ist der Antragsteller  sonst \_\_\_\_\_ Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Staatsangehörigkeit des Kontoinhabers

Investition in Sondervermögen TG \_\_\_\_\_

**Wirtschaftliches Interesse**

Bitte immer Ausweiskopie beilegen

Den Versicherungsvertrag schließe ich im eigenen wirtschaftlichen Interesse ab, wenn ich nicht untenstehend eine andere Person benannt habe. Name und Anschrift der wirtschaftlichen berechtigten Person, wenn der/die Antragsteller(in) nicht auf eigene Rechnung handelt:

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Personalausweis \_\_\_\_\_

Reisepass Nr. \_\_\_\_\_ Ausstellungsdatum \_\_\_\_\_ Ausstellende Behörde \_\_\_\_\_

Sonstiger amtlicher Lichtbildausweis: \_\_\_\_\_

**Frage an die versicherte Person**

Leiden oder litten Sie innerhalb der letzten 10 Jahre an einer oder mehrerer der folgenden Erkrankung(en)/Gesundheitsstörung(en): Herzinfarkt, Erkrankungen der Herzkranzgefäße, der Herzklappen, Herzmuskelschaden, Bypass-Operation, Schlaganfall, Krebs/Leukämie, Multiple Sklerose, Diabetes mellitus, HIV-Infektion (Aids)?  nein  ja

**Unterschriften**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der von mir oder dem Vermittler für mich gemachten Angaben auf dieser Antragsseite sowie in etwaigen Zusatzfragebögen, und dass ich eine Durchschrift meines Antrages erhalten habe. Des Weiteren bestätige ich, dass ich die auf der Rückseite stehende Schlussklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person – insbesondere den Abschnitt zum Datenschutz – gelesen habe. Ich bin damit einverstanden, dass diese Schlussklärung und die Verbraucherinformationen Bestandteil dieses Antrags sind. Dass bei unrichtigen Angaben der Versicherungsschutz verloren gehen kann, ist mir bewusst. Darüber hat mich der Vermittler dieses Antrages ausdrücklich informiert. Ich, der Antragsteller, bestätige ferner, dass ich die Versicherungsbedingungen, die Verbraucherinformationen und das Produktinformationsblatt für die Fondsgebundene Lebensversicherung rechtzeitig vor Abgabe meines Antrages in Papierform oder in elektronischer Form (lesbarer CD) erhalten habe.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum \_\_\_\_\_ Antragsteller/in VN \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Versicherungsvermittler (Siehe Zusatzklärung auf der Rückseite)

**Widerrufsrecht**

**Belehrung über das Widerrufsrecht:** Sie können innerhalb einer Frist von 30 Tagen Ihre Vertragserklärung widerrufen. Der Widerruf ist in Textform (Brief, Fax, E-Mail) gegenüber der PrismaLife AG zu erklären (Kontaktdaten: PrismaLife AG, Industriestraße 56, FL-9491 Ruggell, Fax: 00423/237 00 09, E-Mail: info@prismalife.com) und muss keine Begründung enthalten. Die Frist beginnt erst nach Erhalt in Textform der Versicherungspolice, der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, der weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und dieser Belehrung. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Widerrufsfolgen: Im Falle eines wirksamen Widerrufs wird der Versicherungsvertrag aufgelöst und Sie genießen keinen Versicherungsschutz mehr.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum \_\_\_\_\_ Antragsteller/in VN \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Versicherungsvermittler (Siehe Zusatzklärung auf der Rückseite)

## PRODUKT FONDSGEBUNDENE LEBENSVERSICHERUNG

Bei der Fondsgebundenen Lebensversicherung handelt es sich um eine Versicherung auf den Todes- und den Erlebensfall unter unmittelbarer Beteiligung an der Wertentwicklung eines für dieses Produkt konzipierten Sondervermögens. Erlebt die versicherte Person den Ablauf der Versicherung wird das vorhandene Deckungskapital ausgezahlt. Bei vorzeitigem Tod der versicherten Person werden 110% des Deckungskapitals an den/die Bezugsberechtigten ausgezahlt.

## ZUSÄTZLICHE ERKLÄRUNG DES VERSICHERUNGSVERMITTLERS FÜR DIESEN ANTRAG

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Kunden beim Abschluss des Vertrags beraten und dabei die Wettbewerbsrichtlinien eingehalten habe. Ich habe diesen Antrag eigenhändig aufgenommen und habe den Eindruck, dass die Höhe der Beitragszahlung angesichts der finanziellen Möglichkeiten des Prämienzahlers gerechtfertigt ist. Zu diesem Antrag wurden keine Nebenabreden getroffen. Ich bestätige, dass die Unterschrift des Versicherungsnehmers echt ist und die an die PrismaLife übermittelte Ausweiskopie mit dem Original übereinstimmt.

## SCHLUSSERKLÄRUNG DES/DER ANTRAGSSTELLERS/IN UND DER ZU VERSICHERNDEN PERSON FÜR DIESEN VERTRAG

### VERANTWORTLICHKEIT FÜR DEN ANTRAG

Die Antragsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Ich weiss, dass die PrismaLife bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht vom Vertrag zurücktreten, kündigen oder ihn anfechten und ggf. die Leistung verweigern kann.

Ich überprüfe die Angaben und Erklärungen, die ich oder der Versicherungsvertreter für mich in diesem Antrag oder in anderen Schriftstücken geschrieben haben auf Richtigkeit und Vollständigkeit. Sonst gefährde ich meinen Versicherungsschutz! Die Versicherungsvertreter selbst sind nicht berechtigt, (Neben-)Gebühren zu erheben.

### ÜBERSCHUSSBETEILIGUNG

Als Fondsgebundene Lebensversicherung ist dieser Vertrag nicht an den Überschüssen der PrismaLife beteiligt. Ich bin bei einer Fondsgebundenen Lebensversicherung direkt an der Wertentwicklung des für dieses Produkt konzipierten Sondervermögens beteiligt.

Gültiges Recht und Vertragsgrundlagen  
Mir ist bekannt, dass für die beantragte Versicherung das Recht der Bundesrepublik Deutschland gilt. Ferner gelten – außer diesem Antrag mit den Erklärungen und Hinweisen – die Vertragsgrundlagen (Allgemeine Versicherungsbedingungen, Tarifbestimmungen, Merkblatt zur Datenverarbeitung). Diese Unterlagen habe ich rechtzeitig vor Abgabe meines Antrages erhalten.

### VERSICHERUNGSSCHUTZ

Der Versicherungsschutz beginnt mit Zahlung des Einlösbetrags und Antragsannahme; jedoch nicht vor Versicherungsbeginn.

Wechsel des Versicherers

Mir ist bekannt, dass die Aufgabe einer be-

stehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Versicherungsunternehmen für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht ist.

### WIDERRUFSRECHT

Sie können innerhalb einer Frist von 30 Tagen Ihre Vertragserklärung widerrufen. Der Widerruf ist in Textform (Brief, Fax, E-Mail) gegenüber der PrismaLife AG zu erklären (Kontaktadressen: PrismaLife AG, Industriestrasse 56, FL-9491 Ruggell, Fax: 00423/237 00 09, E-Mail: info@primalife.com) und muss keine Begründung enthalten. Die Frist beginnt erst nach Erhalt in Textform der Versicherungspolice, der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, der weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtverordnung und dieser Belehrung. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Widerrufsfolgen: Im Falle eines wirksamen Widerrufs wird der Versicherungsvertrag aufgelöst und Sie geniessen keinen Versicherungsschutz mehr.

### KÜNDIGUNG / TEILKÜNDIGUNG

Ich kann meine Fondsgebundene Lebensversicherung jederzeit ganz oder teilweise kündigen. Entbindung von der Schweigepflicht

#### Generelle Ermächtigungsklausel

Ich ermächtige die PrismaLife, zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeeinrichtungen, bei denen ich in Behandlung/Pflege war, bin oder sein werde, sowie andere Personenversicherer und Pflegepersonen und gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden über meine Gesundheitsverhältnisse bei Vertragsabschluss zu befragen. Dies gilt für die Zeit vor der Antragsannahme und die nächsten 10 Jahre nach der Antragsannahme. Die PrismaLife darf auch die Ärzte, die die Todesursache feststellen, und die Ärzte, die mich im letzten Jahr vor meinem Tod untersuchen oder behandeln werden, sowie alle oben genannten Personen bzw. Institutionen über die Todesursache und die Krankheit, die zum Tod geführt hat, befragen.

Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus.

#### Einzelfallermächtigung

Alternativ zur generellen Ermächtigungsklausel habe ich auch die Möglichkeit, mich für eine einzelfallbezogene Informationsbeschaffung zu entscheiden. Dies bedeutet, dass ich in jedem Einzelfall bei Nachfragen bei den o.g. Personen und Institutionen jeweils individuell um Entbindung der Schweigepflicht gebeten werde. Die Einzelfallermächtigung gilt nicht im Falle meines Todes. In diesem Fall gelten die unter der generellen Ermächtigungsklausel aufgeführten Möglichkeiten.

#### Möglichkeit der Selbstbeschaffung der Informationen

Neben der generellen Ermächtigungsklausel und der Einzelfallermächtigung habe ich auch die Möglichkeit, mich für die Selbstbeschaffung der von der PrismaLife benötigten Informationen zu entscheiden. Dies bedeutet, dass

die von der PrismaLife bei den o.g. Personen und Institutionen angeforderten Informationen über mich an die PrismaLife weitergeleitet werden. Ich habe dabei die Möglichkeit, die Informationen zu ergänzen oder deren Auslieferung an die PrismaLife zu widersprechen. Die Möglichkeit der Selbstbeschaffung der Informationen gilt verständlicherweise ebenfalls nicht im Falle meines Todes. In diesem Fall gelten die unter der generellen Ermächtigungsklausel aufgeführten Möglichkeiten.

#### Wichtiger Hinweis

Zur schnellen und effektiven Bearbeitung meines Antrages ist es wichtig, dass die PrismaLife alle o.g. Personen und Institutionen zu meinen im Antrag gemachten Angaben über meine Gesundheitsverhältnisse befragen kann. Deshalb geht die PrismaLife bei der Bearbeitung des Antrages von einer generellen Ermächtigung zur Entbindung der Schweigepflicht aus, sofern ich nicht bei Antragstellung schriftlich mitgeteilt habe, dass ich eine der o.g. Alternativmöglichkeiten wünsche. In diesen Fällen werden mir die dadurch entstehenden Mehrkosten in Rechnung gestellt; auch der Zeitaufwand für die Bearbeitung meines Antrages kann sich hierdurch verlängern. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, der einmal von mir gewählten Schweigepflichtentbindungsklausel zu widersprechen.

#### Datenschutz

Ich willige ein, dass die PrismaLife meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständige/n Versicherungsvertreter/in weitergeben kann, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Ferner willige ich ein, dass der/die Versicherungsvertreter/in meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus auch für die Beratung und Betreuung in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei der Antragsstellung vom Inhalt der Hinweise zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte. Diese Unterlage erhalte ich sofort ausgehändigt, zusammen mit den Vertragsunterlagen. Wichtige Informationen zur Fondsgebundenen Lebensversicherung

Mit diesem Produkt bin ich an der Wertentwicklung des für dieses Produkt konzipierten Sondervermögens beteiligt, dessen Kurs sich nach einer von der PrismaLife festgelegten Performance entwickelt. Diese kann täglich geändert werden. Die Anlage erfolgt in risikoarme Wertpapiere und Fonds. Die PrismaLife gibt keine Garantie über eine Mindestperformance und kann damit auch keine Garantie über die Höhe der Leistungen in EUR übernehmen.

Zur Anlage steht der bezahlte Beitrag abzüglich der bei der Zahlung fälligen Kosten gemäß der Gebührentabelle zur Verfügung. Die Einzelheiten sind in der Versicherungspolice und in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Fondsgebundenen Lebensversicherung geregelt.

### VERSICHERER UND VERTRAGSPARTNER

PrismaLife AG

Industriestrasse 56

FL-9491 Ruggell

Tel: 00423 237 00 00

Fax: 00423 237 00 09