

Barcode hier aufkleben

Vermittlernummer \_\_\_\_\_

Mitarbeiternummer \_\_\_\_\_

IHK-Nummer \_\_\_\_\_

**A) Allgemeine Angaben**

**Antragsteller**

(Versicherungsnehmer/in=VN und mitversicherte Person)

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

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

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
ausgeübter Beruf / Branche \_\_\_\_\_

**Zu versicherndes Kind = Versicherte Person**

(max. Eintrittsalter 17 Jahre)

männl.  weibl. Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Anschrift (nur falls nicht gleich wie beim Antragsteller) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_

**Geltendes Recht**

Für den Versicherungsvertrag, für die Kostenausgleichsvereinbarung und für die Zahlungsausfallversicherung gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

**B) Weitere Angaben zum Antrag auf Fondsgebundene Kinderrentenversicherung**

**Empfänger der Versicherungsleistung**

im Erlebensfall bei Ablauf  Versicherungsnehmer  \_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum (Bitte beachten Sie: die Police ist während der Laufzeit der Kostenausgleichsvereinbarung zur Sicherung abgetreten.)

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

**Vertragsdaten/Beitrag**

mind. 600 EUR pro Jahr  
Zuzahlung: mind. 250 EUR  
Beitragssumme:  
mind. 2.000 EUR

\_\_\_\_\_  
Versicherungsbeginn \_\_\_\_\_ Jahre \_\_\_\_\_ Jahre oder  Endalter 85

\_\_\_\_\_  
Beitragszahlungsdauer \_\_\_\_\_ Jahre \_\_\_\_\_ EUR \_\_\_\_\_ EUR

monatliche \_\_\_\_\_ EUR \_\_\_\_\_ EUR  
periodischer Beitrag \*Ziffer 3 Reduzierter Beitrag während der  
(ab Monat 49) \*Ziffer 19b

jährliche Zahlung \_\_\_\_\_ EUR \_\_\_\_\_ EUR  
einmalige Zuzahlung per Beginn \_\_\_\_\_ EUR \_\_\_\_\_ EUR  
Zuzahlung \*Ziffer 15a

**Kosten**

Laufende Verwaltungskosten für regelmäßige Prämien pro Jahr \_\_\_\_\_ EUR \_\_\_\_\_ EUR  
\*Ziffer 21 Einmalige Verwaltungskosten für die Zuzahlung per Beginn \_\_\_\_\_ EUR  
\*Ziffer 22

**Dynamik**

Ich wünsche eine jährliche Beitragsdynamik von:  10% oder  5%

Ich verzichte ausdrücklich auf das Recht der jährlichen Beitragsdynamik ohne erneute Gesundheitsprüfung

**Fondsanlage**

Die prozentuale Aufteilung muss 100% ergeben, pro Fonds mindestens 25 EUR, nur ganzzahlige Prozentsätze, max. 10 Fonds. Fondsauswahl siehe Vertragsunterlagen.

Für laufenden Beitrag \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ %

Für einmalige Zuzahlung  identisch wie für laufenden Beitrag \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ %

**Beratung**

Der Vermittler hat mich vor Vertragsabschluss entsprechend dem aufgenommenen Beratungsprotokoll beraten: nein  ja

Ich habe schriftlich auf Beratung und Protokollierung verzichtet: nein  ja

Ich habe die Verbraucherinformationen inklusive Vertragsunterlagen rechtzeitig vor Antragstellung erhalten: nein  ja

Ich bestätige ferner, das Produktinformationsblatt zum Produkt PrismaJunior mit KAV rechtzeitig vor Antragsstellung erhalten zu haben. Die darin aufgeführten Angaben unter Punkt 3. entsprechen den Angaben die auf diesem Antrag bzw. in der Gebührentabelle dieser Antragsmappe aufgeführt sind. nein  ja

**Ablaufmanagement**

Ich beantrage das Ablaufmanagement gemäß den Bedingungen für das Ablaufmanagement nein  ja

**Berufsunfähigkeit**

Ich beantrage die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit des VN bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres der VP nein  ja

\*die jeweiligen Ziffern entsprechen den Feldern der Berechnungshilfe

**C) Weitere Angaben zum Antrag auf Kostenausgleichsvereinbarung (separate Kostentilgung)**

\* die jeweiligen Ziffern entsprechen den Feldern der Berechnungshilfe

**Tilgungsplan für den periodischen Beitrag**

Die Tilgung der Abschluss- und Einrichtungskosten erfolgt separat vom Versicherungsvertrag und nicht in Form einer Verrechnung der Kosten mit den Versicherungsbeiträgen. Die Fälligkeit der Einmal- und Teilzahlungen richten sich nach § 2 der Allgemeinen Vertragsbedingungen für die Kostenausgleichsvereinbarung. Die Auflösung des Versicherungsvertrages führt grundsätzlich nicht zur Beendigung dieser Kostenausgleichsvereinbarung.

Abschlusskosten \_\_\_\_\_ EUR plus Einrichtungskosten \_\_\_\_\_ EUR = Barzahlungspreis \_\_\_\_\_ EUR  
\*Ziffer 11 \*Ziffer 12 \*Ziffer 13

- Ich wünsche eine Einmalzahlung der Abschluss- und Einrichtungskosten (zwingend bei Beitragszahlungsdauer < 4 Jahre).
- Ich wünsche eine monatliche Teilzahlung: Die Tilgungsdauer beträgt **48** Monate. Der Nominale Jahreszins beträgt 12%. Der Effektive Jahreszins (§ 6 PreisAngVO) inklusive Zahlungsausfallversicherung beträgt 12%.

Anzahlung per Beginn \_\_\_\_\_ EUR monatliche Teilzahlung \_\_\_\_\_ EUR Teilzahlungspreis \_\_\_\_\_ EUR  
\*Ziffer 14b \*Ziffer 16b \*Ziffer 18b

Die Tilgung der Abschluss- und Einrichtungskosten für die Zuzahlung erfolgt durch eine Einmalzahlung.

**Tilgungsplan für die Zuzahlung**

Abschlusskosten \_\_\_\_\_ EUR plus Einrichtungskosten \_\_\_\_\_ EUR = Barzahlungspreis \_\_\_\_\_ EUR  
\*Ziffer 16a \*Ziffer 17a \*Ziffer 18a

**Sicherungsabtretung**

Der Versicherungsnehmer tritt zur Sicherung der Abschluss- und Einrichtungskostenansprüche der PrismaLife seine gegenwärtigen und zukünftigen Leistungsansprüche aus dem Versicherungsvertrag, welche er bei Ablauf im Erlebensfall oder vorzeitiger Kündigung aus dem Versicherungsvertrag gegen die PrismaLife hat, an diese ab. Die Abtretung ist beschränkt auf die Höhe des Kostenanspruchs der PrismaLife, wobei der Teilzahlungspreis (siehe Tilgungsplan) die absolute Höchstgrenze darstellt.

**Beitrittserklärung**

Ich trete dem Gruppenversicherungsvertrag (PrismaLife KostenausgleichProtect) bei und bin bei gegebener Versicherungsfähigkeit bei Vertragsabschluss nach den Bedingungen zur Absicherung der restlichen Teilzahlungsraten aus der Kostenausgleichsvereinbarung im Falle von Tod, Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit versichert. Voraussetzung ist, dass ich eine Tilgungsdauer von 48 Monaten im Rahmen der Kostenausgleichsvereinbarung abgeschlossen habe.

**D) Zahlweise der Versicherungsbeiträge und der Teilzahlungen zur Kostenausgleichsvereinbarung**

**Zahlweise**

- Lastschriftverfahren (LSV)  Dauerauftrag

Bitte geben Sie auch bei Dauerauftrag die Kontoverbindung an. Zuzahlungen können nur mittels Überweisung bezahlt werden.

Nur bei LSV: Die PrismaLife wird bis auf Widerruf ermächtigt, sämtliche Beträge, die der/die Zahlungspflichtige aus dem Versicherungsverhältnis und der Kostenausgleichsvereinbarung schuldet, von folgendem Konto einzuziehen. Der Einlösungsbeitrag für die Versicherung und die erste Teilzahlung bzw. die Einmalzahlung werden sofort bei Versicherungsbeginn eingezogen.

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

**Beitrags- bzw. Kostenzahler**

\_\_\_\_\_  
 Falls VN nicht Beitrags- bzw. Kostenzahler bzw. Konto-/Depotinhaber: Name, Vorname, Geburtsdatum, Beruf, Anschrift, Staatsangehörigkeit des Beitragszahlers Unterschrift, wenn VN nicht Beitrags- bzw. Kostenzahler bzw. Konto-/Depotinhaber

**E) Risikofragen**

**Fragen an den Versicherungsnehmer**

Nur zu beantworten, wenn Teilzahlung im Rahmen der Kostenausgleichsvereinbarung gewünscht ist.

- Sind Sie?  
 selbständig  angestellt (mind. 30 Stunden pro Woche)  angestellt (weniger als 30 Stunden pro Woche)  
 in Ausbildung / Wehr- / Zivildienst  Saisonkraft  arbeitsuchend  \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ seit wann selbständig / angestellt beim aktuellen Arbeitgeber \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Monat / Jahr)  
 ausgeübter Beruf / Branche
- Sind Sie in den vergangenen 24 Monaten länger als 4 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig gewesen? nein  ja
- Bestehen oder bestanden innerhalb der letzten 10 Jahre eine oder mehrere 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
- Größe \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg

**Weitere Fragen an den Versicherungsnehmer**

- Die folgende Frage bitte immer beantworten:**
- Bestehen oder bestanden innerhalb der letzten 10 Jahre eine oder mehrere 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

- Die folgenden Fragen sind nur zu beantworten, wenn eine Beitragsbefreiung für den Fall der Berufsunfähigkeit mitversichert werden soll:**
- Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren eine oder mehrere der folgenden Gesundheitsstörungen: Wirbelsäulen- oder Gelenkleiden, Depressionen, Psychose, Lähmungen, Rheuma, Asthma, Unfallfolgen mit einem Behinderungsgrad von mehr als 25%? nein  ja
  - Sind Sie in den vergangenen 24 Monaten länger als 4 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig gewesen? nein  ja
  - Größe \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg
  - Beziehen oder bezogen Sie während der letzten 5 Jahre Berufsunfähigkeitsleistungen oder eine Unfallrente oder wurden solche beantragt bzw. wurde eine beantragte Berufsunfähigkeitsversicherung abgelehnt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen? nein  ja

**Fragen zum zu versichernden Kind**

Wurden bei Ihrem Kind z.B. in einer der Vorsorgeuntersuchungen U1-U9 schwere Erkrankungen, Erbkrankheiten, eine HIV-Infektion oder eine dauernde Behinderung (Behinderungsgrad > 50%) festgestellt? nein  ja

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Kunden

## F) Sorgfaltspflichtprüfung

### Identifizierung

Falls Jahresprämie plus Teilzahlung des ersten Jahres plus Zuzahlung 960 EUR übersteigt, bitte 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 \_\_\_\_\_

### Wirtschaftliches Interesse

Ab einer Jahresprämie plus Teilzahlung des ersten Jahres plus Zuzahlung von 960 EUR, bitte Ausweiskopie beilegen.

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

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Anschrift

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

## G) Unterschriften / Belehrungen

### Unterschrift im Rahmen des Versicherungsvertrages

Ich beantrage die Versicherung gemäß dieses Antrages. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben, und dass ich die auf der Antragsrückseite stehende Erklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person gelesen habe. Ich bin damit einverstanden, dass die dort stehenden Erklärungen und die Verbraucherinformationen Bestandteil dieses Versicherungsantrages sind. Mir ist auch bewusst, dass der Rückkaufswert in den ersten Jahren gering sein kann.

Ich, der Antragsteller, bestätige ferner, dass ich eine Durchschrift meines Antrages zur Fondsgebundenen Kinderrentenversicherung erhalten habe. Ferner, dass ich die Versicherungsbedingungen, die Verbraucherinformationen und das Produktinformationsblatt für die Fondsgebundene Kinderrentenversicherung rechtzeitig vor Abgabe meines Antrages in Papierform oder in elektronischer Form (lesbarer CD) erhalten habe.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum  Antragsteller/in VN \_\_\_\_\_  
 gesetzlicher Vertreter/in der VP, wenn VN nicht Elternteil ist \_\_\_\_\_

### Widerrufsrecht im Rahmen des Versicherungsvertrages

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 zu laufen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

**Widerrufsfolgen:** Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Stattdessen zahlen wir den Rückkaufswert. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum  Antragsteller/in VN \_\_\_\_\_  
 Vermittler (Siehe Zusatzklärung des Vermittler für den Antrag) \_\_\_\_\_

### Unterschrift im Rahmen der Kostenausgleichsvereinbarung

Ich beantrage die Kostenausgleichsvereinbarung gemäß dieses Antrages. Ich bestätige, die allgemeinen Bestimmungen für die Kostenausgleichsvereinbarung rechtzeitig vor Antragsstellung in Papierform oder in elektronischer Form (lesbarer CD) erhalten und gelesen zu haben. Ich bin damit einverstanden, dass diese Bedingungen Bestandteil der Kostenausgleichsvereinbarung sind. Ferner bestätige ich, eine Durchschrift meines Antrages auf Kostenausgleichsvereinbarung erhalten zu haben. Ich habe die Sicherungsabtretung meiner Leistungsansprüche an die PrismaLife zu Kenntnis genommen. Mir ist ebenfalls bekannt, dass ich die Kostenausgleichsvereinbarung nicht kündigen kann.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum  Antragsteller/in \_\_\_\_\_

### Widerrufsrecht im Rahmen der Kostenausgleichsvereinbarung

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 mit der vorliegenden Belehrung und der Zurverfügungstellung der Versicherungspolice. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

**Widerrufsfolgen:** Widerrufen Sie diese Kostenausgleichsvereinbarung, mit der Sie Ihre Kostenverpflichtung aus dem Versicherungsvertrag finanzieren, so sind Sie an den betreffenden Versicherungsvertrag nicht gebunden, wenn beide Verträge eine wirtschaftliche Einheit bilden. Dies ist insbesondere anzunehmen, wenn wir -wie hier- zugleich auch ihr Vertragspartner im Rahmen des Versicherungsvertrages sind.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum  Antragsteller/in \_\_\_\_\_

# 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 Annahmehescheidung treffen zu können.

## **PRODUKT FONDSGEBUNDENE KINDERRENTENVERSICHERUNG**

Die Fondsgebundene Kinderrentenversicherung ist eine Versicherung auf den Todes- und Erlebensfall unter unmittelbarer Beteiligung an der Wertentwicklung des/der gewählten Investmentfonds. Erlebt die versicherte Person den Ablauf der Aufschubzeit, erhält die anspruchsberechtigte Person eine lebenslange Rente. Die Höhe der Rente ist vom Wert der Anteilseinheiten (Deckungskapital) abhängig, die der Versicherung zu Beginn der Rentenzahlung insgesamt gutgeschrieben sind. Wird die Kapitaloption gewählt, wird das zum Ablauf der Aufschubzeit vorhandene Fondsvermögen ausgezahlt. Bei Tod der versicherten Person während der Aufschubzeit werden 110% des Deckungskapitals erbracht. Stirbt der Versicherungsnehmer, bevor die versicherte Person das 25. Lebensjahr vollendet hat, so wird der Versicherungsvertrag bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres der versicherten Person beitragsfrei fortgeführt und die in diesem Zeitraum zahlbaren Beiträge in einer einmaligen Zahlung dem Deckungskapital zugeführt. Optional kann die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit des Versicherungsnehmers versichert werden.

## **KOSTENAUSGLEICHSVEREINBARUNG**

Die mit Abschluss des Versicherungsvertrages entstehenden Abschluss- und Einrichtungskosten werden separat über eine Kostenausgleichsvereinbarung, die im Antragsformular mit beantragt wird, ausgeglichen. Die Aufhebung des Versicherungsvertrages führt grundsätzlich nicht zur Beendigung der Kostenausgleichsvereinbarung (Ausnahme: wirksamer Widerruf des Versicherungsvertrages).

## **ZAHLUNGS-AUSFALLVERSICHERUNG**

Die Zahlungsausfallversicherung dient zur Absicherung der Teilzahlungsraten im Rahmen Ihrer Kostenausgleichsvereinbarung mit der PrismaLife im Falle Ihres Todes, Ihrer Arbeitslosigkeit oder Ihrer Arbeitsunfähigkeit. Alle Versicherungsnehmer, die im Rahmen der Kostenausgleichsvereinbarung eine Tilgungsdauer von 48 Monaten beantragen, sind bei gegebener Versicherungsfähigkeit obligatorisch im Rahmen der Zahlungsausfallversicherung versichert.

## **ZUSATZERKLÄRUNG DES VERMITTLERS FÜR DIE ANTRÄGE**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Kunden bei Vertragsabschluss beraten und die Wettbewerbsrichtlinien eingehalten habe. Ich habe diesen Antrag eigenhändig aufgenommen, verfüge über keine abweichenden Kenntnisse betreffend des Gesundheitszustandes der versicherten Person und des Versicherungsnehmers, 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 übermittelte Ausweiskopie mit dem Original übereinstimmt.

## **SCHLUSSERLÄRUNGEN DES/DER ANTRAGSTELLERS/IN UND DER ZU VERSICHERNDEN PERSON FÜR DEN VERSICHERUNGSANTRAG UND DEN ANTRAG AUF KOSTENAUSGLEICHSVEREINBARUNG SOWIE DER ZAHLUNGS-AUSGLEICHS-VERSICHERUNG**

### **VERANTWORTLICHKEIT FÜR DEN VERSICHERUNGSANTRAG**

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

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

### **ÜBERSCHUSSBETEILIGUNG**

Als Fondsgebundene Kinderrentenversicherung ist dieser Vertrag nicht an den Überschüssen beteiligt. Ich bin bei einer Fondsgebundenen Kinderrentenversicherung statt dessen unmittelbar an der Wertentwicklung der gewählten Fonds beteiligt.

### **VERTRAGSGRUNDLAGEN**

Grundlage des Versicherungsvertrages bilden neben den im Versicherungsantrag abgegebenen Erklärungen die Verbraucherinformationen, das Merkblatt zur Datenverarbeitung, die Versicherungsbedingungen sowie die Bedingungen zur Zuwachsversicherung. Die Kostenausgleichsvereinbarung und die Zahlungsausfallversicherung basieren auf den Antragsklärungen und den allgemeinen Vertragsbedingungen. Sowohl die Unterlagen zum Versicherungsvertrag, zur Kostenausgleichsvereinbarung als auch zur Zahlungsausfallversicherung wurden mir rechtzeitig vor meiner Antragsstellung ausgehändigt.

### **WECHSEL DES VERSICHERERS**

Mir ist bekannt, dass die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzweckmäßig und von beiden Unternehmen unerwünscht ist.

### **VERSICHERUNGSSCHUTZ**

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

## **WIDERRUFSRECHTE**

### **Widerrufsrecht im Rahmen des Versicherungsvertrages:**

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 endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Stattdessen zahlen wir den Rückkaufwert. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

### **WIDERRUFSRECHT IM RAHMEN DER KOSTENAUSGLEICHSVEREINBARUNG:**

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 mit der vorliegenden Belehrung und der Zurverfügungstellung Versicherungspolice. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Widerrufsfolgen: Widerrufen Sie diese Kostenausgleichsvereinbarung, mit der Sie Ihre Kostenverpflichtung aus dem Versicherungsvertrag finanzieren, so sind Sie an den betreffenden Versicherungsvertrag nicht gebunden, wenn beide Verträge eine wirtschaftliche Einheit bilden. Dies ist insbesondere anzunehmen, wenn wir –wie hier- zugleich auch ihr Vertragspartner im Rahmen des Versicherungsvertrages sind.

---

## KÜNDIGUNG

Ich kann meine Fondsgebundene Kinderrentenversicherung jederzeit schriftlich kündigen. Meine Kündigung wird 10 Bankarbeitstage nach Zugang bei der PrismaLife wirksam.

---

## HÖHE DES RÜCKKAUFSWERTES

Mir ist bekannt, dass die Beiträge bei der hier abgeschlossenen Fondsgebundenen Kinderrentenversicherung zunächst zur Deckung der vorzeitigen Versicherungsfälle und der Verwaltungskosten verbraucht werden. Deshalb fällt bei Kündigung der Kinderrentenversicherung in den ersten Jahren in der Regel ein niedrigerer Rückkaufswert an.

---

## ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

### Generelle Ermächtigungsklausel

Ich ermächtige die PrismaLife und ihre Rückversicherer, 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 Fragen an die o.g. Personen und Institutionen jeweils individuell um Entbindung der Schweigepflicht gebeten werde. Die Einzelfallermächtigung gilt nicht im Falle meines Todes, insoweit gelten die unter der generellen Ermächtigungsklausel aufgezeigten 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 Aushändigung an die PrismaLife zu widersprechen. Die Möglichkeit der Selbstbeschaffung der Informationen gilt nicht im Falle meines Todes, insoweit gelten die unter der generellen Ermächtigungsklausel aufgezeigten 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.**

**Die Details zur Entbindung der Schweigepflicht des Rückversicherers werden mir in den allgemeinen Versicherungsbedingungen zur Zahlungsausfallversicherung (ZAV) / PrismaLife KostenausgleichProtect näher beschrieben.**

---

## DATENSCHUTZ

Ich willige ein, dass die PrismaLife im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Durchführung des Versicherungsvertrages (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) und aus der Kostenausgleichsvereinbarung (Übermittlung der Daten zur Vorfinanzierung der Abschluss- und Einrichtungskosten an Kreditinstitute) ergeben, an den Rückversicherer zur Beurteilung des mit dem Versicherungsantrags und mit der Kostenausgleichsvereinbarung verbundenen Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung und der Ansprüche an andere Versicherer, Auskunfteien und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer) übermittelt. Darüber hinaus willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten bei der PrismaLife zur Durchführung der Zahlungsausfallversicherung (zur Absicherung der Teilzahlungsraten im Rahmen der Kostenausgleichsvereinbarung) gespeichert und an anderer Rückversicherer bzw. Versicherer zur Beurteilung der damit verbundenen Risiken und zur Abwicklung einer Rückversicherung bzw. Gruppenversicherung und der Ansprüche an andere Versicherer weitergegeben werden. Diese Einwilligung gilt auch (unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages) für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen. Ich willige ferner ein, dass die PrismaLife meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständige/n Vermittler/in weitergeben darf, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Antrags- und Vertragsbearbeitung erforderlich ist. Ohne Einfluss auf den Vertrag und

jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus auch für die Beratung und Betreuung in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei der Antragstellung vom Inhalt der Hinweise zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte. Diese Unterlagen erhalte ich sofort ausgehändigt, zusammen mit meinen Vertragsunterlagen. Wegen eventuell weiterer Auskünfte und Erläuterungen zur Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer gespeicherten Daten wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten unseres Hauses unter der unten angegebenen Adresse.

---

## WICHTIGE INFORMATIONEN ZUR FONDSGEBUNDENEN KINDERRENTENVERSICHERUNG

Durch unmittelbare Beteiligung an der Wertentwicklung eines oder mehrerer Fonds erhalte ich mit der Fondsgebundenen Kinderrentenversicherung Versicherungsschutz mit der Chance, im Fall von besonders positiven Entwicklungen der Fonds einen besonderen Wertzuwachs zu erzielen. Dafür trage ich aber auch das volle Risiko der Wertminderung des Fondsvermögens. Da die Wertentwicklung nicht vorhersehbar ist, kann der Geldwert der Versicherungsleistungen nicht garantiert werden. Die PrismaLife stellt mir bei Abschluss einer Fondsgebundenen Kinderrentenversicherung verschiedene Fonds zur eigenverantwortlichen Auswahl und deren Fondsinformationen zur Verfügung. Zur Fondsanlage steht der Teil meiner Beiträge zur Verfügung, der nicht der Deckung der Versicherungskosten und der mit der Verwaltung des Vertrages verbundenen Kosten dient. Alle Einzelheiten sind in den Versicherungsbedingungen zur Fondsgebundenen Kinderrentenversicherung geregelt. Auf die Möglichkeiten der jederzeitigen Anforderung der Verkaufsprospekte wurde ich hingewiesen. Ich mache derzeit hiervon keinen Gebrauch.

---

## VERSICHERER UND VERTRAGSPARTNER

PrismaLife AG  
Industriestrasse 56  
FL-9491 Ruggell  
Tel: 00423 237 00 00  
Fax: 00423 237 00 09