

ANTRAG – VorsorgePlan (3b)

Fondsgebundene Lebensversicherung mit Einmalprämie der Nucleus Life AG

VERSICHERUNGSNEHMER

Familienname / Firmenname	Titel, Vorname	Geburts- / Gründungsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Strasse, Hausnummer	Postleitzahl, Ort	Land	
Nationalität(en) - bitte alle angeben	E-Mail, Telefon	Beruf, Arbeitgeber / Branche (Vorberuf bei Rentnern) <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt	
Identitätsprüfung: <input type="checkbox"/> persönlich <input type="checkbox"/> Post Ident	Beiliegender Identitätsnachweis* (für natürliche Personen) <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Personalausweis	Beiliegender Identitätsnachweis** (für juristische Person) <input type="checkbox"/> Handelsregisterauszug und Statuten	
Steuernummer/n o. Steueridentifikationsnummer/n		Steuerort/e	

*leserliche Kopie des Ausweises oder Reisepasses, mit Bestätigung des Vermittlers die zu identifizierende Person persönlich gesehen zu haben (Stempel, Unterschrift, Ort und Datum).

BEANTRAGTE VERSICHERUNG

Gewünschter Versicherungszeitraum

Versicherungsbeginn (Zeitpunkt des Geldeingangs, wenn anderes Datum gewünscht, bitte angeben)	Versicherungsdauer (min. 10 Jahre, maximal bis zum ____ Lebensjahr der versicherten Person)	Der Versicherungsnehmer stimmt zu, dass der Versicherungsschutz schon vor Ablauf der 30-tägigen Widerrufsfrist zu diesem Termin beginnt.
---	---	--

Einmalprämie (mind. CHF 15'000.-)

Währung (Referenzwährung des Vertrages) CHF	Betrag	Prämienzahlung per <input type="checkbox"/> Überweisung <input type="checkbox"/> Depotübertrag
--	--------	---

Todesfallschutz

Die Mindesttodesfallleistung ermittelt sich als fixer Betrag aus der Höhe der Einmalprämie und der zugrundeliegenden Vertragslaufzeit. Todesfallleistung = Bruttoeinmalprämie (nach Stempelabgabe) mit 1,05% p.a. verzinst für die Dauer der Vertragslaufzeit oder der Rückkaufswert, falls dieser höher ist.

Spezielle Konditionen und Bemerkungen

Informationen zu vom Tarif abweichenden Konditionen (*handschriftlich notieren*)

Anlagestrategie / Fonds

Ich als Versicherungsnehmer akzeptiere, dass ich einzig und allein verantwortlich für die Auswahl der Anlageprodukte bin und dass ich mir bewusst bin, dass Kursentwicklungen in der Vergangenheit keine Gewähr für künftige Kursentwicklungen sind. Der Wert eines Anlageproduktes kann deshalb höher oder tiefer sein als der investierte Betrag. (möglich ist eine individuelle QDER Vermögensverwaltung)

Individuelle Fondsauswahl

Fondsbezeichnung	ISIN-Code oder WKN	Gewichtung
Cash		5%
		%
		%
		%
		%
		%

VERSICHERTE PERSON

Ist identisch mit dem Versicherungsnehmer

Fragen an die zu versichernde Person

Sind Sie in den vergangenen 24 Monaten länger als 4 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig gewesen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren eine oder mehrere der folgenden Krankheiten: Bandscheiben- oder Hüftleiden, Depression, Psychose, Diabetes, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzoperation, Hepatitis, Krebs, Lähmungen, Nierenversagen, Multiple Sklerose, HIV/Aids, Schlaganfall?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Grösse / Gewicht	cm	kg

Einwilligung in die Erhebung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Der Versicherer überprüft Ihre in diesem Antrag gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand, soweit dies zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten. Außerdem kann es im Leistungsfall erforderlich sein, dass der Versicherer die Angaben prüft, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z.B. eines Krankenhauses oder von Angehörigen

eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation). Hierfür benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung. Diese können Sie bereits hier oder später im Einzelfall erteilen.

Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit 1 (Pauschale Einwilligung):

In die Erhebung der für die Überprüfung der zu versichernden Risiken und des Leistungsfallendes notwendigen Gesundheitsdaten willige ich hiermit ein. Zu diesem Zweck befreie ich zudem Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe oder soweit diese im Leistungsfall in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder an der Heilbehandlung beteiligt waren. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung und Einwilligung entsprechend –

und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsabschluss. Diese Erklärungen gelten auch über Ihren Tod hinaus; Sie können sie jederzeit widerrufen und verlangen, dass jede Erhebung Ihrer gesonderten Einwilligung im Einzelfall bedarf. Zudem wird der Versicherer Sie vor jeder Datenerhebung, wie sie oben beschrieben wird, unterrichten und darauf hinweisen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.

Möglichkeit 2 (Einzeleinwilligung):

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass Sie mich informieren, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich mit der Erhebung einverstanden bin und die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht durch schriftliche Erklärung entbinde. Dies kann den Abschluss des von mir beantragten Versicherungsvertrages bzw. die Prüfung des Leistungsfallendes verzögern

Ort und Datum	Unterschrift Versicherte Person
	▶

WIRTSCHAFTLICH BERECHTIGTE PERSONEN UND HERKUNFT DER VERMÖGENSWERTE

Wirtschaftlich berechtigte Personen

Wirtschaftlich berechtigt an den eingebrachten Vermögenswerten ist/sind: <input type="checkbox"/> der Versicherungsnehmer selbst <input type="checkbox"/> folgende Drittperson: (Name, Vorname) _____ <i>Drittperson muss identifiziert werden (Beiblatt "Identifikation weiterer Personen")</i>	Hält der wirtschaftlich Berechtigte eine in der Öffentlichkeit stehende Funktion ein (Regierung, Politik, Verwaltung, Militär oder hohe Funktion in einem Unternehmen) oder steht einer solchen Person nahe? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, dann welche(r)? _____
---	---

Herkunft der eingebrachten Vermögenswerte

Die eingebrachten Vermögenswerte stammen aus: <input type="checkbox"/> Gehalt oder Erspartem <input type="checkbox"/> Erbschaft oder Schenkung <input type="checkbox"/> Lotteriegewinn <input type="checkbox"/> andere Herkunft: _____ <i>Bitte einen der Situation entsprechenden, probaten Beleg zur Herkunft der Gelder beifügen.</i>	Verkauf von Unternehmensbeteiligungen <input type="checkbox"/> Verkauf von Immobilien <input type="checkbox"/> Erträgen aus anderen Anlagen	Auftraggebende Bank (Ist zwingend anzugeben, auch bei Überweisung oder Depoteinzug. Bei mehreren bitte Beiblatt benutzen) _____ Ort / Land _____ Name des Auftraggebers / Kontoinhabers _____
---	---	--

KORRESPONDENZ

Zustellung der Police und aller Korrespondenz an: (eine wählen) <input type="checkbox"/> der Versicherungsnehmer selbst <input type="checkbox"/> den Vermittler <input type="checkbox"/> nebenstehende Korrespondenzadresse <i>hierneben ausfüllen</i>	Addressat: Name, Vorname / Firma - Adresse - PLZ, Ort, Land _____	Zusätzlich soll der Vermittler bis auf Widerruf eine Kopie aller Korrespondenz erhalten: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	--	---

Der Versicherer hat seine Informationspflichten erfüllt, wenn er sämtliche Mitteilungen an Sie bzw. die oben benannten Personen zustellt. Er haftet nicht für die korrekte Weiterleitung der Informationen durch diese von Ihnen benannten Dritten.

REGELUNG DER BEZUGSRECHTE

Begünstigte Personen im Erlebensfall

Vollständiger Name	Geschlecht	Geburtsdatum	Gewichtung	unwiderruflich
	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		%	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		%	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		%	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		%	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Begünstigte Personen im Todesfall

Vollständiger Name	Geschlecht	Geburtsdatum	Gewichtung	unwiderruflich
	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		%	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		%	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		%	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		%	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Im Falle unwiderruflicher Bezugsrechte müssen die Begünstigten ebenfalls identifiziert werden (siehe Beiblatt "Identifikation weiterer Personen").

BESTÄTIGUNG DER ANTRAGSSTELLUNG

Der Versicherungsnehmer beantragt den Abschluss der fondsgebundenen Lebensversicherung mit Einmalprämie der Nucleus Life AG auf der Grundlage dieses Antrages und der Allgemeinen Vertragsbedingungen sowie der anderen überlassenen Dokumente. An diesen Antrag ist er sechs Wochen ab Eingang beim Versicherer gebunden.

Der Versicherungsnehmer stimmt zu, dass der Versicherungsschutz schon vor Ablauf der 30-tägigen Rücktrittsfrist beginnt.

BELEHRUNG ÜBER IHR RÜCKTRITTSRECHT, DESSEN AUSÜBUNG UND DIE FOLGEN

Sie können von Ihrer Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) gemäß § 89 a VVG zurücktreten. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die weiteren Informationen nach § 3 VVG und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Rücktrittsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Rücktritts. Der Rücktritt hat die unten beschriebenen Rechtsfolgen. Er ist zu richten an:

Nucleus Life AG | Bangarten 10 | FL-9490 Vaduz | Liechtenstein

Mit Zugang Ihres Rücktritts endet Ihr Versicherungsschutz. Soweit Sie auf den zu zahlenden Betrag (Einmalprämie) hingewiesen wurden und zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Rücktrittsfrist beginnt, müssen Sie uns den auf die Zeit bis zum Zugang des Rücktritts entfallenden Teil der Einmalprämie bezahlen. Das Gleiche gilt, wenn Sie bereits Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben. In beiden Fällen erstatten wir Ihnen unverzüglich, spätestens aber innerhalb von 30 Kalendertagen, den auf die Zeit nach Zugang des Rücktritts entfallenden Teil der Einmalprämie oder – wenn dieser höher ist – den etwaigen Vertragswert. Nur wenn Sie noch keine Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben und ein Hinweis auf die zu zahlende Einmalprämie fehlt, erstatten wir Ihnen, wenn dies für Sie günstiger ist als der Vertragswert, die gesamte gezahlte Einmalprämie.

Ihr Rücktrittsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Rücktrittsrecht ausgeübt haben.

Ort und Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer



EINWILLIGUNG NACH DEM DATENSCHUTZGESETZ

Ich willige ein, dass meine Antragsdaten an die Nucleus Life AG und an den Vermögensverwalter des Vertragsportfolios weitergegeben werden und dass meine Daten dort zur Durchführung des Versicherungsvertrages weiter verarbeitet und gespeichert werden. Die zu versichernde Person ist damit einverstanden, dass, unabhängig vom Zustandekommen dieses Vertrages, die Nucleus Life AG die Daten dieses Antrags (z.B. Prämie, versicherte Ereignisse, Risiko- oder Vertragsänderungen) zur ordnungsgemäßen Beurteilung von Risiken und Ansprüchen sowie zur Erfüllung des Vertrages an Rückversicherer weiterleiten kann. Außerdem können diese Daten für zukünftig bei der Nucleus Life AG gestellte Anträge genutzt werden. Ich bin

damit einverstanden, dass die Nucleus Life AG Vertragsdaten an Vermittler von Produkten der Nucleus Life AG weiterleitet, jedoch nur insoweit, als dies zur ordnungsgemäßen Durchführung der mit diesem Antragsformular abgeschlossenen Verträge erforderlich ist. Angaben zur Gesundheit dürfen nur an die Nucleus Life AG, an Rückversicherer oder ärztliches Personal weitergeleitet werden, wenn weitere medizinische Informationen verlangt werden, die zur ordnungsgemäßen Prüfung oder Abwicklung der mit diesem Antragsformular geschlossenen Verträge erforderlich sind. Jederzeit widerrufbar willige ich ferner ein, dass der Vermittler die Daten dieses Antrags für die Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen

darf. Ich bin darüber informiert worden, dass ich detaillierte Informationen über die Verarbeitung meiner Daten im Merkblatt zur Datenverarbeitung erhalte, welches mir auf Anfrage bei der Antragsstellung überlassen wird.

AUFSICHTSBEHÖRDE

Die Versicherungsaufsichtsbehörde ist die Finanzmarktaufsicht Liechtenstein, Landstrasse 109, Postfach 279, FL-9490 Vaduz, Abt. Versicherungsunternehmen und Vorsorgeeinrichtungen.

US-Bezug von Versicherungsnehmern (FATCA)

Mit dem Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) vom 18. März 2010 wollen die USA erreichen, dass sämtliche im Ausland gehaltenen Konten von Personen, die in den USA der Steuerpflicht unterliegen, in den USA tatsächlich besteuert werden. Liechtenstein hat am 16. Mai 2014 ein FATCA-Abkommen nach dem Modell 1 sowie ein Memorandum of Understanding (MoU) unterzeichnet. Das Modell 1 Abkommen beruht auf der Grundlage des automatischen Informationsaustauschs, d. h. die Finanzinstitute der Partner-Jurisdiktionen erstatten Meldungen über Konten von US-Personen an ihre Steuerbehörden, welche diese Informationen an die US-Steuerbehörde (IRS) weiterleiten.

natürliche Personen

Bitte befüllen Sie das Formular:

„Selbstzertifizierung für natürliche Personen – AIA/FATCA“

Und legen dieses dem Antrag bei.

Steuern / Common Reporting Standard (CRS) / Automatischer Informationsaustausch (AIA)

Bei Common Reporting Standard (CRS) handelt es sich um den internationalen automatischen Austausch von Informationen zu Finanzkonten. Der CRS wurde von der OECD und der Europäischen Union zur Förderung der Steuerehrlichkeit entwickelt. Liechtenstein gehört zu den Staaten, die den CRS umsetzen. Im Rahmen von CRS müssen Kunden, die in einem CRS-Staat steuerlich ansässig sind, in einem einheitlichen Reporting an die jeweilige nationale Steuerbehörde gemeldet werden. Die in Liechtenstein ansässigen Finanzinstitute, so auch Nucleus Life AG, melden ihre Daten über die Steuerverwaltung (STV) in Vaduz an die ausländischen Steuerbehörden.

natürliche Personen

Bitte befüllen Sie das Formular:

„Selbstzertifizierung für natürliche Personen – AIA/FATCA“

Und legen dieses dem Antrag bei.

Die zu versichernde Person bestätigt mit ihrer Unterschrift den ausgefüllten Antrag gelesen zu haben sowie die Richtigkeit und Vollständigkeit der sie betreffenden Angaben in diesem Antrag und erteilt ihre Zustimmung zum Abschluss der Police durch den Versicherungsnehmer.

Ort und Datum	Unterschrift Versicherte Person
	▶

Vorherige genannte Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne ich an:

Ort und Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer
	▶

Der Versicherer behält sich das Recht vor, dem Antrag nicht stattzugeben, den Vertragsabschluss an das Einreichen zusätzlicher Unterlagen zu knüpfen oder Zusatzinformationen anzufordern, die der Entscheidungsgrundlage der Antragsannahme dienlich sind.

Ort und Datum	Name und Firma des Vermittlers	Unterschrift des Vermittlers	Stempel des Vermittlers
		▶	▶

>> EINE EXAMPLAR DIESES ANTRAGES IST DEM KUNDEN AUSZUHÄNDIGEN! <<