

Änderungen der Fondsgebundenen Lebensversicherung

ASPECTA

Assurance International AG
Landstrasse 124, Postfach 101
FL-9490 Vaduz, Liechtenstein
Tel. +423-239-30 30 / Fax -DW -33

Zutreffendes bitte ankreuzen

Vertriebspartner:



Postfach 458, 8260 Stein am Rhein,
Tel. 052-740 44 55, Fax 052-740 44 56

Orga-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--

Antrags-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Versicherungsnehmer (Familienname, Vorname, Titel)

Namensänderung

- Versicherungsnehmer
- Versicherte Person

(Familienname, Vorname, Titel)

Neue Adresse

Strasse, Nr.:

Postleitzahl:

Ort:

Ab 1.

Ab sofort

wird beantragt auf den:

Änderung der Versicherungssumme, der Dynamik, der Prämie bzw. des Ablaufjahres ab dem:

Todesfallsumme in %: _____

Prämie neu: _____

monatlich

vierteljährlich

Versicherungsablauf

Dynamik in %: _____

halbjährlich

jährlich

Jahr:

Identifizierung des Versicherungsnehmers bzw. der für ihn auftretenden Person nach dem Geldwäschereigesetz

Eine Identifizierungsmaßnahme ist jedenfalls erforderlich, wenn der Betrag einer periodischen Versicherungsprämie den Betrag von jährlich CHF 1'500.—pro Versicherungsnehmer (bzw der zu identifizierenden Person) übersteigt oder eine einmalige Versicherungsprämie mehr als CHF 4'000.—beträgt oder mehr als CHF 4'000.—auf ein Prämiendepot gezahlt werden.

Identifizierung des Versicherungsnehmers oder der zu identifizierenden Person erfolgte durch folgendes Dokument (zwingend Kopie des Dokumentes beilegen)

Identitätskarten-Nr.

Name des Identifizierten

Ausstellende Behörde

Geburtsort des Identifizierten

Reisepass-Nr.

--

--

--

--

(keine anderen Dokumente)

Wer hat identifiziert: Name / Anschrift / Unterschrift

--

Änderung der Fonds

Bisher:

Fonds:	Val.-Nr. :	Anteil %
1		
2		
3		
4		
5		

Gewünschte Fonds neu, gültig ab dem :

Fonds :	Val.-Nr. :	Anteil %
1		
2		
3		
4		
5		

Änderung Anlagemix:

Wachstum

Ausgewogen

Konservativ

ab dem:

Änderung der Zahlungsart auf:

jährlich

halbjährlich

vierteljährlich

monatlich

Prämienbefreiung bei Erwebsausfall (EUZ) bis max. 65. Altersjahr

ab dem:

Wartefrist:

3 Monate

6 Monate

12 Monate

24 Monate

Beruf: _____

Ausgeübte Tätigkeit: _____

Prämienfreistellung:

1 Jahr

2 Jahre

3 Jahre

Ich nehme zur Kenntnis, dass durch die Prämienfreistellung der Versicherungsschutz ganz, bzw. teilweise erlischt.

Wiederherstellung des Versicherungsschutzes

Nachzahlung des Prämienrückstandes

Änderung der Begünstigung

Im Todesfall

Name:

Geb.-Datum:

Name:

Geb.-Datum:

Im Erlebensfall

Name:

Geb.-Datum:

Ich bestätige, dass keine sonstigen Abreden getroffen wurden. Die Antragskopie wurde übernommen.

(Unterschriften des Gläubigers und/oder des Versicherungsnehmer auf der Rückseite)

Bitte wenden

Bei verpfändeten/vinkulierten Verträgen ist die Unterschrift des Gläubigers erforderlich wenn:

- die Versicherungssumme für die restliche Vertragsdauer aufgestockt wird
- die Versicherungssumme für die restliche Vertragsdauer herabgesetzt wird
- der Versicherungsablauf verlängert wird.

Erklärung der versicherten Person(en): Die Beantwortung ist erforderlich wenn:

- die Lebensversicherung für die restliche Vertragsdauer aufgestockt,
- der Versicherungsablauf verlängert
- die Dynamikklausel eingeschlossen,
- die Prämienbefreiung eingeschlossen wird.

Fragen zur Gesundheit (zutreffendes bitte ankreuzen) ☒	Versicherungsnehmer	Versicherte Person/Kind
1 Angaben zu Grösse und Gewicht	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg
2 Fühlen Sie sich vollkommen gesund, beschwerdefrei und arbeitsfähig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Arbeitsunfähig seit: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Arbeitsunfähig seit: _____
3 Stehen Sie derzeit in medizinischer Behandlung oder Kontrolle?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Erläuterung: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Erläuterung: _____
4 Sind Sie im Beruf, in der Freizeit oder im Sport besonderen Gefahren ausgesetzt (z.B. Umgang mit Sprengstoffen, oder energiereichen Strahlen, Teilnahme an Sport- oder Drachenflügen, Wettfahrten, langandauernde Aufenthalte in einem aussereuropäischen Land)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche?: Wo?:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche?: Wo?:
5 Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Gesundheitsstörungen, körperliche oder geistige Schäden oder haben Sie andere Leiden oder Unfallfolgen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche?:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche?:
6 Haben in den letzten 5 Jahren Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen durch Ärzte oder andere Behandler stattgefunden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche?:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche?:
7 Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmässig Medikamente oder Drogen, z.B. Schlaf-, Beruhigungs- oder Rauschmittel, Alkohol?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche?:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche?:
8 Wurde bei Ihnen eine HIV(AIDS)-Infektion festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9 Wurden bereits Anträge oder Versicherungen auf Ihr Leben von einer anderen Gesellschaft zu erschwerten Bedingungen angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Weshalb?:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Weshalb?:
10 Bestehen bereits Versicherungen auf Ihr Leben bzw. sind welche beantragt? Wenn ja: Name der Gesellschaft: Versicherungssumme:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ _____
Wer ist Ihr Hausarzt, oder welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert?	Name, Anschrift, Telefon	Name, Anschrift, Telefon
Name und Anschriften weiterer Ärzte/Krankenhäuser	Name, Anschrift, Telefon	Name, Anschrift, Telefon

Alle Fragen wurden von mir nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet. Ich stimme ausdrücklich zu, dass

- Der Versicherer die im Zusammenhang mit der Versicherung stehenden Daten an andere Versicherungsunternehmen oder Gemeinschaftseinrichtungen der Versicherungsunternehmen übermittelt.
- Alle Sanitätsberufe, Versicherungsträger, Behörden usw. im Sinne des Datenschutzgesetzes ermächtigt und beauftragt sind, der Aspecta jede gewünschte Auskunft über meinen Gesundheitszustand, eine Behandlung oder einen Vorfall zu geben und vor Gericht zu bezeugen.

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift des Versicherungsnehmers _____ Unterschrift der versicherten Person _____

Unterschrift des Gläubigers falls Vertrag vinkuliert/verpfändet: _____ Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift Versicherungsnehmer: _____