

Änderungsantrag für Lebensversicherungen

Personenangaben

Police Nr.

Versicherungsnehmer

Versicherte Person

Heutige Berufstätigkeit

Branche

Strasse/Hausnummer

PLZ/Ort

AHV-Nr. der im Erlebensfall begünstigten natürlichen Person(en)¹

Geburtsdatum

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

BVG

Ja Nein

Erwerbsstatus angestellt selbständig in Ausbildung/Kind Hausarbeit
 arbeitslos pensioniert IV-Rentner

Gewünschte Änderung(en)

Abtretung

Der bisherige Versicherungsnehmer tritt sämtliche Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag ab an:

Herr Frau Firma

Titel

Vorname

Name/Firma

Geburts-/Gründungsdatum

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

Geburtsland

Telefon-Nummer

E-Mail

Nationalität(en) (wenn mehrere, alle angeben)

Effektive Wohnadresse/Statutarischer Sitz: Strasse/Nr./PLZ/Ort/Land

Sind Sie Staatsbürger der USA oder unterliegen Sie anderweitig der Besteuerung durch die USA?
 Sind Sie in einem Land ausserhalb der Schweiz oder den USA steuerpflichtig?

Ja Nein
 Ja Nein

Falls Sie eine der Fragen mit «Ja» beantwortet haben, füllen Sie bitte das Formular «Selbsterklärung für Personen, die im Ausland steuerpflichtig sind» aus.

Ort, Datum

Unterschrift des bisherigen
Versicherungsnehmers

Der am Schluss unterzeichnete, neue Versicherungsnehmer übernimmt alle Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag. Identitätsprüfung erforderlich (neuer Versicherungsnehmer; siehe Abschnitte «Identitätsprüfung» und «Wirtschaftliche Berechtigung»).

Die Begünstigungsklausel

bleibt unverändert ändert gemäss Formular «Begünstigungsregelung»

Neuer Korrespondenzempfänger

Zurich wird beauftragt, alle Mitteilungen (Rechnungen, Korrespondenz und Mahnungen) zuzustellen an:

Zurich wird beauftragt, nur die Prämienrechnungen und Mahnungen zuzustellen an:

Name/Firma

Adresse

Änderung der Prämienzahlungsart

Neue Prämienzahlungsart ab nächstem Hauptverfall:

jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich

Zuschläge:

jährlich	kein Zuschlag
halbjährlich	Zuschlag 2%
vierteljährlich	Zuschlag 3%
monatlich	Zuschlag 5%

Ausnahme anteilgebundene Tarife:

- Kein Zuschlag für den Haupttarif Vorsorge Premium (alle Tarifvarianten) sowie alle anderen anteilgebundenen Haupttarife ab Tarifvariante 9
- Zuschlag CHF 10 pro Rate für anteilgebundene Tarife bis Tarifvariante 7

Eröffnung Prämien depot/-sperrdepot

Prämien depot Prämien sperrdepot

Folgende Policen werden über das Depot finanziert

Bitte den Abschnitt «Wirtschaftliche Berechtigung» ausfüllen.

Zudem Identitätsprüfung (siehe Abschnitt «Identitätsprüfung») erforderlich, wenn im bestehenden Vertrag noch nicht durchgeführt.

Sind Sie Staatsbürger der USA oder unterliegen Sie anderweitig der Besteuerung durch die USA?

Ja Nein

Sind Sie in einem Land ausserhalb der Schweiz oder den USA steuerpflichtig?

Ja Nein

Falls Sie eine der Fragen mit «Ja» beantwortet haben, füllen Sie bitte das Formular «Selbstdeklaration für Personen, die im Ausland steuerpflichtig sind» aus.

Wiederinkraftsetzung der Versicherung

mit Nachzahlung der ausstehenden Prämien

ohne Nachzahlung der ausstehenden Prämien (gleiche Prämie, reduzierte Leistungen)

ohne Nachzahlung der ausstehenden Prämien (gleiche Leistung, höhere Prämie)

Gesundheitsnachweis:

liegt bei folgt separat nicht nötig

Änderung der Versicherungsleistungen

Die Versicherungsleistungen sind wie folgt anzupassen:

Per (Datum in der Zukunft) Ausbaugarantie/Lebensphasenkonzept Ja Nein

Dynamik, automatische Anpassung der Prämien an die steuerbegünstigten Abzugslimiten in der gebundenen Vorsorge

Änderung Integral: Neu Plan 1 2 % EUF-Rente 3

Änderung:	1 Ausschluss von	2 Einschluss von	3 Herabsetzung auf	4 Erhöhung auf	5 Änderung der Wartefrist	6 Änderung der Vertragsdauer		
1-6	Person	Tarif	Dauer n k l	WF Mt	Betrag	Jahresprämie netto	Einmalprämie netto	AU

Gesamtprämie Police

WF = Wartefrist AU = Ausschluss der Unfalldeckung n = Versicherungsdauer k = Prämienzahlungsdauer l = Leistungsdauer

Versicherungsleistung und Prämie gemäss beiliegender Berechnung

Gesundheitsnachweis liegt bei folgt separat nicht nötig

Widerruf der Kündigung vom

Teil-Rückkauf² Betrag

Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung auf den nächsten Prämienverfall

Rückkauf²

² Bitte füllen Sie zusätzlich den Block «Zahlungsverbindung» aus.

Bitte beachten Sie, dass Änderungen an rückkaufsfähigen Tarifen auch eine Änderung der künftigen Rückkaufs- und Umwandlungswerte nach sich ziehen. Ob ein Tarif rückkaufsfähig ist, können Sie in den entsprechenden Vertragsbedingungen nachlesen. Rückkaufs- und Umwandlungswerttabellen, die Ihnen allenfalls bei Abschluss des Vertrages abgegeben wurden, verlieren somit ihre Gültigkeit.

Bei Leistungserhöhungen fallen in der Regel neue Abschlusskosten an. Diese werden in den folgenden Versicherungsjahren aus der Prämie finanziert. Dies wirkt sich entsprechend auf die Entwicklung des Rückkaufs- und Umwandlungswertes aus.

**Bei Leistungserhöhung, bitte den Abschnitt «Wirtschaftliche Berechtigung» ausfüllen.
Zudem Identitätsprüfung (siehe Abschnitt «Identitätsprüfung») erforderlich, wenn im bestehenden Vertrag noch nicht durchgeführt.**

Zahlungsverbindung

Kontoinhaber: Vorname Name

IBAN

Sind Sie Staatsbürger der USA oder unterliegen Sie anderweitig der Besteuerung durch die USA? Ja Nein

Sind Sie in einem Land ausserhalb der Schweiz oder den USA steuerpflichtig? Ja Nein

Falls Sie eine der Fragen mit «Ja» beantwortet haben, füllen Sie bitte das Formular «Selbstdeklaration für Personen, die im Ausland steuerpflichtig sind» aus.

¹ **AHV-Nummer(n) des(r) Anspruchsberechtigten:** Das Verrechnungssteuergesetz verlangt die zwingende Angabe und Meldung der AHV-Nr(n). des(r) Anspruchsberechtigten in der Steuermeldung an die Eidg. Steuerverwaltung. Anspruchsberechtigt ist die natürliche Person, welche die Versicherungsleistung beanspruchen kann (Begünstigte Person(en)), und entspricht nicht zwingend dem(r) Kontoinhaber(in) der Auszahlung. Bei unterschiedlichen Anspruchsberechtigten sind alle AHV-Nrn. anzugeben

Für Versicherungsnehmer oder Anspruchsberechtigte mit Wohnsitz in der Schweiz erfolgt eine Meldung an die Eidg. Steuerverwaltung (gemäss Bundesgesetz über die Verrechnungssteuer). Die Versicherungsgesellschaften sind verpflichtet Kapitalleistungen der Eidg. Steuerverwaltung zu melden, sofern die Summe den Betrag von CHF 5'000 übersteigt. Wird gegen die Steuermeldung Einspruch erhoben, ist Zurich verpflichtet 8% zu Lasten der Versicherungsleistung der Eidg. Steuerverwaltung abzuliefern, ohne dabei den Namen des Anspruchsberechtigten bekannt zu geben. Ohne Ihren Gegenbericht werden wir für die vorliegende Leistung eine Steuermeldung vornehmen.

Ich bitte Sie, die Meldung an die Eidg. Steuerverwaltung zu unterlassen.

Änderung der Anlagestrategie

Dynamic Life 3a, Capital Fund (Tarifgrundlagen 13 und 14), CapitalFund eaZy

Switch vom gegenwärtigen Anlageplan _____ in den Anlageplan _____

Bitte ausgefülltes Anlegerprofil beilegen.

Vorsorge Premium

Übertrag von Guthaben im Hebelzertifikat in den Anlagefonds mit
Kapitalschutzkomponente in Höhe von _____ CHF _____

Die Gebühr von CHF 30 für den Übertrag wird direkt vom Anlagedeckungskapital abgezogen.

Das Anlegerprofil ist nicht notwendig.

CapitalFund/CapitalGarant

Ausstieg aus Anlageplan _____ Einstieg in Anlageplan _____

Verkauf von Anteilen wie folgt: _____ Kauf von Anteilen wie folgt: _____

Fonds/Zertifikat	ISIN	Betrag in CHF	Fonds/Zertifikat	ISIN	in %	Investition der zukünftigen Sparprämien in %
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Bis zu fünf Fonds maximal können beliebig kombiniert werden. Der Mindestanteil pro Fonds beträgt 10%.

Bitte ausgefülltes Anlegerprofil beilegen.

Dynamic Life

Verkauf von Fondsanteilen zum Erwerb neuer Fondsanteile

Valoren Nr.	Fondsname	Anzahl Anteile
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Kauf von Fondsanteilen (Bitte ausgefülltes Anlegerprofil beilegen)

Valoren Nr.	Fondsname	Anzahl Anteile
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Risikofrage an die versicherte Person bei Verlängerung der Dauer der 3a-Police

Zu beantworten, wenn bei Kapital bildenden Lebensversicherungen der Säule 3a (gebundene Vorsorge) die Dauer verlängert werden soll, weil auch nach dem ordentlichen Pensionierungsalter einer Erwerbstätigkeit nachgegangen wird.

Sind Sie gesund, vollständig arbeitsfähig, nehmen keine Medikamente (ausgenommen Empfängnisverhütung), haben keine Gesundheitsstörung und waren in den letzten 3 Jahren nicht länger als 4 Wochen in Behandlung bei einem Arzt oder einer medizinischen Fachperson (z. B. Psychotherapeut, Physiotherapeut, Chiropraktiker)?

Ja Nein

Wenn «ja»: weiter zur Seite 7

Wenn «nein»: bitte nachfolgende «Gesundheitsfragen – Basis der versicherten Person» ausfüllen.

Gesundheitsfragen – Basis der versicherten Person

1. Sind Sie gesund und voll arbeitsfähig?

Ja Nein

Wenn nein nicht gesund nicht voll arbeitsfähig

Wenn nein, aus welchem Grund / welche Diagnose?

Seit wann?

Arzt, Krankenhaus, Adresse?

<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

2. Körpermasse

Grösse in cm

Gewicht in kg

<hr/>	<hr/>
-------	-------

3. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Zigaretten, Zigarren oder Pfeife geraucht oder Nikotin in einer anderen Form konsumiert?

Ja Nein

Wenn ja, was wurde konsumiert?

Tägliche Menge?

<hr/>	<hr/>
-------	-------

4. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmässig Medikamente (z. B. täglich, wöchentlich, halbjährlich), ausgenommen Empfängnisverhütung?

Ja Nein

Wenn ja, welches Medikament?

Grund?

Wann?

Dauer?

Folgenlos geheilt? (j/n)

Arzt, Krankenhaus, Adresse?

<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

Falls Medikamente wegen Bluthochdruck eingenommen werden, geben Sie bitte Ihren aktuellen Blutdruck an

Blutdruckwert

<hr/>

5. Sind Sie oder waren Sie in den letzten 5 Jahren in Behandlung oder Beratung bei Ärzten und/oder medizinischen Fachpersonen (z. B. Psychotherapeut, Physiotherapeut, Chiropraktor)?

Ja Nein

Wenn ja, aus welchem Grund / welche Diagnose?

Wann?

Dauer?

Folgenlos geheilt? (j/n)

Arzt, Krankenhaus, Adresse?

<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

Fragen 6 und 7 auf der nächsten Seite ebenfalls beantworten!

6. Wurde jemals ein von Ihnen eingereichter Antrag für eine Lebens-, Kranken- oder Unfallversicherung abgelehnt, zurückgestellt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen?

Ja Nein

Wenn ja, wann?

Grund?

Gesellschaft? Krankenkasse?

7. Name und Adresse des Arztes, der am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse Auskunft geben kann:
(Haben Sie keinen Hausarzt oder liegt der letzte Arztbesuch länger als 5 Jahre zurück, schreiben Sie bitte «keiner»)

Ort, Datum und Unterschrift auf Seite 8 nicht vergessen!

Wenn

- Todesfallrisiko > CHF 200'000 **und/oder**
- Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit > CHF 18'000 **und/oder**
- Rente bei Erwerbsunfähigkeit > CHF 18'000

ODER

- Alter der versicherten Person > 65 Jahre

«Ergänzung zum Antrag» Kapitel 2 und wenn nötig 3 und 5 ebenfalls ausfüllen.

Schlusserklärung und Unterschriften

Der Versicherungsnehmer/Der Antragsteller/Die versicherte Person erklärt, die in diesem Dokument enthaltenen Fragen vollständig und nach bestem Wissen beantwortet zu haben. Weiter bestätigt er/sie die Richtigkeit der darin deklarierten Tatsachen (Gefahrstatsachen). Er/Sie verpflichtet sich, Änderungen, die vor Beginn des definitiven Versicherungsschutzes eintreten, der Zürich Lebensversicherungs-Gesellschaft AG zu melden. Er/Sie bestätigt, die gesetzlichen Informationen (Art. 3 VVG [Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag]) sowie die massgebenden Vertragsbedingungen erhalten zu haben.

Wurden erhebliche Gefahrstatsachen verschwiegen oder unrichtig mitgeteilt (Verletzung der Anzeigepflicht), kann die Zürich Lebensversicherungs-Gesellschaft AG (Zurich) den Vertrag kündigen. In diesem Fall erlischt zudem die Leistungspflicht von Zurich für bereits eingetretene Schäden, soweit deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache beeinflusst worden ist (Art. 6 VVG). Die unterzeichnenden Personen sind mit ihrer Unterschrift auch dann für die Angaben verantwortlich, wenn ein Dritter die Antworten geschrieben hat.

Der Versicherungsnehmer/Der Antragsteller/Die versicherte Person nimmt zur Kenntnis, dass Zurich im Zusammenhang mit dem Vertragsabschluss und der Vertragsabwicklung und zu weiteren Zwecken Daten bearbeitet, die sich auf natürliche Personen beziehen (Personendaten). Nähere Informationen zu dieser Bearbeitung finden sich in der Datenschutzerklärung von Zurich. Diese Datenschutzerklärung kann unter www.zurich.ch/datenschutz abgerufen oder unter Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG, Datenschutz, Postfach, 8085 Zürich, datenschutz@zurich.ch bezogen werden.

Zurich behält sich vor, in diesem Zusammenhang und in den weiteren in der Datenschutzerklärung genannten Fällen Personendaten – ggf. einschliesslich von Gesundheitsdaten – an Dritte weiterzugeben.

Der Versicherungsnehmer/Der Antragsteller/Die versicherte Person willigt mit Abgabe dieser Erklärung ausdrücklich ein, dass Vor-, Mit- und Rückversicherer, andere Privat- und Sozialversicherer und weitere Stellen innerhalb von Zurich, Arbeitsstellen und weitere Dritte an Zurich im Zusammenhang mit Risiko- und Leistungs- bzw. Schadensprüfungen, zur Missbrauchsbekämpfung und zur Abwicklung des Versicherungsvertragsverhältnisses sachdienliche Auskünfte erteilen, insbesondere über den Schadenverlauf und über frühere oder parallele Versicherungen und Leistungen. Dies ist für die Vorbereitung bzw. Abwicklung des Versicherungsvertragsverhältnisses notwendig. Es können auch Gesundheitsdaten von medizinischen Leistungserbringern (z. B. Ärzte oder Laboratorien) erhoben werden. Der Versicherungsnehmer/Der Antragsteller/Die versicherte Person entbindet alle diese Stellen über den Tod hinaus für diesen Fall von einer etwaigen Schweigepflicht.

Der Versicherungsnehmer/Der Antragsteller/Die versicherte Person verpflichtet sich, Dritte, deren Personendaten er/sie Zurich übermittelt, über die Bearbeitung ihrer Personendaten durch Zurich zu informieren.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers (VN)

Unterschrift der versicherten Person 1 (wenn nicht VN)

Unterschrift der versicherten Person 2 (wenn nicht VN)

Gesetzlicher Vertreter/Beistand und Kindes-/
Erwachsenenschutzbehörde (Unterschrift, Stempel, Name, Adresse)

Anträge von Minderjährigen sind vom gesetzlichen Vertreter zu unterzeichnen. Ab Alter 14 muss das Kind ebenfalls unterzeichnen.
Anträge von Personen unter Beistandschaft sind vom Beistand und der Kindes-/Erwachsenenschutzbehörde mit zu unterzeichnen.
Anträge von Firmen: Name in Blockbuchstaben und Unterschriften der für die Firma unterzeichnenden Person(en).

Erklärungen und Unterschrift des Beraters

Bei anteilgebundenen Lebensversicherungen: Der Kunde ist über die Bedeutung seines Anlegerprofils sowie den Anlagecharakter, die Anlagerisiken und die Kosten seiner Produktwahl ausführlich informiert worden und hat die Erklärungen verstanden.

Ich bestätige, dass ich die Identitätsprüfung korrekt durchgeführt habe. Im Weiteren bestätige ich, dass die Erklärung des Kunden zur wirtschaftlichen Berechtigung plausibel ist und ich diese anhand der erhaltenen Informationen und eingesehenen Dokumente verifiziert habe.

Ort, Datum

Vorname und Name (Blockschrift)

Unterschrift

Berater

MAPRO

PB-Nr. _____ Verk.-Stelle _____

Berater-Name (Stempel oder Blockschrift) _____

Vermittler-Name (Stempel oder Blockschrift) _____

Beilagen

- Berechnung (Vorschlag)
- Ergänzung zum Antrag
- Belastungsermächtigung LSV

19.01.2023 14:26:49

