

# ÄNDERUNGSANTRAG ZU IHRER FONDSGEBUNDENEN LEBENSVERSICHERUNG

Analog den Formulierungen im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) beziehen sich personenbezogene Bezeichnungen auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

<b>POLIZZENNUMMER</b>	
<b>VERMITTLER</b>	

ANGABEN ZUM VERSICHERUNGSNEHMER			
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	
Name		Vorname	
Strasse		PLZ / Ort	
Wohnsitzland		Geburtsort / Land	
Geburtsdatum		Beruf	

ANGABEN ZUR VERSICHERTEN PERSON			
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	
Name		Vorname	
Strasse		PLZ / Ort	
Wohnsitzland		Geburtsort / Land	
Geburtsdatum		Beruf	

<b>Erhöhung der beantragten Prämie auf</b>	<b>EUR</b>	<b>ab</b>
<small>(neue Gesamtprämie gemäß bestehender Zahlungsfrequenz)</small>		

<input type="checkbox"/> <b>Zuzahlung in der Höhe von</b>	<b>EUR</b>	Mindestbetrag für eine Zuzahlung beträgt EUR 1.000,00
<small>Hinweis: Bitte beachten Sie, dass bei nachträglichen Erhöhungen und einmaligen Zuzahlungen die geltenden Novationsbestimmungen zu berücksichtigen sind</small>		

Ab einer Prämienhöhe von EUR 1.000,00 monatlich und/oder bei einer Zuzahlung ab EUR 70.000,00 ersuchen wir Sie, uns einen entsprechenden Nachweis beizulegen:

<input type="checkbox"/> Einkommensnachweis (Lohnzettel, Einkommenssteuerbescheid)	<input type="checkbox"/> Schenkungsvertrag
<input type="checkbox"/> Erbschaft (Einantwortungsbeschluss, Testament)	<input type="checkbox"/> Kaufvertrag
<input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar:	

**Bitte beachten Sie, dass ein Nachweis Voraussetzung für die Annahme dieses Antrages sein kann.**

**FRAGEN AN DIE VERSICHERTE PERSON**

Bitte beantworten Sie die nun folgenden Fragen wahrheitsgetreu und gewissenhaft.

Derzeitige berufliche Tätigkeit			
Hatten Sie innerhalb der letzten 5 Jahre dauerhafte (chronische) Krankheiten oder einen stationären Krankenhausaufenthalt von mehr als 3 Tagen? (nicht zu berücksichtigen sind Verletzungen des Bewegungsapparates bzw. Schwangerschaft)		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Körpergrößen (in cm):		Gewicht (in kg):	
Körpergröße und Gewicht sind erst ab Vollendung des 50. Lebensjahres verpflichtend zu beantworten.			

**FRAGEN AN DEN VERSICHERUNGSNEHMER**

Bitte beantworten Sie die nun folgenden Fragen wahrheitsgetreu und gewissenhaft.

Derzeitige berufliche Tätigkeit			
Ist der Versicherungsnehmer in einer Risikobranche tätig?		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
		<input type="checkbox"/> Edelmetalle	<input type="checkbox"/> Erdöl & Erdgas
		<input type="checkbox"/> Rohdiamanten, Diamanten & Edelsteine	<input type="checkbox"/> Rüstung & Verteidigung
		<input type="checkbox"/> Glücksspiel	<input type="checkbox"/> Kunst
Herkunft des zusätzlich investierten Kapitals		<input type="checkbox"/> Einkommen, Pension, Alimente	<input type="checkbox"/> Verkauf einer Immobilie, Investment
		<input type="checkbox"/> Miete, Leasing	<input type="checkbox"/> Erbe, Schenkung, Scheidung
		<input type="checkbox"/> Anderes	
Jahreseinkommen (netto)			
Verfügbares Vermögen			

Ich (Antragsteller) erkläre, dass die Fragen zur Gesundheitserklärung von mir und der versicherten Person wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet wurden. Gleichzeitig nehme ich zur Kenntnis, dass ich gesetzlich verpflichtet bin, die Gesundheitsfragen richtig und vollständig zu beantworten bzw. dafür Sorge zu tragen, dass sie von der versicherten Person richtig und vollständig beantwortet werden. Allfällige Änderungen des Gesundheitszustandes zwischen Antragstellung und Erhalt des Nachtrages sind der YOUPLUS unverzüglich mitzuteilen.

Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann YOUPLUS unter den §§16ff VersVG bestimmten Umständen von der hier beantragten Vertragsänderung zurücktreten oder diese anfechten und gegebenenfalls die aus der Vertragsänderung resultierende Leistung verweigern.

### ERKLÄRUNG ZU TREUHAND

- Ich handle in eigenem Namen
- Ich handle nicht in eigenem Namen

#### Treugeber

Bitte Ausweiskopie beilegen!

Name		Vorname	
Strasse		PLZ / Ort	
Wohnsitzland		Geburtsdatum	

**HINWEIS:** Ein Erwachsenenvertreter oder Obsorgeberechtigter eines Minderjährigen ist nicht als Treuhänder zu verstehen.

### ERKLÄRUNG ZU PEP (POLITISCH EXPONIERTE PERSON)

Ich, unmittelbare Familienmitglieder oder mir bekanntermassen nahestehende Personen üben ein wichtiges öffentliches Amt im In- und/oder Ausland aus und daher bin ich als „PEP“ (politisch exponierte Person) anzusehen.

- Nein, ich bin nicht als PEP anzusehen
- Ja, ich bin als PEP anzusehen, weil

Bei einer PEP Geschäftsbeziehung behält sich die YOUPLUS Assurance AG vor, weitere Informationen oder Dokumente einzufordern.

### ERKLÄRUNG ZUR STEUERPFlicht (CRS/GMSG & FATCA)

Ich nehme zur Kenntnis, dass Vertragsänderungen und Leistungszahlungen des Versicherers nur erfolgen, wenn ich umfassende Auskünfte meiner Steuerpflicht gebe (siehe Informationsblatt).

- Ich bestätige, dass ich ausschliesslich in Österreich (insbesondere nicht in den USA) steuerpflichtig bin.
- Ich bestätige, dass ich in Österreich und in den nachstehend angeführten Staaten steuerpflichtig bin.
- Ich bestätige, dass ich ausschliesslich in nachstehend angeführten Staaten steuerpflichtig bin (nachstehende Daten bitte unbedingt anführen).

Staaten der steuerlichen Ansässigkeit	Steueridentifikationsnummer

Ich nehme zur Kenntnis, dass bei ausländischer Steueransässigkeit Vertragsdaten regelmässig an die zuständige Finanzbehörde gemeldet werden.

**HINWEIS:** Falls Sie in den USA steuerpflichtig sind, kommt das US-Steuergesetz FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) zur Anwendung. In diesem Fall sind die US-Steuerformulare „W-9“ und „Consent to Report“ erforderlich.

Bitte legen Sie eine aktuelle Version des letztgültigen Risikoprofils bei.

Sollte sich an meiner Eigenschaft (Treuhanderschaft, PEP, Steuerpflicht) etwas ändern, verpflichte ich mich, die YOUPLUS Assurance AG unverzüglich darüber zu informieren.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich der/die wirtschaftlich Berechtigte der zusätzlich eingebrachten Vermögenswerte bin.

Mit meiner Unterschrift mache ich sämtliche Angaben zum Inhalt meines Änderungsantrages und bestätige die Richtig- und Vollständigkeit sämtlicher Angaben.

Eine Kopie des amtlichen Lichtbildausweises lege ich diesem Schreiben bei.

Ort, Datum	Unterschrift Vermittler

Ort, Datum	<b>Unterschriften</b> Versicherungsnehmer / versicherte Person / Prämienzahler / gesetzlicher Vertreter