

PrismaLife AG  
Industriering 40  
9491 Ruggell  
Liechtenstein

Rücksendung per:

❖ Post

❖ Fax +423 237 00 09

❖ Mail onesty-sonderaktion@prismalife.com

## Zuzahlung im Rahmen der ONESTY-Sonderaktion von 01.09.2025 bis 31.12.2025

zu meinem Vertrag mit der Nummer \_\_\_\_\_

### Erklärung zur Beratung und Dokumentation

- ☐ Mein Vermittler hat mich vor Abgabe dieser Erklärung beraten und dies entsprechend protokolliert. Das Beratungsprotokoll habe ich in einer für mich lesbaren Form erhalten.
- ☐ Mein Vermittler hat mich vor Abgabe dieser Erklärung beraten. Auf die Dokumentation dieser Beratung habe ich verzichtet. Mir ist bewusst, dass sich dieser Verzicht nachteilig auf meine Möglichkeit auswirken kann, gegen den Versicherer, Vermittler bzw. Ansprechpartner einen Schadensersatzanspruch geltend zu machen.
- ☐ Auf die Beratung und Dokumentation habe ich vor Abgabe der nachfolgenden Erklärung verzichtet. Mir ist bewusst, dass sich dieser Verzicht nachteilig auf meine Möglichkeit auswirken kann, gegen den Versicherer, Vermittler bzw. Ansprechpartner einen Schadensersatzanspruch geltend zu machen. Ausserdem ist mir bewusst, dass durch die fehlende Beratung keine Beurteilung erfolgen kann, ob das Versicherungsprodukt weiterhin für mich geeignet und angemessen ist.

Ich bestätige durch meine Unterschrift die Richtigkeit meiner Erklärung.

_____	_____	✕	
Ort	Datum (TTMMJJJJ)		
			Unterschrift Versicherungsnehmer bzw. dessen Vertretungsberechtigte/-r

_____	_____	✕	
Ort	Datum (TTMMJJJJ)		
			Unterschrift Versicherungsnehmer bzw. dessen Vertretungsberechtigte/-r

### Wichtige Hinweise:

- ❖ Die generellen vertraglichen Regelungen, die Sie vor Vertragsabschluss erhaltenen haben sind weiterhin gültig.
- ❖ Für die von Ihnen gewünschte Vertragsänderung kann eine Gebühr anfallen. Ob dies der Fall ist und ggf. die Höhe können Sie Ihren Vertragsunterlagen entnehmen. Im Nachtrag zum Versicherungsschein informieren wir Sie ggf. über die genaue Höhe.
- ❖ Die Zuzahlung wird im Rahmen der ONESTY-Sonderaktion 2025 geleistet. Für die Zuzahlung fallen weder Abschluss- noch Verwaltungskosten an.

### Versicherungsnehmer

☐ Frau
 ☐ Herr
 ☐ Ohne Anrede
 Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum (TTMMJJJJ) \_\_\_\_\_

Ggf. vorherige Namen, z.B. Geburtsname, frühere Ehenamen \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_

Telefonnummer inkl. Ländervorwahl \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

1. Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ 2. Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_ Geburtsland \_\_\_\_\_

(zuletzt) ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

in der Branche \_\_\_\_\_

In welchem Land bzw. in welchen Ländern sind Sie steuerpflichtig? Wie lautet Ihre Steueridentifikationsnummer und/oder entsprechende Steuernummer in dem jeweiligen Land (z.B. US-TIN bei Steuerpflicht in den USA)? Bei mehreren Steuernummern sind alle anzugeben.

Land \_\_\_\_\_ Steueridentifikationsnummer/TIN \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_ Steueridentifikationsnummer/TIN \_\_\_\_\_

☐ Personalausweis
 oder
 ☐ Reisepass

Nr. \_\_\_\_\_ Ausstellende Behörde \_\_\_\_\_ Ausgestellt (TTMMJJJJ) \_\_\_\_\_ Ablaufdatum (TTMMJJJJ) \_\_\_\_\_

Bitte Kopie des aktuellen Ausweisdokuments (Vorder- und Rückseite) des Versicherungsnehmers beilegen.

### Politisch exponierte Personen (PEP)

PEP sind natürliche Personen, die selbst oder deren unmittelbaren Familienmitglieder bzw. nahestehenden Personen wichtige öffentliche Ämter ausüben oder ausgeübt haben.

Sind Sie, die ggf. wirtschaftlich berechnete Person, ein Bezugsberechtigter oder der Beitragszahler eine PEP? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wer? \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum (TTMMJJJJ) \_\_\_\_\_

### Identifizierung von US-Steuerpflichtigen

Wir müssen gemäss Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) prüfen, ob Sie in den USA steuerpflichtig sind. Dies kann z.B. der Fall sein, wenn Sie:

- ❖ die US-Staatsbürgerschaft besitzen (auch bei doppelter oder mehrfacher Staatsbürgerschaft),
- ❖ in den USA geboren sind,
- ❖ Ihren gewöhnlichen Aufenthalt, Ihren Wohnsitz (auch Doppelwohnsitz) oder Ihre Postanschrift in den USA haben,
- ❖ sich in den letzten Jahren über einen längeren Zeitraum in den USA aufgehalten haben,
- ❖ eine US-Aufenthaltsbewilligung (Greencard) besitzen oder besaßen.

Ich bestätige, dass ich in den USA steuerpflichtig bin. ☐ ja ☐ nein

Ich bestätige, dass ich die US-Staatsbürgerschaft besitze. ☐ ja ☐ nein

## Angaben zur Zuzahlung

Ich beantrage für den obengenannten Vertrag eine Zuzahlung.

Höhe des Zuzahlungsbetrages \_\_\_\_\_ EUR

Datum der Zuzahlung \_\_\_\_\_ (TTMMJJJJ)

Danach soll der Zuzahlungsbetrag wie folgt investiert werden:

☐ wie der laufende Beitrag des bestehenden Vertrages mit obiger Versicherungsnummer oder

☐ in folgende(n) Fonds

ISIN	Fonds	Anteil in %
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Bitte beachten Sie**, dass zur Gewährleistung einer eventuell bestehenden Beitragsgarantie die gesamte Zuzahlung oder ein Teil davon in einem Sicherungsvermögen angelegt wird. Darüber hinaus ist eine Anlage in einem Sicherungsvermögen nicht möglich.

### Beitragszahler

Ursprung der eingebrachten und steuerlich ordnungsgemäss deklarierten Vermögenswerte (Beiträge) und wirtschaftlicher Hintergrund des Gesamtvermögens:

☐ Berufliches Einkommen (das durchschnittliche monatliche Bruttoeinkommen beträgt):

☐ unter 2.000 EUR ☐ 2.000 - 4.000 EUR ☐ über 4.000 EUR

☐ Sonstiges Einkommen/Vermögen: \_\_\_\_\_

Der zu zahlende Betrag wird per Überweisung beglichen.

### Die Beitragszahlung erfolgt durch:

☐ den Versicherungsnehmer

☐ den derzeit aktuellen Beitragszahler (falls abweichend von Versicherungsnehmer) oder

☐ ☐ ☐ ☐

Frau Herr Ohne Anrede Name

Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (TTMMJJJJ)

Strasse

Haus-Nr.

PLZ

Ort

Land

1. Staatsangehörigkeit

2. Staatsangehörigkeit

(zuletzt) ausgeübter Beruf

in der Branche

**Bitte Kopie des aktuellen Ausweisdokuments (Vorder- und Rückseite) beilegen, falls abweichend vom Versicherungsnehmer oder dem derzeit aktuellen Beitragszahler.**

## Was bedeutet die vertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

Belehrung über Ihre Mitteilungspflichten nach § 19 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) – Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht.

### Anzeigepflicht

- (1) Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragsänderungserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) gefragt haben, wahrheitsgemäss und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, die Vertragsänderung überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schliessen, erheblich sind.  
Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragsänderungserklärung, aber vor Annahme, in Textform stellen.
- (2) Soll eine anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemässer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.
- (3) Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

### Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

- (4) Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir bei einer Verletzung der Anzeigepflicht
  - ❖ Von der Vertragsänderung zurücktreten,
  - ❖ die Vertragsänderung kündigen,
  - ❖ die Vertragsänderung anpassen oder
  - ❖ die Vertragsänderung wegen arglistiger Täuschung anfechten können.

### Rücktritt

- (5) Wenn die Anzeigepflicht verletzt wird, können wir von der Vertragsänderung zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, falls wir die Vertragsänderung – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.
- (6) Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz im Umfang der Vertragsänderung. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der
  - ❖ weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
  - ❖ noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch auch im vorstehend genannten Fall, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.
- (7) Wenn die Vertragsänderung durch Rücktritt aufgehoben wird, können Sie die Rückzahlung der Beiträge nicht verlangen.

### Kündigung

- (8) Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist, können wir die Vertragsänderung unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
- (9) Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir die Vertragsänderung – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

### Vertragsänderung

- (10) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir die Vertragsänderung – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten (Absatz 5 Satz 3 und Absatz 9), werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
- (11) Sie können die Vertragsänderung innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn
  - ❖ wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen oder
  - ❖ wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschliessen.

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

#### Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

- (12) Unsere oben genannten Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
- (13) Wir haben keine der oben genannten Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- (14) Wir können unsere oben genannten Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.
- (15) Nach Ablauf von fünf Jahren seit der Vertragsänderung erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

#### Anfechtung

- (16) Wir können die Vertragsänderung auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme der Vertragsänderung durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person (das ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist), können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 7 gilt entsprechend.

#### Leistungserweiterung/Wiederherstellung des Vertrages

- (17) Die Absätze 1 bis 16 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 15 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrages bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

#### Erklärungsempfänger

- (18) Unsere oben genannten Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist kein Bezugsberechtigter vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir eine andere Person, die eine Leistung begehrt als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

#### Risiko- und Gesundheitsfragen an die versicherte Person

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen vollständig und richtig. Beachten Sie hierzu - bevor Sie die nachfolgenden Fragen beantworten - unbedingt die Belehrung zur Anzeigepflichtverletzung.

Bestehen oder bestanden innerhalb der letzten zehn Jahre eine oder mehrere der folgenden Gesundheitsstörung(en): Herzinfarkt, Erkrankungen der Herzkranzgefäße, der Herzklappen, Herzmuskelschaden, Bypass-Operation, Schlaganfall, Krebs/Leukämie, Multiple Sklerose, Diabetes mellitus, HIV-Infektion (Aids)?

☐ ja ☐ nein








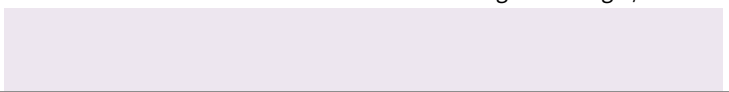
Falls ja, folgende Arztberichte oder Informationen liegen bei:

### Bestätigung / Unterschrift

Ich möchte meinen Versicherungsvertrag weiterführen und beantrage die Vertragsänderung gemäss diesem Antrag. ☐ ja ☐ nein

Ich bestätige, dass ich die Vertragsbestimmungen einschliesslich der Versicherungsbedingungen sowie die weiteren vorvertraglichen Informationen, welche auch für diese Vertragsänderung gelten, bereits bei meiner Antragstellung für meinen Vertrag erhalten habe. ☐ ja ☐ nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der von mir gemachten Angaben.

Ort	Datum (TTMMJJJJ)	 
		Unterschrift Versicherungsnehmer bzw. dessen Vertretungsberechtigte/-r
Ort	Datum (TTMMJJJJ)	 
		Unterschrift Versicherungsnehmer bzw. dessen Vertretungsberechtigte/-r
Ort	Datum (TTMMJJJJ)	 
		Unterschrift Versicherte Person bzw. deren Vertretungsberechtigte/-r
Ort	Datum (TTMMJJJJ)	 
		Unterschrift Versicherte Person bzw. deren Vertretungsberechtigte/-r

### Erklärungen des Vermittlers (falls Beratung stattgefunden hat)

Ich habe den Versicherungsnehmer vor Abgabe dieser Erklärung rechtskonform beraten und diese Beratung rechtskonform dokumentiert. Die Dokumentation habe ich dem Kunden in einer für ihn lesbaren Form zukommen lassen. ☐ ja ☐ nein

Ich habe den Versicherungsnehmer vor Abgabe dieser Erklärung rechtskonform beraten, jedoch hat der Versicherungsnehmer auf eine Dokumentation der Beratung verzichtet. ☐ ja ☐ nein

Die im Rahmen der Beratung durchgeführte Angemessenheits- und Geeignetheitsprüfung hat ergeben, dass das Produkt für den Kunden weiterhin angemessen und geeignet im Sinne der rechtlichen Regelungen ist. ☐ ja ☐ nein

Ort	Datum (TTMMJJJJ)	 
		Vermittler

### Kontoverbindung PrismaLife AG:

ODDO BHF Aktiengesellschaft  
Name und Sitz des Geldinstituts

DE96 5002 0200 0200 6202 29  
IBAN

BHFB DEFF 500  
BIC