

Unser Vorschlag

Pax Risikoversicherung (Todesfallversicherung)

03.02.2020

Versicherungsnehmer	Herr Clemens Bachmair	Vorschlags-Nr.	55132
Versicherer	Pax, Schweizerische Lebensversicherungs-Gesellschaft AG	Vertragsbeginn	01.02.2020
		Vertragsende	01.02.2052

Ihr Risikoschutz	Hinterbliebenenschutz (Todesfall)
Ihre Vorsorgeart	Freie Vorsorge (Säule 3b)
Ihr Überschuss	Ermässigte Prämie

Leistungen	versicherte Person	Herr Clemens Bachmair, 28.07.1987, Nichtraucher		
	im Todesfall	vor 01.02.2052	garantiertes Kapital	300'000.00
	Beträge in CHF			

Ihre Prämie	periodische Prämie	jährlich	ermässigt aufgrund des aktuellen Überschusses	801.80
	Beträge in CHF			

Leistungsdetails

Garantierte Leistungen

versicherte Person Herr Clemens Bachmair, 28.07.1987	im Erlebensfall		im Todesfall	
	Auszahlung	Rückkauf	Auszahlung	Umwandlung
	Kapital	Kapital	Kapital	Kapital
01.02.2021	0.00	0.00	300'000.00	0.00
01.02.2022	0.00	0.00	300'000.00	0.00
01.02.2023	0.00	0.00	300'000.00	0.00
01.02.2024	0.00	0.00	300'000.00	0.00
01.02.2025	0.00	0.00	300'000.00	0.00
01.02.2026	0.00	246.00	300'000.00	0.00
01.02.2027	0.00	873.00	300'000.00	0.00
01.02.2028	0.00	1'484.00	300'000.00	20'591.00
01.02.2029	0.00	2'077.00	300'000.00	29'128.00
01.02.2030	0.00	2'649.00	300'000.00	37'577.00
01.02.2031	0.00	3'195.00	300'000.00	45'920.00
01.02.2032	0.00	3'712.00	300'000.00	54'141.00
01.02.2033	0.00	4'196.00	300'000.00	62'226.00
01.02.2034	0.00	4'645.00	300'000.00	70'184.00
01.02.2035	0.00	5'055.00	300'000.00	78'002.00
01.02.2036	0.00	5'420.00	300'000.00	85'668.00
01.02.2037	0.00	5'735.00	300'000.00	93'158.00
01.02.2038	0.00	5'993.00	300'000.00	100'453.00
01.02.2039	0.00	6'188.00	300'000.00	107'534.00
01.02.2040	0.00	6'315.00	300'000.00	114'413.00
01.02.2041	0.00	6'371.00	300'000.00	121'116.00
01.02.2042	0.00	6'350.00	300'000.00	127'650.00
01.02.2043	0.00	6'245.00	300'000.00	134'014.00
01.02.2044	0.00	6'044.00	300'000.00	140'148.00
01.02.2045	0.00	5'734.00	300'000.00	145'988.00
01.02.2046	0.00	5'305.00	300'000.00	151'481.00
01.02.2047	0.00	4'753.00	300'000.00	156'652.00
01.02.2048	0.00	4'071.00	300'000.00	161'485.00
01.02.2049	0.00	3'260.00	300'000.00	166'060.00
01.02.2050	0.00	2'318.00	300'000.00	170'499.00
01.02.2051	0.00	1'236.00	300'000.00	174'872.00
01.02.2052	0.00	0.00	0.00	0.00

Beträge in CHF

Zusätzliche Informationen zu den garantierten Leistungen

Umwandlung

Umwandlung bezeichnet den Vorgang, bei dem eine prämienpflichtige Versicherung in eine prämienfreie gewandelt wird. Dadurch sinken die Leistungen.

Rückkauf

Rückkauf bezeichnet den Vorgang, bei dem der Versicherungsvertrag gekündigt wird und Pax die Ansprüche des Versicherungsnehmers mit dem Rückkaufswert abfindet.

Überschuss Leistungen

Aufgrund einer vorsichtigen Prämienkalkulation können Überschüsse entstehen, die Ihre Prämie ermässigen. Überschüsse entstehen, wenn die Kosten für die Risikoleistungen, Verwaltung und Abschlüsse tiefer als in der Prämie kalkuliert sind.

Beispielrechnung ermässigte Prämie

Die folgende Beispielrechnung dient der Veranschaulichung. Die angegebenen Werte sind nicht garantiert. Es können daraus keine vertraglichen Verpflichtungen abgeleitet werden.

Überschussbeteiligung	Bruttoprämie	Ermässigung	ermässigte Prämie
aktuell	1'254.20	452.40	801.80

Beträge in CHF

Zusätzliche Informationen zu den Überschuss Leistungen

Überschüsse

Für die gesamte Vertragslaufzeit sind die bei Vertragsbeginn vereinbarten Prämien für Leistungen im Todesfall garantiert. Aufgrund dieser Garantie ist Ihre Prämie vorsichtig kalkuliert. Überschüsse entstehen, wenn die Kosten für Risikoleistungen, Verwaltung und Abschlüsse tiefer als in der Prämie kalkuliert sind.

Prämiendetails

Prämienaufteilung bei Vertragsbeginn

Vertragsteil	Zahlungsweise	Laufzeit	Prämie	ermässigte Prämie
versicherte Person	Herr Clemens Bachmair, 28.07.1987			
Todesfallversicherung	jährlich	32 Jahre	1'254.20	801.80

Beträge in CHF

Prämienentwicklung während der Laufzeit

	Zahlungsweise	Dauer	Prämie	ermässigte Prämie
ab 01.02.2020	jährlich	32 Jahre	1'254.20	801.80

Beträge in CHF

Mögliche Zahlungsweisen bei Vertragsbeginn

	Zahlungsweise	Gesamtprämie pro Jahr	Prämie
periodische Prämie	jährlich	1'254.20	1'254.20
	halbjährlich	1'260.40	630.20
	vierteljährlich	1'266.80	316.70
	monatlich	1'279.20	106.60

Beträge in CHF

Zusätzliche Informationen zu den Prämiendetails

Prämiendepot

Die geschuldeten Prämien können im Voraus auf ein Prämiendepot bei Pax einbezahlt werden. Für Guthaben auf Prämiendepots gewährt Pax einen variablen Vorzugszins. Es gibt zwei Arten von Prämiendepots:

- unwiderrufliches Prämiendepot: aktuell 0.25% pro Jahr, maximale Einlage CHF 38'621.10
- frei verfügbares Prämiendepot aktuell 0.10% pro Jahr, maximale Einlage CHF 39'732.90

Ergänzende Angaben

Versicherungsbedingungen

Für diese Versicherung gelten folgende rechtliche Bedingungen:

- Allgemeine Bedingungen für die Einzel-Lebensversicherung (EEL011)
- Ergänzende Bedingungen für Versicherungen auf den Todesfall (ETL018)
- Zusatzbedingungen für die Versicherung von Nichtrauchern (ENR005)

Spezielle Bedingungen für Nichtraucher

Als Nichtraucher gelten Personen, die während der letzten 12 Monate nicht geraucht haben und nicht beabsichtigen, mit dem Rauchen zu beginnen oder es wieder aufzunehmen.

Genossenschaft

Mit Abschluss dieser Versicherung werden Sie Mitglied der Genossenschaft Pax Holding. Damit profitieren Sie von unserer nachhaltigen Geschäftstätigkeit, denn als genossenschaftlich organisiertes Unternehmen sind wir einzig den Interessen unserer Mitglieder verpflichtet. Deren finanzielle Sicherheit steht im Zentrum unserer Arbeit. Der wirtschaftliche Erfolg bleibt in der Genossenschaft und kommt Ihnen als Mitglied zugute.

Als Genossenschafter sind Sie zudem zur Wahl in die Delegiertenversammlung berechtigt, wo Sie Einfluss auf die Unternehmensausrichtung von Pax nehmen können. Die Delegiertenversammlung ist das oberste Organ der Genossenschaft und vertritt die Interessen der Mitglieder.

Ihre Mitgliedschaft erlischt, wenn Ihr Versicherungsvertrag mit Pax endet.

Provisorischer Versicherungsschutz

Voraussetzungen

Provisorischer Versicherungsschutz besteht nach Einreichung des Antrags, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

- Die zu versichernde Person ist voll erwerbsfähig und steht weder in ärztlicher Behandlung noch unter ärztlicher Kontrolle.
- Der Antragsteller und die zu versichernde Person haben ihren Wohnsitz in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein.
- Der Antrag ist am Gesellschaftssitz von Pax eingegangen.

Beginn und Ende

Der provisorische Versicherungsschutz

- beginnt frühestens 20 Tage vor Vertragsbeginn
- endet mit dem Inkrafttreten der definitiven Deckung oder mit der Ablehnung des Antrags
- jedoch spätestens nach 60 Tagen.

Leistungsumfang

Der provisorische Versicherungsschutz erstreckt sich auf die beantragten Leistungen. Jedoch ist die Summe aller eingereichten Anträge für eine zu versichernde Person wie folgt begrenzt:

- im Todesfall CHF 200'000.-
- bei Erwerbsunfähigkeit CHF 200'000.- (Renten und Prämienbefreiung kapitalisiert)

Einschränkung des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz gilt weltweit. In gewissen Fällen ist er eingeschränkt oder wird aufgehoben.

Der Versicherungsschutz entfällt z. B.:

- bei Selbsttötung innert drei Jahren ab Versicherungsbeginn
- infolge Wegzug ins Ausland (bei der Erwerbsunfähigkeitsversicherung)
- bei Prämienverzug

Im Kriegsfall gelten besondere Regelungen. Verbindliche Details betreffend Einschränkungen oder Wegfall des Versicherungsschutzes sind in den Versicherungsbedingungen sowie im Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag geregelt.

Steuerliche Behandlung

Im Allgemeinen können Prämienzahlungen in der Freien Vorsorge (Säule 3b) nicht steuerlich geltend gemacht werden. Einmalprämien unterliegen der eidgenössischen Stempelsteuer in Höhe von 2.50%. Der Vertragswert unterliegt in Höhe des erreichten Rückkaufswerts der Vermögenssteuer. Versicherungsleistungen und Erträge können steuerlich privilegiert sein.

Der Vorschlag berücksichtigt die in der Freien Vorsorge (Säule 3b) geltenden Mindestanforderungen in Bezug auf

- Vertragslaufzeit
- Risikoschutz

Eine verlässliche Einschätzung der steuerlichen Situation kann durch Pax nicht vorgenommen werden.

Drittlebensversicherung

Sind die Versicherte Person und der Versicherungsnehmer in einem Lebensversicherungsvertrag nicht identisch, so handelt es sich um eine Versicherung auf fremdes Leben (Drittlebensversicherung). Solche Versicherungsverträge sind nur gültig, wenn die Versicherte Person vor Abschluss des Vertrags schriftlich ihre Zustimmung erteilt hat (Art. 74 VVG).

Stirbt die Versicherte Person einer Drittlebensversicherung, ist der Versicherungsnehmer auf Grund seiner Rechtsstellung als Vertragspartner von Pax für die zur Auszahlung gelangenden Leistungen anspruchsberechtigt. Eine abweichende Begünstigungserklärung kann getroffen werden. Die Begünstigung regelt jedoch nur die Verhältnisse bei Tod der Versicherten Person. Stirbt der Versicherungsnehmer, wird diese Begünstigungserklärung unwiderruflich.

Will der Versicherungsnehmer einer Drittlebensversicherung bestimmen, wer neuer Versicherungsnehmer werden soll, falls er vor der Versicherten Person stirbt, so ist dafür eine letztwillige Verfügung (Testament oder Erbvertrag) notwendig. Für deren Abfassung empfiehlt Pax den Beizug eines juristischen Beraters. Hat der Versicherungsnehmer keine Verfügung getroffen, so fällt die Versicherung in seinen Nachlass, d. h. sie gehört allen Erben gemeinsam.

Informationen zur Datenbearbeitung bei Pax

Die Bearbeitung von Personendaten bildet eine unentbehrliche Grundlage des Versicherungsgeschäfts. Pax bearbeitet Ihre Personendaten mit besonderer Vorsicht und beachtet das Schweizerische Datenschutzgesetz sowie die dazu gehörende Verordnung.

Gerne informieren wir Sie nachfolgend detaillierter:

Einwilligungsklausel	Im Hinblick auf die Datenbearbeitung beinhaltet Ihr Antrag eine Einwilligungsklausel, die uns zur gesetzestkonformen Datenbearbeitung ermächtigt. Im Leistungsfall beinhaltet auch der Leistungsantrag eine entsprechende Einwilligungsklausel.
Herkunft der bearbeiteten Daten	In erster Linie werden die direkt bei Ihnen erhobenen Angaben und die öffentlich zugänglichen Informationen bearbeitet. Gegebenenfalls nehmen wir aber auch Rücksprache mit Dritten im In- und Ausland (z.B. mit anderen in den Vertrag involvierten Personen, Vorsorgeeinrichtungen, Mit-, Vor-, Rück- und Sozialversicherern, haftpflichtigen Dritten bzw. deren Haftpflichtversicherer, Medizinal- und deren Hilfspersonen sowie mit Strafuntersuchungs-, Polizei- und anderen Behörden). Zu diesem Zweck werden Sie um die Entbindung dieser Personen und Stellen von ihrer Geheimhaltungs- und Schweigepflicht gebeten.
Bearbeitungszweck	Die Bearbeitung Ihrer Personendaten sowie der Daten allfällig involvierter Drittpersonen (z.B. Versicherte Person, Begünstigte) ist für die korrekte Vertragsabwicklung unverzichtbare Voraussetzung. Wir bearbeiten die Daten nur soweit dies für den im Rahmen des Vertrages verfolgten Zweck notwendig ist. Der konkrete Zweck der Datenbearbeitung geht aus den Umständen der Erhebung der Personendaten hervor. Insbesondere ist dies die Risikoprüfung bei Vertragsabschluss sowie die Vertrags- und Leistungsabwicklung während der Laufzeit des Vertrages. Wir bearbeiten darüber hinaus die Daten im Zusammenhang mit Produktoptimierungen, für Verkaufsförderung sowie für statistische Zwecke.
Datenbekanntgabe	<p>Im Interesse sämtlicher Versicherungsnehmer (z.B. Risikoausgleich, korrekte Tarifierung), in Ihrem Interesse (z.B. Ausführung Ihrer Gesuche und Anweisungen) oder aufgrund gesetzlicher Vorschriften findet unter Umständen auch ein Datenaustausch mit Vorsorgeeinrichtungen, Mit-, Vor-, Rück- und Sozialversicherern, haftpflichtigen Dritten bzw. deren Haftpflichtversicherer, Medizinal- und deren Hilfspersonen sowie Strafuntersuchungs-, Polizei- und anderen Behörden im In- und Ausland statt. Zu diesem Zweck werden Sie um die Entbindung von unserer Geheimhaltungspflicht gebeten.</p> <p>Um Ihnen einen preisgünstigen und umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, kann ein Teil unserer Leistungen, Versicherungsprodukte, Finanzdienstleistungen und Datenbearbeitung durch rechtlich selbständige Unternehmen im In- und zum Teil auch im Ausland erbracht werden. Daher sind wir auf die Möglichkeit der firmenexternen Weitergabe Ihrer Daten angewiesen. Dabei werden die gesetzlichen Datenschutzvorschriften beachtet und unsere Partner auf deren Einhaltung verpflichtet.</p> <p>Um eine verlässliche und kompetente Beratung zu ermöglichen, darf der für Ihren Vertrag zuständige Vermittler während der Laufzeit über den Vertragsinhalt informiert werden. Vermittler sind gesetzlich und vertraglich verpflichtet, ihre besondere Schweigepflicht sowie die Datenschutzvorschriften zu beachten.</p>

Datensammlungen	Unsere Datensammlungen werden elektronisch oder in Papierform geführt und sind gegen unberechtigte Einsichtnahme sowie Veränderungen geschützt. Wir sind uns bewusst, dass es sich bei medizinischen Daten um besonders schützenswerte Personendaten handelt und legen gerade deshalb besonders viel Wert auf deren Sicherheit. Ihre Daten werden noch während mindestens zehn Jahren über die Vertragsauflösung hinaus aufbewahrt.
Auskunftsrecht	Sie können von uns Auskunft darüber verlangen, ob und welche Daten über Sie in unseren Datensammlungen vorhanden sind, woher diese stammen, zu welchem Zweck diese bearbeitet werden und wer der Datenempfänger ist. Sie können ferner von uns die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Für den internen Gebrauch

Entw Webservice / User SLS 930-202002031701352

Versicherungsart	Pax Risikoversicherung
Vorsorgeform	Freie Vorsorge (Säule 3b)
Erstellungsdatum	03.02.2020
Vertragsbeginn	01.02.2020
Vertragsende	01.02.2052
Policenwährung	Schweizer Franken (CHF)
Überschuss- System	Ermässigte Prämie (D)

versicherte Person

Clemens Bachmair Geschlecht: m, 33, geboren am 28.07.1987, NR
Clemens Bachmair, GÄ¼terstrasse 170, 4053 Basel, CH, CH

Tarif	VS	Satz	Prämie	Beginn	n	Ablauf	Aufschubszeit	Ergänzung:TV
FK	0400 01 A N	300'000.00	0037.6400	1'254.20	01.02.2020	32	01.02.2052	00:K16

Prämien

	Zahlungsweise	Gesamtprämie pro Jahr	Prämie	
<input type="checkbox"/>	periodische Prämie	jährlich	1'254.20	1'254.20
<input type="checkbox"/>		halbjährlich	1'260.40	630.20
<input type="checkbox"/>		vierteljährlich	1'266.80	316.70
<input type="checkbox"/>		monatlich	1'279.20	106.60

Prämienentwicklung

	Brutto	Netto
Jahresprämie ab 01.02.2020	1'254.20	801.80

Maximale Einlage auf ein

unwiderrufliches Prämiendepot (Zinssatz zur Zeit 0.25%)	38'621.10*
frei verfügbares Prämiendepot (Zinssatz zur Zeit 0.10%)	39'732.90*

* Diese Beträge basieren auf der Annahme eines unveränderten Zinssatzes.

Wichtig: Dieser Vorschlag ist dem Versicherungsantrag stets vollständig (Seiten 1 bis 8, plus die Seite(n) "Für den internen Gebrauch") beizulegen.

AVB/CGA: EEL011, ETL018, ENR005

Ihr Antrag

Pax Risikoversicherung

Neuantrag gemäss Vorschlag, Nr. 55132 vom 03.02.2020

1. Antragsteller/Versicherungsnehmer und versicherte Person

Anrede	Herr	Tel. Privat	
Titel		Tel. Geschäft	
Vorname	Clemens	E-Mail	
Name	Bachmair	Korrespondenzsprache	deutsch
Strasse/Nr.	GÄ¼terstrasse 170	Erwerbsart	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> in Ausbildung
PLZ/Wohnort	4053 Basel		<input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> pensioniert <input type="checkbox"/> arbeitslos
Kanton oder Land			<input type="checkbox"/> Hausmann/Hausfrau <input type="checkbox"/> befristet/temporär angestellt
Zivilstand		Aktuelle berufliche Tätigkeit/Branche*	
Geburtsdatum	28.07.1987	Name/Ort des Arbeitgebers/der Firma	
Nationalitäten (alle)	CH		

*Bitte geben Sie bei der Ausübung mehrerer Berufe alle Tätigkeiten an.

2. Versand der Korrespondenz

Wenn die Korrespondenzadresse von der Adresse des Antragstellers/Versicherungsnehmers abweicht, bitte Formular "Zustellung der Korrespondenz" ausfüllen.

3. Begünstigung

☐ Standardbegünstigung Freie Vorsorge (Säule 3b)

Der Versicherungsnehmer ist für alle Versicherungsleistungen anspruchsberechtigt, die zu seinen Lebzeiten fällig werden. Soweit Leistungen im Todesfall vereinbart werden, sind folgende Personen in nachstehender Reihenfolge begünstigt: der überlebende Ehegatte oder die überlebende eingetragene Partnerin bzw. der überlebende eingetragene Partner, bei deren Fehlen die Kinder, bei deren Fehlen die Erben.

☐ Abweichende Begünstigung Freie Vorsorge (Säule 3b)

Der Versicherungsnehmer ist für alle Versicherungsleistungen anspruchsberechtigt, die zu seinen Lebzeiten fällig werden. Soweit Leistungen im Todesfall vereinbart werden, sind folgende Personen in nachstehender Reihenfolge begünstigt:

Bitte den Vornamen, den Nachnamen und das Geburtsdatum der begünstigten Person sowie allenfalls eine Anspruchsquote angeben.

Beispiel: Hans Muster, 30. September 1977, bei dessen Fehlen Maria Muster, 22. Juli 1982, und Fritz Muster, 6. August 1980, zu gleichen Teilen.

Für umfangreichere Änderungen oder die Änderung der Erlebensfallbegünstigung bitte Formular "Begünstigungserklärung Freie Vorsorge (Säule 3b)" ausfüllen.

4. Prämienzahlungen

Zahlungsweise/Zahlungsart

Jährlich

1'254.20 CHF

☐ Einzahlungsscheine

☐ Belastung LSV/BAD* (Bitte Formular "Belastungsermächtigung" ausfüllen)

☐ Prämiendepot-Nr.

☐ Prämiendepot neu (Bitte Formular "Eröffnung Prämiendepot" ausfüllen)

☐ Wiederinvestition
aus Police, Nr.

Prämienzahler

(falls nicht identisch mit Antragsteller/Versicherungsnehmer)

Anrede

Herr

Titel

Vorname

Clemens

Name

Bachmair

Strasse/Nr.

GÃ¼terstrasse 170

PLZ/Wohnort

4053 Basel

Kanton oder Land

Geburtsdatum

Nationalitäten (alle)

5. Allgemeine Fragen

Die folgenden Fragen/Angaben sind von **der zu versichernden Person** zu beantworten.

5.1 Welcher Arzt kann über Ihren Gesundheitszustand am besten Auskunft geben?

Vorname/Name	Strasse/Nr.	PLZ/Wohnort

5.2 Bitte geben Sie Ihre Körpermasse an

Grösse (in cm)	Gewicht (in kg)

5.3 Nehmen oder nahmen Sie **jemals** irgendwelche Drogen?

☐ Ja ☐ Nein

von Monat/ Jahr	bis Monat/ Jahr	Welche	Wie oft

5.4 Steht in den nächsten zwölf Monaten ein Aufenthalt von über sechs Monaten in einem nicht an die Schweiz angrenzenden Land bevor? **Falls ja:** Bitte Formular "Fragebogen Auslandsaufenthalt" ausfüllen.

☐ Ja ☐ Nein

5.5 Haben Sie **jemals** Leistungen, z. B. Taggeld, Rente, Integritätsentschädigung, Hilfsmittel, Umschulungsmassnahmen etc. bei einer Invalidenversicherung oder einer anderen Versicherung beantragt oder bezogen?

☐ Ja ☐ Nein

von Monat/ Jahr	bis Monat/ Jahr	Grund, Art der Leistungen	Gesellschaft/Krankenkasse

5.6 Wurden Anträge für Versicherungen mit Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Krankheit, Unfall oder im Todesfall abgelehnt, zurückgestellt oder mit Erschwerung angenommen oder haben Sie selbst solche Anträge zurückgezogen?

☐ Ja ☐ Nein

Wann?	Grund, Art der Leistungen	Gesellschaft/Krankenkasse

5.7 Üben Sie besondere Sport- oder Freizeitaktivitäten, z.B. Alpinismus (Bergsteigen, Klettern, Tourenskifahren etc.), Auto- oder Motorradsport, Flugsport (Pilot, Fallschirmspringen, Hängegleiter, Deltasegeln), Tauchen, Segeln, Motorbootsport, Kampfsport, Extremsportarten aus? **Falls ja:** Bitte entsprechende Zusatzformulare ausfüllen.

☐ Ja ☐ Nein

Welche	Hobby/Wettkampf

5.8 Haben Sie in den **letzten 12 Monaten** geraucht?

☐ Ja ☒ Nein

Die zu versichernde Person ist verpflichtet, Pax die Aufnahme des Rauchens mitzuteilen. Rauchen umfasst das Rauchen von allen Genuss- und Betäubungsmitteln, insbesondere von Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren und Pfeifen.

6. Gesundheitsfragen

Die folgenden Fragen/Angaben sind von **der zu versichernden Person** zu beantworten.

Hinweis

Wurden genetische Untersuchungen zu diagnostischen Zwecken durchgeführt, d. h. zur Abklärung bereits feststellbarer Krankheitssymptome, sowie nichtgenetische Untersuchungen, müssen diese deklariert werden.

- 6.1 Bestehen bei Ihnen gesundheitliche Störungen, Folgen eines Unfalls, Folgen einer Krankheit oder eines Geburtsgebrechens? ☐ Ja ☐ Nein

Seit wann?

Grund

- 6.2 Stehen oder standen Sie in den **letzten fünf Jahren** in ärztlicher, physiotherapeutischer, chiropraktischer, naturheilpraktischer, oder sonstiger komplementär- oder alternativmedizinischer Behandlung, Beratung oder unter Kontrolle oder wurden bei Ihnen in den **letzten fünf Jahren** Untersuchungen durchgeführt (z. B. EKG, Computer- oder Magnetresonanztomographie, Arthroskopie, Gewebe-, Urin- oder Blutuntersuchungen, HIV-Test oder andere)? ☐ Ja ☐ Nein

von Monat/
Jahr

bis Monat/
Jahr

Grund, Art der Untersuchungen, Resultat,
Diagnose

Name/Adresse des Therapeuten, Spitals

Behandlung
abgeschlossen

☐ Ja ☐ Nein

☐ Ja ☐ Nein

☐ Ja ☐ Nein

- 6.3 Nehmen oder nahmen Sie in den **letzten fünf Jahren** regelmässig Medikamente (ausgenommen Empfängnisverhütung)? ☐ Ja ☐ Nein

von Monat/
Jahr

bis Monat/
Jahr

Grund, Name des Medikaments

Dosis

Behandlung
abgeschlossen

☐ Ja ☐ Nein

☐ Ja ☐ Nein

☐ Ja ☐ Nein

- 6.4 Ist Ihre Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit aktuell eingeschränkt oder waren Sie in den **letzten fünf Jahren** aus gesundheitlichen Gründen länger als vier Wochen ohne Unterbruch ganz oder teilweise arbeitsunfähig (Kinder schulunfähig)? ☐ Ja ☐ Nein

von Monat/
Jahr

bis Monat/
Jahr

Grund

Behandlung
abgeschlossen

☐ Ja ☐ Nein

☐ Ja ☐ Nein

6.5 Sind Sie **jemals** von einem Psychiater, Psychologen oder Psychotherapeuten beraten oder behandelt worden?

☐ Ja ☐ Nein

von Monat/ Jahr	bis Monat/ Jahr	Grund, Art der Beschwerden, Diagnose	Name/Adresse des Therapeuten, Spitals	Behandlung abgeschlossen
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

6.6 Wurden Sie **jemals** operiert oder ist eine Operation vorgesehen?

☐ Ja ☐ Nein

von Monat/ Jahr	bis Monat/ Jahr	Grund	Name/Adresse des Arztes, Spitals	Behandlung abgeschlossen
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

6.7 Bestehen oder bestanden bei Ihnen **jemals** Krankheiten oder Beschwerden der Atmungsorgane, des Herzens oder der Kreislauforgane, des Nervensystems oder der Psyche, der Verdauungsorgane, der Harn- oder Geschlechtsorgane, des Stoffwechsels oder des Bluts, der Haut, des Bewegungsapparates, der Augen oder des Gehörs, des Immunsystems, Tumor- oder Infektionskrankheiten?

☐ Ja ☐ Nein

von Monat/ Jahr	bis Monat/ Jahr	Grund, Art der Beschwerden, Diagnose	Name/Adresse des Arztes, Spitals	Behandlung abgeschlossen
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

7. Bestehende und/oder beantragte Versicherungen

Die folgenden Fragen sind durch **die zu versichernde Person** zu beantworten.

7.1 Wie hoch ist Ihr aktuelles AHV-pflichtiges Jahreseinkommen?

CHF (brutto)

Todesfallleistungen

Andere Versicherungen/Anträge (+ bestehende Policen von Pax) Bitte Gesellschaft aufführen	Versicherungs- summe	Abschluss- jahr
Dieser Antrag von Pax	300'000	2020
Total Versicherungssumme		

Hinweis

Erreicht oder übersteigt das Total der Versicherungssummen den Betrag von **CHF 750'000.00**, bitte Formular "Fragebogen hohe Versicherungssummen" ausfüllen.

8. Abklärungspflichten gemäss Geldwäschereigesetz

Der Antragsteller/Versicherungsnehmer ist eine natürliche Person.

**Identifizierungs-
dokument**

☐

Pass

☐

Identitätskarte

☐

Schweizer
Führerausweis

☐

Schweizer
Ausländerausweis

Dokumenten-Nr.

Ausstellungsdatum

Ausstellungsort

Ausstellungsland

- ☐ Der unterzeichnende Vermittler erklärt, die Identität des Antragstellers/Versicherungsnehmers im persönlichen Kontakt anhand des oben angegebenen Originalausweises geprüft zu haben.

Ort/Datum

Unterschrift Vermittler

**Vorname/Name
in Blockschrift**

by Creadi Simpego

Für die Prämienschuld bei wirtschaftlicher Betrachtungsweise aufkommender Geldgeber ist

☐

Antragsteller/
Versicherungsnehmer

☐

andere Person. Bitte in diesem Fall Formulare "Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten" und gegebenenfalls "Feststellung der Kontrollinhaber" ausfüllen.

9. Erklärung gemäss FATCA zur US-Steuerpflicht (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Der Antragsteller/Versicherungsnehmer hat die Informationen zu FATCA zur Kenntnis genommen und erklärt wahrheitsgetreu, dass

- ☐ er keine "US-Person" ist. Er verpflichtet sich, Pax jegliche Änderungen des Status betreffend "US-Person" zu melden und bei Abklärungen von Pax aktiv mitzuwirken. Für den Fall, dass er den Status als "US-Person" erlangen sollte, erteilt er Pax die unwiderrufliche Einwilligung zur Meldung der Angaben an die US-amerikanische Steuerbehörde (IRS). Diese Zustimmung bleibt auch dann bestehen, wenn der Versicherungsvertrag nicht zustande kommen sollte, aus irgendeinem Grund nachträglich aufgelöst wird oder Anhaltspunkte vorliegen, welche eine Annahme des Status als "US-Person" nahelegen.
- ☐ er eine "US-Person" ist. Er erteilt Pax die unwiderrufliche Einwilligung zur Meldung der Angaben an die US-amerikanische Steuerbehörde (IRS). Diese Zustimmung bleibt auch dann bestehen, wenn der Versicherungsvertrag nicht zustande kommen sollte oder aus irgendeinem Grund nachträglich aufgelöst wird.

TIN (Tax Identification Number):

Hinweis

Vorstehende Erklärung gilt für alle bei Pax bestehenden Vertragsbeziehungen.

Für Fragen wenden Sie sich bitte an: fatca@pax.ch

10. Erklärung zu Steueransässigkeiten von natürlichen Personen gemäss AIA (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Der Antragsteller/Versicherungsnehmer hat die Informationen zum Automatischen Informationsaustausch (AIA) zur Kenntnis genommen und erklärt wahrheitsgetreu, dass

- ☐ er eine natürliche Person und ausschliesslich in der Schweiz steuerlich ansässig ist.
- ☐ er eine natürliche, in einem anderen Land steuerlich ansässige Person oder zusätzlich zur Schweiz in einem weiteren Land steuerlich ansässige Person ist. In diesem Fall muss das Formular «Erklärung zur Steuerpflicht gemäss FATCA und AIA» zwingend ausgefüllt werden.

Vorsätzliche Angaben von falschen Informationen auf einer Selbstauskunft, das Unterlassen einer Mitteilung an den Versicherer über eine Änderung der Gegebenheiten oder die Angabe von falschen Informationen im Zusammenhang mit Änderungen der Gegebenheiten können gemäss Artikel 35 des Bundesgesetzes über den Automatischen Informationsaustausch (AIAG) mit Busse bestraft werden.

Jede Änderung der Gegebenheiten, welche eine Änderung der steuerlichen Ansässigkeit bewirken könnte, muss Pax innert 30 Tagen unaufgefordert mitgeteilt werden.

11. Vollmachten und Erklärungen

Anzeigepflicht

Die Unterzeichnenden erklären, alle Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Sie sind für die Richtigkeit der Erklärungen verantwortlich, selbst wenn diese von einer anderen Person geschrieben worden sind. Veränderungen des Gesundheitszustandes zwischen Unterzeichnung und Annahme des Antrages sind der Pax, Schweizerische Lebensversicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend Pax) unverzüglich zu melden.

Bei unrichtiger Mitteilung oder Verschweigen einer erheblichen Gefahrentatsache ist Pax berechtigt, binnen vier Wochen nachdem sie von der Anzeigepflichtverletzung Kenntnis erhalten hat, den Vertrag zu kündigen. Dabei kann die Leistungspflicht für bereits eingetretene Schadenfälle entfallen (Artikel 6 Versicherungsvertragsgesetz).

Datenschutz

Die Unterzeichnenden erteilen Pax ausdrücklich folgende Ermächtigungen:

- Pax darf sämtliche Personendaten - einschliesslich medizinischer Daten - zum Zweck der Risikoprüfung, der Verkaufsförderung sowie der Vertrags- und Leistungsabwicklung bearbeiten.
- Soweit erforderlich oder soweit sie dazu gesetzlich verpflichtet ist, darf Pax zu denselben Zwecken sämtliche Personendaten - einschliesslich medizinischer Daten - bekannt geben an Behörden, Vorsorgeeinrichtungen, Mit-, Vor-, Rück- und Sozialversicherer (z. B. Ausgleichskassen, Sozialversicherungsanstalten, IV-Stellen, Unfall- und Krankenversicherer etc.) sowie an haftpflichtige Dritte bzw. deren Haftpflichtversicherer im In- und Ausland. Der Vermittler darf während der Vertragsdauer zu Beratungszwecken über den Vertragsinhalt informiert werden.
- Pax darf zu denselben Zwecken Personendaten - einschliesslich medizinischer Daten - bei oben genannten Personen, Versicherern und Stellen sowie bei involvierten Medizinal- und deren Hilfspersonen einholen und bearbeiten. Zu diesem Zweck entbinden die Unterzeichnenden diese von ihrer Geheimhaltungs- und Schweigepflicht.
- Zur Durchführung dieser Aufgaben können Partner beigezogen werden. Dabei werden die gesetzlichen Datenschutzvorschriften beachtet und die Partner auf deren Einhaltung verpflichtet.

12. Unterschriften

Der Antragsteller/Versicherungsnehmer bleibt 14 Tage, bei Versicherungen mit ärztlicher Untersuchung vier Wochen, an den Antrag gebunden. Der Antrag ist ab Datum der Unterzeichnung drei Monate gültig.

Der Antragsteller/Versicherungsnehmer erklärt hiermit den Beitritt zur Pax Holding (Genossenschaft). Der Beitritt wird mit der Annahme des Versicherungsantrages wirksam.

Der Antragsteller/Versicherungsnehmer bestätigt, folgende Unterlagen als Vertragsbestandteile erhalten zu haben:

- den vollständigen Vorschlag (Anzahl Seiten gemäss Fusszeile)
- sämtliche im Vorschlag aufgeführten "rechtlichen Bedingungen"
- die "Informationen zur Datenbearbeitung bei Pax"
- die "Informationen zu FATCA und AIA"
- die Vermittlerinformation des unten bezeichneten Vermittlers

Ort/Datum	<input type="text"/>	Unterschrift Antragsteller/ Versicherungsnehmer	<input type="text"/>
Gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Beistand (Bitte schriftliche Zustimmung der Erwachsenenschutzbehörde beilegen)		
Vorname	<input type="text"/>	Unterschrift	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>		

Hinweis

Zusätzlich bei juristischen Personen, Einzelfirmen oder Kollektiv-/Kommanditgesellschaften bitte Handelsregister-/Zefix-Auszug oder Statuten beilegen.

13. Angaben über den Vermittler

Vorname	<input type="text" value="Simpego"/>	Firma	<input type="text"/>
Name	<input type="text" value="by Creadi"/>	Code	<input type="text" value="930 000"/>

Zuständig
Kundenservice Private Vorsorge
Tel. +41 61 277 66 90
kundenservice-pv@pax.ch

Belastungsermächtigung für das Bankkonto (LSV+) Pax1W

Ergänzungen zum Antrag/zur Police

Prämienzahler

Vorname	Clemens	Name	Bachmair
Strasse/Nr.	GÄßterstrasse 170	PLZ/Ort	4053 Basel
Geburtsdatum		Policen-Nr.	
Antrag vom	03.02.2020	Antrags-Nr.	55132

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die von Pax vorgelegten Lastschriften meinem Konto in CHF zu belasten.

Name der Bank		PLZ/Ort	
IBAN (Bankkonto-Nr.)	C H		

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für meine Bank keine Verpflichtung zur Belastung. Jede Belastung meines Kontos wird mir avisiert. Der belastete Betrag wird mir rückvergütet, falls ich innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei meiner Bank in verbindlicher Form Widerspruch einlege. Ich ermächtige meine Bank, Pax den Inhalt dieser Belastungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem der Bank geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

Bitte die vollständig ausgefüllte Belastungsermächtigung **an die Bank** senden.

Ort/Datum		Unterschrift Kontoinhaber	
-----------	--	------------------------------	--

Bestätigung (Bitte leer lassen. Dieser Abschnitt ist von der Bank auszufüllen. Bitte danach **an Pax** senden.)

IBAN			
Ort/Datum		Stempel und Visum der Bank	

Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht CH-DD-Basislastschrift (Swiss COR1 Direct Debit) der PostFinance AG Ergänzung zum Antrag/zur Police

Rechnungssteller

Pax, Schweizerische Lebensversicherungs-Gesellschaft AG
Aeschenplatz 13, 4002 Basel
RS-PID: 4110100000595185

Prämienzahler/Kunde

Vorname		Oder Firma	
Name	Clemens		Bachmair
Strasse/Nr.	GÄ¼terstrasse 170	PLZ/Ort	4053 Basel
Geburtsdatum		Policen-Nr.	
Antrag vom	03.02.2020	Antrags-Nr.	55132

Ermächtigung

Hiermit ermächtigt der Kunde PostFinance bis auf Widerruf, die ihr von obigem Rechnungssteller angegebenen fälligen Beträge seinem Konto zu belasten.

IBAN (Postkonto)

C	H																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, kann PostFinance diese mehrmals prüfen, um die Zahlung durchzuführen, ist aber nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen.

Jede Belastung des Kontos wird dem Kunden von PostFinance in der mit ihm vereinbarten Form avisiert (z. B. dem Kontoauszug).

Der belastete Betrag wird dem Kunden rückvergütet, falls er innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei PostFinance in verbindlicher Form Widerspruch einlegt.

Bitte die vollständig ausgefüllte Zahlungsermächtigung **an Pax** senden.

Unterschrift des Vollmachtgebers oder Bevollmächtigten auf dem Postkonto. Bei Kollektivzeichnung sind zwei Unterschriften erforderlich.

Ort/Datum		Unterschrift	
Vorname/Name in Blockschrift			
Ort/Datum		Unterschrift (bei Kollektivzeichnung)	
Vorname/Name in Blockschrift			

Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten

Ergänzungen zum Antrag/zur Police

Antragsteller/Versicherungsnehmer/Prämiendepotinhaber

Vorname	Clemens	Name	Bachmair
Geburtsdatum	28.07.1987	Policen-/Antrags-Nr.	/55132
Antrag vom	03.02.2020	Prämiendepot-Nr.	

Der unterzeichnende Antragsteller/Versicherungsnehmer/Prämiendepotinhaber erklärt,

☒ dass er der für die Prämien-schuld bei wirtschaftlicher Betrachtungsweise aufkommende Geldgeber ist.

☐ dass folgende **natürliche Personen** die für die Prämien-schuld bei wirtschaftlicher Betrachtungsweise aufkommenden Geldgeber sind:

Vorname		Vorname	
Name		Name	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Nationalitäten (alle)		Nationalitäten (alle)	
Wohnsitzadresse		Wohnsitzadresse	
PLZ/Ort		PLZ/Ort	
Wohnsitzland		Wohnsitzland	

☐ dass folgendes **Unternehmen** (juristische Person, Kollektiv-/Kommanditgesellschaft) der für die Prämien-schuld bei wirtschaftlicher Betrachtungsweise aufkommende Geldgeber ist:

Firmenname		Domiziladresse	
Gründungsdatum		PLZ/Ort	

Für ein Unternehmen als wirtschaftlich Berechtigter bitte das Formular «Feststellung der Kontrollinhaber» ausfüllen.

Verhältnis des wirtschaftlich Berechtigten zum Antragsteller/Versicherungsnehmer/Prämiendepotinhaber:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> (ehemaliger) Ehegatte/
eingetragener Partner | <input type="checkbox"/> Lebenspartner | <input type="checkbox"/> Elternteil/Grosselternteil | <input type="checkbox"/> Kind |
| <input type="checkbox"/> Stiefkind | <input type="checkbox"/> Patenkind | <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> Pate/Patin (Götti/Gotte) |
| <input type="checkbox"/> Geschäftspartner | <input type="checkbox"/> anderes Verhältnis;
bitte nähere Angaben machen | | |

Unterschrift

Ort/Datum

Vorname/Name
in Blockschrift

Unterschrift
Antragsteller/
Versicherungsnehmer/
Prämiendepotinhaber