



Auftrag zur Vertragsänderung der Lebensversicherung

☒ Zutreffendes bitte ankreuzen!

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die geschlechtsspezifische Differenzierung bei zusammengesetzten Wörtern und Produktnamen verzichtet. Personenbezogene Bezeichnungen in diesem Dokument beziehen sich auf alle Geschlechter in gleicher Weise.

Bei allen mit *) gekennzeichneten Änderungen ist im Falle einer Sicherstellung (Verpfändung, Abtretung und Vinkulierung) die Zustimmung des Gläubigers (am Formular) einzuholen.

Polizzennummer:

Versicherungsnehmer:

Nachname, Vorname, Geburtsdatum

Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer

Die Unterschrift des Versicherungsnehmers auf Seite 6 ist immer erforderlich.



Namensänderung:

auf _____

Eine Kopie der amtlichen Urkunde ist bitte beizulegen.



Adressänderung:

☐ Wohnadresse ☐ Zustelladresse

Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer



Versicherungsnehmer *):

Nachname, Vorname, Geburtsdatum des neuen Versicherungsnehmers

Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer des neuen Versicherungsnehmers

**Vertrag wird an neuen Versicherungsnehmer abgetreten (ev. Nachversteuerung § 18 EStG).
Die Legitimation des neuen Versicherungsnehmers sowie die Unterschriften des
alten und neuen Versicherungsnehmers auf Seite 6 sind erforderlich.**



Bezugsrecht im Ablebensfall
der versicherten Person:

Nachname, Vorname, Geburtsdatum, Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer:

☐ **Prämienzahler:**

Nachname, Vorname, Geburtsdatum

Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer

Die Legitimation sowie die Unterschrift des neuen Prämienzahlers auf Seite 6 sind erforderlich.

☐ **Bankverbindung:**

IBAN _____ BIC _____

Kontoinhaber / Verfügungsberechtigter

Das SEPA-Lastschrift-Mandat ist bitte beizulegen.

☐ **Zahlungsart:**

ab 1. _____ ☐ jährlich ☐ halbjährlich ☐ vierteljährlich ☐ monatlich

☐ **Prämienfreistellung *):**

ab 1. _____

Bestehende Vorauszahlung wird durch Teilrückkauf getilgt (ev. Nachversteuerung § 18 EStG)

Für eine spätere Reaktivierung ist ein Antrag erforderlich!

☐ **Reduktion der Pension bzw.
der Versicherungssumme *):**

ab 1. _____ neue Summe / Monatspension EUR _____

oder neue Prämie EUR _____ *(Mindestprämien beachten)*

Für eine einmalige Zuzahlung oder laufende Erhöhung ist ein Antrag erforderlich.

☐ **Sondergefahr:**

☐ Einschluss ab 1. _____ ☐ Entfall ab 1. _____ *)

Risikobeschreibung (z. B. Paragleiten)

für _____

Nachname, Vorname, Geburtsdatum

☐ **Storno** (Vertrag nicht rückkaufsfähig *): zum 1. _____ ☐ mit Frist von drei Monaten

Frühestens auf das Ende des ersten Versicherungsjahres.

☐ **Wertanpassung** (Dynamisierung):

☐ Einschluss ab 1. _____ ☐ Entfall ab 1. _____ *)

☐ ASVG-Aufwertungszahl,
mind. 3 % jährlich

☐ _____ % der Prämie
3–10 % jährlich

☐ **Bonus Pension**
Anpassungsbrief

☐ **Bonus Pension**
mind. 4 %, mind. EUR 24,- jährlich,
max. staatlich geförderte Höchstgrenze

Bitte beantworten Sie auch die Fragen auf der nächstfolgenden Seite.

Fragen an die versicherte(n) Person(en) bei Einschluss der Wertanpassung:

Wir bitten Sie um gewissenhafte Beantwortung der folgenden Fragen, die sich auf den Zeitraum seit Abschluss Ihres angeführten Lebensversicherungsvertrages bzw. seit der anlässlich des Abschlusses durchgeführten ärztlichen Untersuchung beziehen. Unvollständige oder unrichtige Angaben können einen Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben.

Name		
Beruf, derzeitige Tätigkeit		
Leiden oder litten Sie an Herz- oder Blutgefäß-erkrankungen, Erkrankungen der Atmungsorgane, der Verdauungsorgane, der Gelenke oder der Wirbelsäule, Nervenerkrankungen, Depressionen, Allergien, Schlaganfall, Tumorerkrankungen, an den Folgen eines Unfalles oder körperlichen Gebrechens bzw. sind von der Norm abweichende Untersuchungsbefunde erhoben worden (z. B. Labor, EKG, Blutdruck, Röntgen, HIV-Aids-Test)?	☐ Nein ☐ Ja Art der Erkrankungen, Gebrechen, Beschwerden, seit wann?	☐ Nein ☐ Ja Art der Erkrankungen, Gebrechen, Beschwerden, seit wann?

☐ **Entfall Zusatzversicherungen *)**: ☐ ab 1. _____ von:

- ☐ Prämienübernahme bei Arbeitslosigkeit (ALZ)
- ☐ Prämienübernahme im Krankheitsfall (AUZ)
- ☐ Prämienübernahme im Krankheitsfall, Eltern/Familienhospizkarenz
- ☐ Prämienübernahme bei Berufsunfähigkeit (BUZ)
- ☐ Pensionszahlung bei Berufsunfähigkeit (BUZ)
- ☐ Prämienübernahme bei Grundfähigkeit (Lebenskasko)
- ☐ Pensionszahlung bei Grundfähigkeit (Lebenskasko)
- ☐ Risikozusatzversicherung

für _____ (Name versicherte Person)

- ☐ Unfallinvalidität
- ☐ Unfalltod

Für den Einschluss von Zusatzversicherungen ist ein Antrag erforderlich.

***) Zustimmung des Gläubigers:** ☐ mit Änderung einverstanden

Ort, Datum	Unternehmensstempel	Unterschrift des Zeichnungsberechtigten
------------	---------------------	---

Wir bitten Sie – bei jeder Änderung – um Beantwortung der nachfolgenden Erklärungen:

Im Falle eines Versicherungsnehmerwechsels vom neuen Versicherungsnehmer auszufüllen.

Erklärung gemäß Telekommunikationsgesetz

Ich/Wir stimme(n) zu, dass die DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group („DONAU“) die in diesem Antrag angegebenen Namens- und Kontaktdaten auch dazu verwendet, um mich/uns telefonisch, per E-Mail, SMS oder Apps zur Beratung und Betreuung zu kontaktieren oder auf diesen Kanälen Werbung über Versicherungsprodukte, Produkterweiterungen und -neuerungen, vertragsergänzende Services, Schadenservices und Umfragen zur Markt- und Meinungsforschung der DONAU zu unterbreiten. Ein Widerruf dieser Zustimmung ist jederzeit, unter anderem per E-Mail an donau@donauversicherung.at möglich.

- ☐ **Ja, ich/wir stimme/n zu**
- ☐ **Nein, ich/wir stimme/n nicht zu**

Maßnahmen zur Verhinderung der Geldwäscherei und Terrorismusfinanzierung

Versicherer sind zur Verhinderung der Geldwäscherei und Terrorismusfinanzierung im Finanzmarkt verpflichtet, den Versicherungsnehmer, vertretungsbefugte Personen, Prämienzahler und Bezugsberechtigte zu identifizieren und den PEP-Status (politisch exponierte Person) sowie das Bestehen einer Treuhandenschaft abzufragen.

Die erhobenen Daten werden solange aufbewahrt und verarbeitet, wie dies zur Erfüllung der vertraglichen Verpflichtungen und gesetzlichen Vorgaben notwendig ist.

Treuhänder-Erklärung

Handeln Sie in eigenem Namen oder als Treuhänder?

☐ Ich handle in eigenem Namen

☐ Ich handle als Treuhänder, Treugeber:

Name, Adresse, Geburtsdatum

Erklärung zu PEP (politisch exponierte Person)

Politisch exponierte Personen gemäß Finanzmarkt-Geldwäschegesetz sind diejenigen natürlichen Personen, die wichtige öffentliche Ämter ausüben oder bis vor zwölf Monaten ausgeübt haben und deren unmittelbare Familienmitglieder oder bekanntermaßen ihnen nahestehende Personen. Hierzu zählen unter anderem:

- a) Staatschefs, Regierungschefs (auch auf Landesebene), Minister, stellvertretende Minister und Staatssekretäre;
- b) Parlamentsabgeordnete oder Mitglieder vergleichbarer Gesetzgebungsorgane (auch auf Landesebene);
- c) Mitglieder der Führungsgremien politischer Parteien;
- d) Mitglieder von obersten Gerichtshöfen, Verfassungsgerichtshöfen oder sonstigen hohen Gerichten, gegen deren Entscheidungen, von außergewöhnlichen Umständen abgesehen, kein Rechtsmittel mehr eingelegt werden kann;
- e) Mitglieder von Rechnungshöfen (auf Bundes- und Landesebene) oder der Leitungsorgane von Zentralbanken;
- f) Botschafter, Geschäftsträger und hochrangige Offiziere der Streitkräfte (ab Dienstgrad Generalleutnant);
- g) Mitglieder der Verwaltungs-, Leitungs- oder Aufsichtsorgane staatseigener Unternehmen – mindestens 50 % Beteiligung durch den Bund oder ein Land (insbesondere bei denen eine Prüfpflicht der Rechnungshöfe besteht);
- h) Direktoren, stellvertretende Direktoren und Mitglieder des Leitungsorgans oder eine vergleichbare Funktion bei einer internationalen Organisation.

Keine der unter lit. a) bis h) genannten öffentlichen Funktionen umfasst Funktionsträger mittleren oder niedrigeren Ranges, Funktionsträger auf Landesebene sind jedoch umfasst.

Familienmitglieder: umfasst unter anderem

- a) den Ehegatten einer politisch exponierten Person, eine dem Ehegatten einer politisch exponierten Person gleichgestellte Person oder den Lebensgefährten im Sinne des StGB,
- b) die Kinder (einschließlich Wahl und Pflegekinder) einer politisch exponierten Person und deren Ehegatten, den Ehegatten gleichgestellte Personen oder Lebensgefährten im Sinne des StGB,
- c) die Eltern einer politisch exponierten Person.

bekanntermaßen nahestehende Personen:

- a) natürliche Personen, die bekanntermaßen gemeinsam mit einer politisch exponierten Person wirtschaftliche Eigentümer von juristischen Personen oder Rechtsvereinbarungen sind oder sonstige enge Geschäftsbeziehungen zu einer politisch exponierten Person unterhalten;
- b) natürliche Personen, die alleiniger wirtschaftlicher Eigentümer einer juristischen Person oder einer Rechtsvereinbarung sind, welche bekanntermaßen de facto zugunsten einer politisch exponierten Person errichtet wurde.

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

☐ Ja, ich bin als PEP anzusehen.

☐ Nein, ich bin nicht als PEP anzusehen

Sollte sich an dieser meiner Eigenschaft etwas ändern, werde ich die DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group unverzüglich darüber informieren.

Wirtschaftlicher Eigentümer (wenn eine Firma Versicherungsnehmer ist)

Aufgrund des Finanzmarkt-Geldwäschegesetzes haben Versicherungsunternehmen den Kunden (Versicherungsnehmer) aufzufordern, die Identität des wirtschaftlichen Eigentümers des Kunden bekannt zu geben und dieser hat dieser Aufforderung zu entsprechen.

Der wirtschaftliche Eigentümer ist die natürliche Person, in deren Eigentum oder unter deren Kontrolle der Kunde letztlich steht (direkt oder indirekt, einschließlich durch Halten von Inhaberaktien, wobei ein Anteil von 25 % plus eine Aktie jedenfalls ausreichend ist) oder die auf andere Weise die Kontrolle über die Leitung des Geschäfts innehat.

☐ Der wirtschaftliche Eigentümer des Versicherungsnehmers ist der Unterzeichner.

☐ Der/Die (weiteren) wirtschaftliche/n Eigentümer des Versicherungsnehmers ist/sind:

Name, Adresse, Geburtsdatum

Name, Adresse, Geburtsdatum

Erklärung zur Steuerpflicht

☐ für natürliche Personen

- ☐ Ich bestätige, dass ich **ausschließlich in Österreich** (insbesondere auch nicht in den USA) steuerpflichtig bin.
- ☐ Ich bestätige **in folgenden Staaten** unter der angeführten Steuernummer steuerpflichtig zu sein:

Steueransässigkeit (Staat)	Geburtsstaat	Geburtsort	Steuernummer
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Ich verpflichte mich, der Versicherung Änderungen meiner Steuerpflicht unverzüglich mitzuteilen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Zahlungen des Versicherers gemäß den Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen nur erfolgen, wenn der Empfänger über Aufforderung des Versicherers die dort genannten Auskünfte und Bestätigungen zu seiner Steuerpflicht abgibt.

Hinweis:

Als Indiz für eine ausländische Steuerpflicht zählen beispielsweise: eine ausländische Post- oder Wohnsitzadresse, ausschließlich eine ausländische Telefonnummer oder c/o-Adresse, Arbeitsanschrift, Bankverbindung, Bevollmächtigung einer Person mit einem der eben genannten Indizien etc. Sollten eines oder mehrere dieser Indizien bei Ihnen vorliegen, sind Sie verpflichtet Erkundigungen einzuholen, ob eine ausländische Steuerpflicht besteht.

☐ für nicht natürliche Personen

- A** ☐ Der Antragsteller ist **kein** Finanzinstitut nach FATCA und hat **weder** seinen Sitz außerhalb Österreichs (insbesondere auch nicht in den USA), **noch** ist er nach einer anderen Rechtsordnung organisiert oder in einem anderen Staat (insbesondere auch nicht in den USA) eingetragen.
- Die **ausschließliche Steuernummer des Antragstellers in Österreich** lautet:

- B** ☐ Der Antragsteller ist **in folgenden Staaten** steuerlich ansässig (für Finanzinstitute nach FATCA ist die GIIN anzugeben):

Steueransässigkeit (Staat)	Steuernummer
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Wenn Punkt B angekreuzt ist, muss Punkt C oder D verpflichtend ausgefüllt werden:

- C** ☐ Der Antragsteller erzielt mehr als 50 % aktive Einnahmen aus seiner Tätigkeit (**nicht** aus Vermögensveranlagung, Vermietung etc.).
- D** ☐ Der Antragsteller erzielt mehr als 50 % **passive** Einnahmen aus seiner Tätigkeit (z. B. aus Verwaltung, Veranlagung oder Vermietung von Vermögen).

Wenn Punkt D angekreuzt ist, muss Punkt E oder F verpflichtend ausgefüllt werden:

- E ☐ Der Antragsteller wird zu **nicht** mehr als 25 % direkt oder indirekt von einer Person gehalten, die in den USA oder sonst außerhalb Österreichs steuerpflichtig ist.
- F ☐ Der Antragsteller wird zu mehr als 25 % direkt oder indirekt von **einer oder mehreren Personen** gehalten, die in den USA oder sonst außerhalb Österreichs steuerpflichtig sind.

Außerhalb Österreichs steuerpflichtig sind:

*Name, Adresse, Geburtsdatum, Geburtsstaat, Geburtsort,
Steueransässigkeit (Staat), Steuernummer, Art der Beherrschung*

Angaben zur Steuerpflicht

Sie sind verpflichtet, uns alle Angaben und alle Änderungen der Angaben unverzüglich bekannt zu geben, die für die Beurteilung Ihrer persönlichen Steuerpflicht oder jener des Leistungsempfängers relevant sein können, insbesondere Name, Geburtsdatum, Geburtsort und Geburtsland, Adresse Ihres Wohnsitzes, Staat oder Staaten, in dem oder in denen Sie steuerlich ansässig sind, Steueridentifikationsnummer, Anzahl der Tage und gewöhnlicher Aufenthalt im Ausland, entsprechende Daten allfälliger Treugeber.

Ist der Versicherungsnehmer keine natürliche Person, so ist er zusätzlich verpflichtet, uns über allfällige Änderungen von Sitz, Ort der tatsächlichen Geschäftsleitung und Organisation, sowie für die Beurteilung der Steuerpflicht relevante Änderungen der Eigentümerstruktur (insbesondere: Änderungen der beherrschenden Person im Sinne von § 92 GMSG, BGBl 116/2015 und Art. 1 lit. ee) des FATCA-Abkommens, BGBl III Nr. 16/2015) zu informieren.

Leistungen erbringen wir nur Zug um Zug gegen Identifikation und, falls von uns verlangt, Abgabe einer Erklärung des Leistungsberechtigten, die obige Angaben enthält, sowie entsprechender Nachweise (insbesondere Reisepass).

Wenn und insoweit die Gefahr einer Haftung für Steuern durch uns besteht, sind wir berechtigt, den entsprechenden Teil der Versicherungsleistung bis zum Wegfall der Gefahr einzubehalten und an die jeweils zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden abzuführen. Wir sind nicht verpflichtet, Kosten des Leistungsempfängers, die zur Erlangung einer allfälligen Rückerstattung der abgeführten Beträge von Steuerbehörden anfallen, zu ersetzen.

Mit meiner Unterschrift mache ich meine Angaben auf allen sechs Seiten zum Inhalt meines Änderungsauftrages und übernehme die Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben; dies auch dann, wenn die Angaben nicht eigenhändig, sondern von einer anderen Person geschrieben oder elektronisch erfasst wurden.

Eine Kopie eines amtlichen Lichtbildausweises lege ich diesem Schreiben bei.

Ort, Datum	Vermittlernummer	Vermittler	
Identifikation vorgenommen mit ☐ Reisepass ☐ Führerschein ☐ Personalausweis	Nummer	Ausstellungsbehörde	Ausstellungsdatum
Unterschrift/en <i>Versicherungsnehmer (bei Versicherungsnehmerwechsel bisheriger und neuer Versicherungsnehmer) / versicherte Person / Prämienzahler - wenn abweichend vom Versicherungsnehmer / gesetzlicher Vertreter (bei Minderjährigen ab dem 14. Lebensjahr auch der Minderjährige):</i>		Nachname, Vorname, Geburtsdatum <i>in Blockschrift</i>	