

## Kapitalversicherungsantrag First Invest

Vermittler-Nr.  Gesellschaft, Name und Vorname des Beraters  Im Firmensitz erhalten am  Police-Nr.

### Zu versichernde Personen

#### Erwachsener:

Versicherungsnehmer

Prämienzahler

Frau

Herr

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Geburtsdatum:  Zivilstand:

Nationalität:  Bewilligung:

Bewilligung ZAR-Nr.:  Gültigkeit:

Kantonale Referenz-Nr.:

Gesprochene Sprache(n):  D  F  I

Korrespondenzsprache:  D  F  I

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Aktueller Beruf/Branche:

Name des Arbeitgebers:

Statuts:  angestellt  temporär angestellt

pensioniert/Rentner(-in)  in Ausbildung/Student(-in)

selbständig: seit wann?

Hausfrau oder -mann  arbeitslos

#### Kind:

Frau

Herr

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Geburtsdatum:

Nationalität:

### Versand der Police

direkt an den Versicherungsnehmer

Andere:

### Leistungen/Prämien

Vertragsbeginn:	Tarif (Abkürzung)	Dauer Jahre	Leistung Fr.	Prämie Fr.
01 <input type="text"/>	FPE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hauptversicherung First Invest	LP	<input type="checkbox"/> 90 Tage	<input type="checkbox"/> 180 Tage	<input type="checkbox"/> 360 Tage
Prämienbefreiung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> 1/4	<input type="checkbox"/> 1/12	<input type="checkbox"/> 720 Tage
Zahlungsmodus der Prämien <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2			<input type="checkbox"/> Betrag: <input type="text"/>	

### Übertragung der Rechte und Pflichten

Bei Todesfall des mitversicherten Erwachsenen vor Vertragsablauf gehen die Rechte und Pflichten des Vertrages an folgende Person über:

Name, Vorname:  Geburtsdatum:

Adresse:

### Sportliche Aktivitäten und Auslandsaufenthalte (nur für den Erwachsenen)

ja nein

- Betreiben Sie regelmässig Sport?  ja  nein  
 Wenn ja, welche(n):
- Betreiben Sie einen Sport wie Berg-, Flug- oder Motorsport (Auto, Motorrad), Reitsport, Fallschirmspringen, Deltafliegen, Gleitschirmfliegen, Tauchen, Kampfsport, Segeln, Höhlenforschung oder andere risikobehaftete sportliche Aktivitäten? (in diesem Fall den betreffenden Fragebogen ausfüllen)  ja  nein  
 Wenn ja, welche(n):
- Werden Sie sich in den nächsten 12 Monaten während mehr als 4 Wochen (in einer Region) ausserhalb Ihres Wohnlandes aufhalten?  ja  nein  
 Wo? Wann? Wie lange?   
 Aus welchem Grund?

## Fragen über den Gesundheitszustand (nur für den Erwachsenen)

	<b>ja</b>	<b>nein</b>
1. a. Besteht bei Ihnen eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Bestehen irgendwelche gesundheitliche Probleme? Leiden Sie an Folgen eines Unfalls oder einer Krankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Stehen Sie in ärztlicher Behandlung oder unter medizinischer Beobachtung oder nehmen Sie regelmässig Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie in den letzten 5 Jahren		
a. Ihre berufliche Tätigkeit oder Ihre gewöhnlichen Aktivitäten während mehr als 2 aufeinander folgenden Wochen unterbrechen oder einschränken müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. sich einer Behandlung, einer Kontrolle oder medizinischer Betreuung während mehr als 4 Wochen (von der ersten bis zur letzten Konsultation) unterzogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. einen Psychotherapeuten, Psychiater oder Psychologen konsultiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. sich einer physiotherapeutischen Behandlung unterzogen oder einen Chiropraktiker konsultiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben Sie sich einem HIV-Test (AIDS) unterzogen, dessen Ergebnis positiv oder anormal war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Rauchen Sie? Was? <input type="text"/> Anzahl/Tag <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Körpermasse Grösse in cm: <input type="text"/> Gewicht in kg: <input type="text"/>		
7. Wann wurde bei Ihnen die letzte medizinische Untersuchung durchgeführt? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Grund: <input type="text"/>		
Bei welchem Arzt? <input type="text"/> Ergebnis: <input type="text"/>		

### Hier bitte Einzelheiten angeben, wenn Sie eine oder mehrere der Gesundheitsfragen 1 bis 4 mit «ja» beantwortet haben

Frage Nr.	Art der Erkrankung oder der medizin. Untersuchung, Details, Medikamente	Von wann bis wann?	Dauer der Erwerbsunfähigkeit	Geheilt, Behandlung abgeschl.?	Name und genaue Adresse des Arztes oder des Spitals
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>

## Einwilligung und Schlussbestimmungen

### Einwilligung

Der Antragsteller oder der Versicherungsnehmer autorisiert die Groupe Mutuel Leben GMV AG die nötigen Angaben zur Erstellung und Verwaltung des Vertrages einzuziehen und auch Fragen zu dem Vertrag, sowie die Mitteilung an den Berater, dessen Namen auf der ersten Seite des Antrages aufgeführt ist, alle Angaben betreffend des unterschriebenen Vertrages (Mahnungen, Zahlungsbefehle usw.) vorzunehmen. Die betroffenen Personen befreien ihre Krankenkassen, sowie alle anderen Versicherer, von der Schweigepflicht gegenüber der Groupe Mutuel Leben GMV AG und berechtigen unter anderem die Übermittlung von notwendigen Informationen sowie die Inhalte der Beiblätter und des Versicherungsantrages an den Rückversicherer, in Bezug zur Abklärung der Annahmebedingungen.

Die zu versichernden Personen befreien die Ärzte, Spitäler, Therapeuten oder andere für die Groupe Mutuel Leben GMV AG in Betracht kommende Personen von Ihrem Berufsgeheimnis, um ihr oder ihrem medizinischen Dienst alle notwendigen Auskünfte, in Verbindung mit dem Abschluss des Versicherungsvertrages, zu erteilen.

Der Antragsteller verpflichtet sich, die anfallende Prämie für das 1. Versicherungsjahr, sowie die zusätzlichen Kosten, zu bezahlen.

### Schlussbestimmungen

Die Unterzeichner des Antrages sind verantwortlich, dass ihre Angaben korrekt sind, auch wenn der Antrag von einer Drittperson ausgefüllt wird und sie diesen nur unterzeichnen. Die Unterzeichner erklären, die schriftlichen Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben, ohne Gefahrentatsachen, die bekannt waren oder bekannt hätten sein müssen, zu verschweigen oder unrichtig anzugeben. Andernfalls kann die Gesellschaft, unter Anwendung von Art. 6 des Bundesgesetzes für Versicherungsverträge, den Vertrag kündigen.

Diese Auskunftspflicht besteht während der ganzen Annahmeprozedur und bis zum Erhalt der Versicherungspolice.

Der Antragsteller bestätigt, die Akkreditierungskarte des Versicherungsberaters (mit Angaben über seine Identität, Adresse, angebotenen Versicherungsbereiche und den Namen der vertretenen Versicherer) gesehen und zur Kenntnis genommen zu haben. Er bestätigt auch, vom besagten Berater über die Bearbeitung seiner persönlichen Daten (insbesondere deren Zweck und dessen Empfänger) informiert zu sein.

Er nimmt ebenfalls zur Kenntnis, dass Vereinbarungen zwischen ihm und dem Vermittler die Groupe Mutuel Leben GMV AG nur verpflichtet, wenn diese schriftlich an den Hauptsitz gerichtet und anerkannt wurden.

## Unterschriften

Ich bestätige hiermit den Sinn der Fragen, welche mir gestellt worden sind, verstanden und diese wahrheitsgetreu beantwortet zu haben, sowie den Erhalt der allgemeinen und zusätzlichen Versicherungsbedingungen.

Ort und Datum: <input type="text"/>	Unterschrift des Versicherungsnehmers: <input type="text"/>
Mitversicherter Erwachsener: <input type="text"/>	Gesetzl. Vertreter oder Vormund des Erwachsenen: <input type="text"/>
Gesetzl. Vertreter des versicherten Kindes: <input type="text"/>	

## Erklärung und Unterschrift des Beraters

Ich erkläre, mich beim Antragsteller identifiziert zu haben und meiner Informationspflicht gemäss Artikel 45 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) nachgekommen zu sein. Ich bestätige ebenfalls, dass die vorgeschriebenen Informationen, welche dem Antragsteller mitzuteilen sind, auf einem dauerhaften und zugänglichen Träger übermittelt wurden.

Die anwendbaren Versicherungsbedingungen wurden dem Antragsteller persönlich überreicht.

Ort und Datum: <input type="text"/>	Unterschrift des Beraters: <input type="text"/>
-------------------------------------	---

---

## Beiblatt zum Antrag First Invest

---

Neugeschäft: Antrag datiert am .....  Änderung der Police Nr. ....

### Versicherungsnehmer

Frau  Herr  Firma

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

---

### Investitionsprofil

---

1. *Sind Ihre laufenden Verpflichtungen (Hypothek/Miete, laufende Kosten, Rückzahlung von Privatkrediten, Pensionen...) für die nächsten 3 Jahre gedeckt?*

Ja (2 Punkte)  Nein (0 Punkte)

2. *Welchen Teil Ihres Einkommens sparen Sie jährlich?*

0 % (0 Punkte)  weniger als 5% (1 Punkt)  
 zwischen 5% und 10% (1.5 Punkte)  mehr als 10% (2 Punkte)

3. *Für welche Dauer wünschen Sie den ausgewählten Investitionsplan aufrecht zu erhalten?*

weniger als 1 Jahr (0 Punkte)  1 bis 3 Jahre (0 Punkte)  
 3 bis 5 Jahre (1 Punkt)  mehr als 5 Jahre (2 Punkte)

4. *Wie alt sind Sie?*

weniger als 40 Jahre (2 Punkte)  zwischen 40 und 49 Jahre (1.5 Punkte)  
 zwischen 50 und 60 Jahre (0.5 Punkte)  mehr als 60 Jahre (0 Punkte)

5. *Welchen durchschnittlichen Ertrag hoffen Sie durch Ihre Anlage zu erhalten?*

2% bis 3.5% (0 Punkte)  3.5% bis 5.5% (1 Punkt)  
 5.5% bis 7% (2 Punkte)  mehr als 7% (4 Punkte)

6. *Sind Sie sich bewusst, dass während der Anlagedauer die Fonds sich unterhalb des Einkaufspreises bewegen können?*

Ja (2 Punkte)  Nein (0 Punkte)

7. *Welche der nachstehenden Behauptungen treffen am besten auf Ihre Anlagephilosophie zu?*

- Anlagen die schwache Risiken darstellen um gemässigte und stabile Erträge zu erhalten (0 Punkte)
- durchschnittliche Risiken mit vorübergehend hohen Kursen und der Perspektive Renditen zu erhalten, die höher als der Durchschnitt sind (2 Punkte)
- langfristig hohe Erträge zu erhalten, obwohl Sie sich bewusst sind, dass Ihre Titel starken Kursschwankungen unterworfen sind (4 Punkte)

8. Haben Sie bereits Erfahrung im Bereich der Kapitalanlagen?

- Ich habe bereits direkt investiert, zum Beispiel in Aktien (2 Punkte)
- Ich habe bereits mittels eines Anlagefonds investiert (1.5 Punkte)
- Ich habe keine Erfahrung im Bereich der Kapitalanlagen (0 Punkte)

Meine Antworten ergeben ein Total von  Punkten, dies stimmt mit folgendem Investitionsprofil überein:

- 16.5 bis 20 Punkte **Dynamisch** hervorragende Eigenschaften Risiken einzugehen
- 11.5 bis 16 Punkte **Ausgewogen** gute Eigenschaften Risiken einzugehen
- 7 bis 11 Punkte **Sicherheit** durchschn. oder schlechte Eigenschaften Risiken einzugehen
- weniger als 7 Punkte keine Eignung Risiken einzugehen

### Wahl des Investitionsplanes

---

**Plan 1 « Sicherheit »**  
Bestimmt für diejenigen Investoren, deren Risikobereitschaft gering ist und hauptsächlich auf Titel mit laufender Rendite und geringen Kursschwankungen Wert legen.

<b>Aktiefonds</b>	15%	Fidelity Switzerland Fund (LUX) Valoren-Nummer: 326395	10%	Pictet Global Equity Selection (LUX) – P Valoren-Nummer: 966816
<b>Obligationenfonds</b>	75%	Julius Baer Multibond Swiss Franc Bond Fund (LUX) – B Valoren-Nummer: 596416		

**Plan 2 « Ausgewogen »**  
Bestimmt für diejenigen Investoren, die einen überdurchschnittlichen Ertrag verwirklichen möchten und bereit sind, Risiken in Form von vorübergehenden grösseren Kursschwankungen zu akzeptieren.

<b>Aktiefonds</b>	30%	Fidelity Switzerland Fund (LUX) Valoren-Nummer: 326395	20%	Pictet Global Equity Selection (LUX) – P Valoren-Nummer: 966816
<b>Obligationenfonds</b>	50%	Julius Baer Multibond Swiss Franc Bond Fund (LUX) – B Valoren-Nummer: 596416		

**Plan 3 « Dynamisch »**  
Bestimmt für diejenigen Investoren, deren Risikobereitschaft gross ist und längerfristig die grösstmögliche Rendite suchen, und sich bewusst sind, dass die ausgewählten Titel grosse Kursschwankungen erfahren können.

<b>Aktiefonds</b>	45%	Fidelity Switzerland Fund (LUX) Valoren-Nummer: 326395	30%	Pictet Global Equity Selection (LUX) - P Valoren-Nummer: 966816
<b>Obligationenfonds</b>	25%	Julius Baer Multibond Swiss Franc Bond Fund (LUX) - B Valoren-Nummer: 596416		

Mit dem Ausfüllen des Investitionsprofils bestätige ich zur Kenntnis genommen zu haben, dass die Leistungen der First Invest von der Entwicklung der Anlagefonds abhängig sind in denen meine Prämien investiert werden und ich keinerlei Garantien durch die Gesellschaft erhalte. Deshalb anerkenne ich, das gesamte Anlagerisiko selber zu tragen. Ausserdem ist mir bewusst, dass ich im schlimmsten Fall nicht die Gesamtheit der einbezahlten Prämien zurückerhalte. Mein Investitionsplan ist mir bekannt und ich bestätige, vor allem wenn der Plan nicht mit meinem Investitionsprofil übereinstimmt, dass die Auswahl meinem Wunsch entspricht und ich in eigener Verantwortung gehandelt habe.

Hiermit erklärt der/die Unterzeichnende als Versicherungsnehmer(-in), dass er/sie die allgemeinen Versicherungsbedingungen Produkt First Invest (AVB) erhalten und akzeptiert hat. Dieses Beiblatt ist Bestandteil des Antrags für eine fondsgebundene Lebensversicherungspolice.

Ort und Datum:

---

Unterschrift des/der Versicherungsnehmer(-in):

---

Unterschrift des Beraters:

---