

Auftrag zur Änderung der Fondsaufteilung/Veranlagung/für VbP

Vienna-Life Lebensversicherung AG Vienna Insurance Group; Registriert beim Handelsregister Liechtenstein unter FL-0002.010.458-6
 Geschäftsführung: Mag. Johann Fahrnberger; Mag. Christoph Konasz; Direktion: Industriestrasse 2, FL-9487 Bendorf;
 Tel.: +423 235 0660 Fax +423 235 0669; www.vienna-life.li; office@vienna-life.li

Policennummer _____

Versicherungsnehmer 1

Vorname _____

Nachname _____

Strasse/Hausnummer _____

PLZ/Wohnort _____

Steueridentifikationsnummer _____

Steuerdomizil _____

Versicherungsnehmer 2

Vorname _____

Nachname _____

Strasse/Hausnummer _____

PLZ/Wohnort _____

Steueridentifikationsnummer _____

Steuerdomizil _____

- Switch** Die zukünftig zu veranlagenden Prämienteile sollen wie unten angegeben auf die Investmentfond / Veranlagung aufgeteilt werden. Die Veranlagung der bereits vorhandenen Deckungsrückstellung bleibt unverändert
- Shift** Die Veranlagung der bereits vorhandenen Deckungsrückstellung (Fondanteile) soll wie unten angegeben umgeschichtet werden
- Switch und Shift** Die zukünftig zu veranlagenden Prämienteile sollen wie unten angegeben auf die Investmentfond / Veranlagung aufgeteilt werden.
 Außerdem soll die Veranlagung der bereits vorhandenen Deckungsrückstellung nach dem gleichen Aufteilungsschlüssel umgeschichtet werden

Aufteilungsschlüssel

| Fonds | ISIN | Anteil in % * |
|-------|-------|---------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

*Der Anteil pro Fonds muss min. 10% sein.

Hinweise und Kundenerklärung zum Auftrag zur Änderung der Fondsaufteilung / Veranlagung

- Ich nehme zur Kenntnis, dass dieser Auftrag nur mit der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Erklärung des Versicherungsnehmers entgegengenommen werden kann.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass die Veränderung der Fondsaufteilung / Veranlagung zum nächstmöglichen Rücknahmetermin meiner bestehenden Veranlagung und Zeichnungstermin meiner zukünftigen Veranlagung, frühestens jedoch:
- zum nächsten Monatsersten (bei Eingang bis zum 15. des laufenden Monats; vorhergehender Werktag)
 - zum übernächsten Monatsersten (bei Eingang nach dem 15. des laufenden Monats) durchgeführt werden kann.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass die Durchführung des gegenständlichen Auftrages nur mit Zustimmung der Vienna-Life erfolgt. Als Zustimmung gilt ausschliesslich die Übermittlung der Durchführungsbestätigung.

Ort, Datum
UNTERSCHRIFT DES **1. VERSICHERUNGSNEHMERS**



Ort, Datum
UNTERSCHRIFT DES **2. VERSICHERUNGSNEHMERS**



Zustimmung des Pfandgläubigers bei Abtretung bzw. Verpfändung (falls vorhanden):

Ort, Datum
UNTERSCHRIFT / FIRMENSTEMPEL des Pfandgläubigers



Erklärung des Versicherungsnehmers

„1“ - Verfügen Sie über Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Veranlagung von Wertpapieren, Investmentfonds und Alternative Investments?

- Ja Wir bitten Sie dennoch diese Erklärung zu unterschreiben, da wir eine Verpflichtung zur Beratung in gesetzlichem Mindestumfang haben.
- Nein Ihr Berater informiert Sie über alle Chancen und Risiken dieser Veranlagungsform. Bitte beachten Sie insbesondere unser umfangreiches Informationsmaterial und verlangen Sie Auskunft über alle Unklarheiten!

„2“ – Anlagestrategie & -ziel: Meine Investition ist folgendermaßen geplant: Hinweis: Risiken einer höheren Risikoklasse schließen niedrigere Risiken mit ein.

- | | | | |
|--------------------------|----------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Risikoklasse 1 | sehr niedriger Schwankungsfaktor | Volatilität: 0,00% bis < 0,50% |
| <input type="checkbox"/> | Risikoklasse 2 | niedriger Schwankungsfaktor | Volatilität: 0,50% bis < 2,00% |
| <input type="checkbox"/> | Risikoklasse 3 | niedriger/mittlerer Schwankungsfaktor | Volatilität: 2,00% bis < 5,00% |
| <input type="checkbox"/> | Risikoklasse 4 | mittlerer Schwankungsfaktor | Volatilität: 5,00% bis < 10,00% |
| <input type="checkbox"/> | Risikoklasse 5 | mittlerer/hocher Schwankungsfaktor | Volatilität: 10,00% bis < 15,00% |
| <input type="checkbox"/> | Risikoklasse 6 | hoher Schwankungsfaktor | Volatilität: 15,00% bis < 25,00% |
| <input type="checkbox"/> | Risikoklasse 7 | sehr hoher Schwankungsfaktor | Volatilität: > 25,00% |

„3“ – Anlagehorizont / Veranlagungsziel:

- bis 10 Jahre 10 bis 20 Jahre über 20 Jahre

„4“ – Risiko: Ich bestätige, dass ich über folgende Punkte und Risiken aufgeklärt wurde:

- die Möglichkeit, dass die gewählten Anlagen deutliche Verluste aufweisen können
- die Möglichkeit, dass einzelnen Anlagestrategien Totalausfall erleiden können
- die Möglichkeit, dass zur Anlage des Deckungskapitals auch einzelne Produkte ohne Vertriebszulassung im Wohnsitzstaat des Versicherungsnehmers eingesetzt
- den Umstand, dass auch die gewählten Anlagestrategien keine Zusagen über künftige Erträge möglich machen
- den Umstand, dass aus erzielten Erträgen in der Vergangenheit keine Schlüsse für zukünftige Erträge zulässig sind
- Ich bestätige, dass ich die Verbraucherinformation zur von mir gewünschten Anlage und die darin enthaltenen Kosten- und Risikohinweise gelesen und verstanden habe und diese Teil des Versicherungsvertrages akzeptiere.
- Ich bin über die einzelnen Anlagemöglichkeiten aufgeklärt worden und bestätige, dass meine Anlageauswahl meinen Vorstellungen entspricht.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass die Vienna-Life Lebensversicherung AG Vienna Insurance Group auf die Wertentwicklung der Portfolios (Fonds) keinen Einfluss nimmt und daher für die Anlageerfolge nicht haftbar gemacht werden kann.

Steuerpflicht

Natürliche Personen:

Ich bestätige, dass ich in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) nicht steuerpflichtig bin.
Ich verpflichte mich, der Versicherung Änderungen meiner Steuerpflicht unverzüglich mitzuteilen.
Ich nehme zur Kenntnis, dass Zahlungen des Versicherers gemäß den Bestimmungen der Allgemeinen Vertragsbedingungen nur erfolgen, wenn der Empfänger über Aufforderung des Versicherers die dort genannten Auskünfte und Bestätigungen zu seiner Steuerpflicht abgibt.

Juristische Person:

Es wird bestätigt, dass der Antragsteller kein Finanzinstitut im Sinne von FATCA ist. Es wird bestätigt, dass der Antragsteller zu nicht mehr als 10% direkt oder indirekt von einer US-Person gehalten wird. Es wird zudem bestätigt, dass der Antragsteller weder seinen Sitz in den USA noch nach dem Recht der USA organisiert oder in den USA eingetragen ist. Der Antragsteller verpflichtet sich, der Versicherung Änderungen unverzüglich mitzuteilen und nimmt zur Kenntnis, dass Zahlungen des Versicherers gemäß den Bestimmungen der Allgemeinen Vertragsbedingungen nur erfolgen, wenn der Empfänger über Aufforderung des Versicherers die dort genannten Auskünfte und Bestätigungen zu seiner Steuerpflicht abgibt.

- Bei Versicherungsverträgen, die zwischen der Vienna-Life Lebensversicherung AG Vienna Insurance Group und einem Versicherungsnehmer mit Sitz in einem anderen Staat als dem Fürstentum Liechtenstein abgeschlossen werden, sind die jeweiligen nationalen steuerlichen Vorschriften anzuwenden. Der Versicherungsnehmer erklärt mit seiner Unterschrift, sich selbst sämtliche Informationen über die anwendbaren nationalen Steuergesetze und deren Konsequenzen zu besorgen und die daraus entstehenden Fragen, vor Abschluss des Versicherungsvertrages, an sein zuständiges Wohnsitzfinanzamt oder seinen Steuerberater zu richten.
- Ich erkläre, dass ich die im Rahmen des Versicherungsvertrages bei der Vienna-Life Lebensversicherung AG Vienna Insurance Group zur Veranlagung kommenden Gelder ordnungsgemäß versteuert habe.
- Ich erkläre, dass ich mich hinsichtlich der Besteuerung meines Versicherungsvertrages bei meinem Finanzamt oder bei meiner Rechts- oder Steuerberatung erkundige und für eine korrekte Besteuerung Sorge.
- Die Vienna-Life Lebensversicherung AG Vienna Insurance Group kann für steuerliche Konsequenzen jeglicher Art, die sich aufgrund des Versicherungsvertrages ergeben, nicht verantwortlich gemacht werden.

Die Unterzeichneten bestätigen mit ihren Unterschriften die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

UNTERSCHRIFT DES **1. VERSICHERUNGSNEHMERS**



Ort, Datum

UNTERSCHRIFT DES **2. VERSICHERUNGSNEHMERS**



Zustimmung des Pfandgläubigers bei Abtretung bzw. Verpfändung (falls vorhanden):

Ort, Datum

UNTERSCHRIFT / FIRMENSTEMPEL des Pfandgläubigers

