

## Änderung der Todesfallleistung

Zu Police-Nr.		
	1. Versicherungsnehmer	<input type="checkbox"/> juristische Person
Name/Vorname/Firma		
Adresse/Postleitzahl/Ort		
Geburts-/Gründungsdatum		
Telefon Nr.		
E-Mail	<input type="checkbox"/> keine	
Gesetzlicher Vertreter		
	2. Versicherungsnehmer	<input type="checkbox"/> juristische Person
Name/Vorname/Firma		
Adresse/Postleitzahl/Ort		
Geburts-/Gründungsdatum		
Telefon Nr.		
E-Mail	<input type="checkbox"/> keine	
Gesetzlicher Vertreter		
Versicherte Person		
	1. versicherte Person	
Name/Vorname/Firma		
Adresse/Postleitzahl/Ort		
Geburts-/Gründungsdatum		
Telefon Nr.		
E-Mail	<input type="checkbox"/> keine	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
	2. versicherte Person	
Name/Vorname/Firma		
Adresse/Postleitzahl/Ort		
Geburts-/Gründungsdatum		
Telefon Nr.		
E-Mail	<input type="checkbox"/> keine	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich

### Angabe zur Todesfalleistung

Bisherige Todesfalleistung	_____ %
NEUE Todesfalleistung	_____ %

### Gesundheitsfragen bzw. Angaben der versicherten Person

	1. Versicherte Person		2. Versicherte Person	
Sind Sie vollkommen gesund und arbeitsfähig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein*
Bestanden / bestehen in den letzten 5 Jahren Beschwerden, Krankheiten und / oder chronische Leiden?	<input type="checkbox"/> Ja**	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja**	<input type="checkbox"/> Nein
Grösse / Gewicht	_____ cm	_____ kg	_____ cm	_____ kg

\*) Bitte erläutern Sie

\*\*\*) Name und Anschrift des Arztes bzw. Krankenanstalt, wo Sie behandelt wurden (siehe Erklärung unten)

Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, alle Veränderungen des Gesundheitszustandes der versicherten Person, die bis zum Versicherungsbeginn eintreten, Youplus unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Weiter stimmt die versicherte Person zu, dass Ärzte, Krankenanstalten, Versicherungsträger, Behörden usw. Youplus Auskünfte übermitteln dürfen und entbindet diese durch dieses Mandat zur Auskunftserteilung von ihrer beruflichen Schweigepflicht. Je nach Alter, Gesundheitszustand und gewähltem Risikoschutz können zusätzliche Gesundheitsfragen oder auch weitere medizinische Untersuchungen erforderlich sein. Youplus wird, wenn diese erforderlich sein sollten, auf den Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person zugehen.

### Unterschrift des Versicherungsnehmers (eigenhändige Unterschrift erforderlich)

Ort, Datum

1. und 2.  
Versicherungsnehmer/gesetzlicher  
Vertreter\*

### Unterschrift der versicherten Person (eigenhändige Unterschrift erforderlich)

Ort, Datum

1. und 2. Versicherte Person/gesetzlicher  
Vertreter\*

---

**Bitte folgendes obligatorisch beilegen - Youplus behält sich das Recht vor, bei Bedarf zusätzliche Unterlagen anzufordern:**

- Originalpolice** (inkl. allfälliger Nachträge) oder Verlusterklärung
- Wenn der Versicherungsnehmer eine natürliche Person ist: „**Utility Bill**“ als Wohnsitznachweis, nicht älter als 12 Monate bzw. 6 Monate bei irischen Policen (z.B. Gas-, Strom-, Wasserrechnung, Fernsehgebühr) oder Meldebestätigung
- Identitätsdokumente** für jeden Versicherungsnehmer/versicherte Person (falls verschieden):
  - natürliche Personen:** beglaubigte gültige Pass- oder ID-Kopie (falls nicht schon eingereicht)
  - juristische Personen:** Handelsregisterauszug (nicht älter als 12 Monate), Statuten (oder gleichwertiges Dokument), Unterschriftenkarte, beglaubigte gültige Pass- oder ID-Kopien für jeden Unterschriftsberechtigten und entsprechendes W-8 oder W-9 Formular
- Formular „**Selbstdeklaration zum Steuerstatus**“ für jeden Versicherungsnehmer/versicherte Person (falls verschieden).
- Im Fall einer irischen Police: Formular „**Self declaration of non-Irish residence**“
- Für natürliche oder juristische Person mit **US Status:**
  - W-9 Formular
  - FinCEN Report 114 (FBAR für das letzte steuerliche Jahr bezüglich der Police) **und**
  - Formular 8938 (für das letzte steuerliche Jahr bezüglich der Police)
  - oder** CPA-Brief (Bestätigung für das letzte steuerliche Jahr bezüglich der Police)

\*Für den gesetzlichen Vertreter sind die gleichen Dokumente und Informationen erforderlich wie für den Versicherungsnehmer. Bitte Seite 1 dementsprechend ergänzen.

---