

## Versicherungsantrag auf Abschluss einer Rentenversicherung gegen Einmalbeitrag

Beantragter Versicherungsbeginn

--	--	--	--	--	--	--	--

VE	Personen-Nr. (Vers.-Nr.)	Abschlussverm. AD-Nr.	Bestandsbetr. AD-Nr.	Kunden-Nr.	ADEBAT3 06.26 PDF A 003253-101-000290
					AD-Versand <input type="checkbox"/> ja

**Bitte geben Sie alle Namen vollständig an** und tragen Sie diese genauso ein, wie sie in Ihrem Ausweis bzw. Pass vermerkt sind.

**Antragsteller**  
Versicherungsnehmer (mindestens 18 Jahre)

Name/ Firmennamen \_\_\_\_\_ Titel/Gesellschaftsform \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_  
 Geburtsort \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Straße, Postfach \_\_\_\_\_ Zustellergänzung \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort/ Sitz \_\_\_\_\_ **DEUTSCHLAND** \_\_\_\_\_  
 Telefon\* (privat) \_\_\_\_\_  
 Staatsangehörigkeit/ Sitzland \_\_\_\_\_ E-Mail\* \_\_\_\_\_

Familienstand\*  ledig  verheiratet  eingetragene Partnerschaft  eheähnliche Gemeinschaft  geschieden  verwitwet

Die **Identität** des Antragstellers muss anhand eines Identifikationsdokuments **überprüft** werden. Informationen zum Vorgehen finden Sie in den Schlusserklärungen unter „Hinweise zum Sorgfaltspflichtgesetz“.

**Vertretung des Antragstellers**

Wird der Antragsteller von einer anderen Person vertreten? (bitte Zutreffendes ankreuzen)

**Nein.** Ich stelle den Antrag im eigenen Namen.  
 **Ja, ich handle als gesetzlicher Vertreter eines Unternehmens/Rechtsträgers.** Das von mir vertretende Unternehmen bzw. der Rechtsträger soll Versicherungsnehmer werden.  
 **Ja, ich handle in Vertretung einer natürlichen Person.** Z. B. im Rahmen einer Betreuung, einer Bevollmächtigung, eines Auftrags.

Liegt eine Vertretung vor, so tragen Sie bitte die Angaben zur Person des Vertreters im Folgenden ein. Bitte fügen Sie ausserdem eine **Kopie des Personalausweises oder des Reisepasses des Vertreters sowie die Legitimation für die Vertretung** (z. B. aktueller Handelsregisterauszug, Vollmacht, Bestallungsurkunde) bei.  
 Der Antragsteller wird von folgender Person vertreten:

**Bitte geben Sie alle Namen vollständig an** und tragen Sie diese genauso ein, wie sie in Ihrem Ausweis bzw. Pass vermerkt sind.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_  
 Straße, Postfach \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ **DEUTSCHLAND** Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

**Zu versichernde Person**

Herr   
 Frau   
 Hinweis: Wenn Antragsteller = versicherte Person, dann nur die markierten Felder ausfüllen

Name \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Straße, Postfach \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Zustellergänzung \_\_\_\_\_  
 Derzeitige berufliche Tätigkeit (Haupt- und Nebenberuf) \_\_\_\_\_ Berufs-schlüssel \_\_\_\_\_  
 Status \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_  
 (siehe Seite 5) (bei Status 3)

**Steuerliche Ansässigkeit**

**natürliche Personen** Bitte reichen Sie uns das Formular „Selbstauskunft natürliche Personen“ ein.

**Unternehmen** Bitte reichen Sie uns das Formular „Selbstauskunft Rechtsträger“ sowie ein aktuelles W-8-BEN-E-Formular (<https://www.irs.gov/forms-pubs/about-form-w-8-ben-e>) ein.

Steuernummer \_\_\_\_\_

**Beitragszahlung**

**Konto zur Beitragszahlung per Überweisung**

Bitte überweisen Sie unter Angabe der Versicherungsnummer und des Namens des Versicherungsnehmers den Einmalbeitrag auf das Konto, welches wir Ihnen in unserer Annahmeerklärung nennen.  
**Bitte nennen Sie uns die Bankverbindung, von welcher der Beitrag überwiesen wird.**

IBAN \_\_\_\_\_ Kontoinhaber: Name/Vorname \_\_\_\_\_

**Angaben nach dem Sorgfaltspflichtgesetz.** Nähere Infomationen siehe Schlusserklärungen „Hinweise zum Sorgfaltspflichtgesetz“

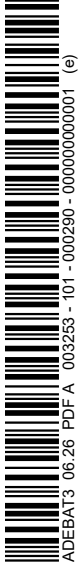
**Feststellung der wirtschaftlich berechtigten Personen**

Als wirtschaftlich berechtigt gelten diejenigen natürlichen Personen, die wirtschaftlich die **Versicherungsprämien** letztlich leisten.

**Ich bin als Antragsteller** (bitte Zutreffendes ankreuzen):

**allein wirtschaftlich berechtigt.** Ich leiste den Einmalbeitrag komplett selbst.  
 **nicht allein wirtschaftlich berechtigt.** Das bedeutet, eine oder mehrere Personen leisten den Einmalbeitrag mit mir gemeinsam (z. B. Gemeinschaftskonto).  
 **nicht wirtschaftlich berechtigt.** Das bedeutet, eine oder mehrere andere Personen leisten den Beitrag, ich selbst trage wirtschaftlich nicht zum Einmalbeitrag bei.

Bitte tragen Sie die Angaben der weiteren Person, die neben Ihnen oder anstelle von Ihnen wirtschaftlich zum Einmalbeitrag beiträgt, im Folgenden ein. Sollten noch weitere Personen zum Einmalbeitrag beitragen, so füllen Sie bitte für jede weitere Person das Formular zur Feststellung der wirtschaftlich berechtigten Person aus. Bitte beachten Sie, dass die **Identität** jeder wirtschaftlich berechtigten Person anhand eines Identifikationsdokuments **überprüft** werden muss. Informationen zum Vorgehen finden Sie in den Schlusserklärungen unter „Hinweise zum Sorgfaltspflichtgesetz“.



\* Diese Angaben sind freiwillig

Antragsteller Name/Firmenname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

**Bitte geben Sie alle Namen vollständig an und tragen Sie diese genauso ein, wie sie in im Ausweis bzw. Pass der wirtschaftlich berechtigten Person vermerkt sind.**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_  
 Straße, Postfach \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Geburtsort \_\_\_\_\_ Geburtsland \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ **DEUTSCHLAND** Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

**Politisch exponierte Person (PEP)**

**Erklärung zur Feststellung politisch exponierter Personen (PEP)**

Ist eine für dieses Vertragsverhältnis relevante Person (Antragsteller, ggf. für diesen auftretende Person, wirtschaftlich Berechtigter, Bezugsberechtigter) eine politisch exponierte Person oder steht eine dieser Personen einer politisch exponierten Person nahe?

ja  nein Wenn ja: Bitte Erklärung zur Feststellung politisch exponierter Personen (PEP) gemäß Sorgfaltspflichtgesetz ausfüllen. (Nähere Informationen siehe Schlusserklärungen „Hinweise zum Sorgfaltspflichtgesetz“)

Bitte beachten Sie, dass die **Identität** einer politisch exponierten Person anhand eines Identifikationsdokuments **überprüft** werden muss. Informationen zum Vorgehen finden Sie in den Schlusserklärungen unter „Hinweise zum Sorgfaltspflichtgesetz“.

**Produktmerkmale**

**Tarif** Advigon.Kapital-SCHUTZ CHF

**Technische Daten**

Rentenbeginn am \_\_\_\_\_ Rentenzahlung bis zum \_\_\_\_\_  
 Beitragszahlung bis zum \_\_\_\_\_  
 Rentenzahlweise  monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich  
 Garantierte Rente \_\_\_\_\_ CHF Garantierte Kapitalabfindung \_\_\_\_\_ CHF

**Überschussverwendung für die Rentenversicherung**

In der Ansparphase  verzinsliche Ansammlung  
 Im Rentenbezug  voll-dynamische Bonusrente

**Todesfallabsicherung**

In der Ansparphase  Vertragsguthaben  
 Im Rentenbezug  keine Todesfallleistung

**Bezugsrecht** Im Erlebensfall der Versicherungsnehmer.

Nur falls eine andere Person gewünscht ist, bitte die folgenden Felder ausfüllen:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_  
 Straße, Postfach \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Zustellergänzung \_\_\_\_\_  
 Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Wohnsitzstaat \_\_\_\_\_

Im Todesfall der Versicherungsnehmer, sofern dieser nicht versicherte Person ist; sonst der Ehepartner/eingetragener Lebenspartner der versicherten Person (zzt. des Ablebens gültige Ehe/Lebenspartnerschaft).

Nur falls eine andere Person gewünscht ist, bitte die folgenden Felder ausfüllen:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_  
 Straße, Postfach \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Zustellergänzung \_\_\_\_\_  
 Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Wohnsitzstaat \_\_\_\_\_

**Beitrag**

Gesamtbeitrag einmalig \_\_\_\_\_ CHF

Antragsteller Name/Firmenname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Entbindung vom Geschäftsgeheimnis

## Entbindung vom Geschäftsgeheimnis gemäß Art. 104, 105 Versicherungsaufsichtsgesetz (VersAG)

Die Advigon Versicherung AG hat Ihren Sitz im Fürstentum Liechtenstein. Es gilt somit das Versicherungsaufsichtsgesetz (VersAG) von Liechtenstein. In Art. 104 des VersAG ist das Geschäftsgeheimnis beschrieben. Dies verpflichtet die Mitglieder der Organe von Versicherungsunternehmen und ihre Mitarbeiter sowie sonst für solche Gesellschaften tätige Personen zur Geheimhaltung von nicht öffentlich bekannten Tatsachen, die ihnen aufgrund der Geschäftsverbindungen mit Kunden anvertraut oder zugänglich gemacht worden sind. Von der Geheimhaltungspflicht kann gemäß Art. 105 VersAG entbunden werden.

I.

Zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung sowie bei Beantragung des Versicherungsschutzes benötigen wir daher Ihre ausdrückliche schriftliche Einwilligung zur Übermittlung von Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sowie sonstige die Geschäftsbeziehung mit der Advigon Versicherung AG betreffende Daten an:

- Gerichte und Behörden in Liechtenstein und Deutschland, sowie in anderen Staaten, soweit hierzu eine gesetzliche Pflicht besteht

- Geburtsdatum
- Versicherungsnummer
- Gesamtsaldo oder -wert (einschließlich erwarteter Versicherungsleistungen oder Rückkaufwerte)
- Die Auflösung des Kontos
- Gesamtbruttobetrag, der in Bezug auf das Konto gezahlt oder gutgeschrieben wurde.

Weitere Informationen hierzu entnehmen Sie bitte den Schlusserklärungen.

II.

Der/die Antragsteller nimmt/nehmen insbesondere von den folgenden, derzeit gültigen gesetzlichen Meldepflichten der Advigon Kenntnis.

### Meldung im Rahmen des internationalen automatischen Informationsaustauschs in Steuersachen (AIA und FATCA) an die liechtensteinische Steuerverwaltung (STV)

Im Rahmen des internationalen automatischen Informationsaustauschs in Steuersachen (AIA und FATCA) ist die Advigon verpflichtet folgende Informationen in Bezug auf den Versicherungsnehmer an die liechtensteinische Steuerverwaltung zu melden, welche diese Informationen an die zuständigen Behörden der Partnerstaaten weiterleitet:

- Name
- Anschrift
- Wohnsitzland
- Ansässigkeitsstaat(en)
- Steueridentifikationsnummer(n), TIN

### Meldung an liechtensteinische Behörden im Rahmen der Wahrnehmung der gesetzlichen Sorgfaltspflichten nach dem Sorgfaltspflichtgesetz (SPG)

Im Rahmen der gesetzlichen Sorgfaltspflichten ist die Advigon in den nach Art. 17 Abs. 1 SPG genannten Fällen verpflichtet, Daten, insbesondere bzgl. der Identifizierung an diesem Vertrag beteiligter Personen und der Mittelherkunft, an liechtensteinische Behörden zu melden. Bezüglich der von der Advigon erhobenen Daten stehen Ihnen die Rechte der Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) 2016/679 zu, soweit deren Bestimmungen unmittelbar gelten. Darüber hinaus steht Ihnen das Auskunftsrecht nach Art. 57 des liechtensteinischen Datenschutzgesetzes (DSG) sowie das Berichtigungsrecht nach Art. 58 DSG zu. Die folgende Erklärung ist für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrags in der Advigon unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrags in der Regel nicht möglich sein.

Ich bestätige, dass ich von den zuvor stehenden Gesetzesvorschriften und den sich hieraus ergebenden Mitteilungspflichten sowie den weiteren zu den aufgeführten Zwecken an verschiedene Empfänger übermittelten Daten Kenntnis genommen und diese verstanden habe. Die maßgebenden Gesetzestexte nach deutschem Recht finden sie unter [www.gesetze-im-internet.de](http://www.gesetze-im-internet.de), diejenigen nach liechtensteinischem Recht unter [www.gesetze.li](http://www.gesetze.li).

Diese Entbindung gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrags und gilt auch für die Zeit nach Beendigung des Vertrags.

Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

1. Unterschrift des Antragstellers

Empfangsbestätigung

Ich bestätige, am \_\_\_\_\_ folgende Unterlagen erhalten zu haben: Verbraucherinformation ADPSCV15

- nebenstehend benannte Verbraucherinformation, die darin enthaltenen Vertragsbestimmungen einschliesslich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die weiteren Informationen nach der VVG-Informationspflichtenverordnung,
- gesonderte Widerrufsbelehrung,
- „Basisinformationsblatt nach der VVG-Informationspflichtenverordnung“ und „Individuelles Informationsblatt bei Versicherungsanlageprodukten“,
- Durchschrift/Kopie des Beratungsprotokolls.

2. Unterschrift des Antragstellers

Besondere Vereinbarungen

Nebenabreden sind nur verbindlich, wenn sie von der Gesellschaft schriftlich bestätigt werden.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen (nachfolgende Seiten dieses Antrags). Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärungen, die auch Hinweise zu den Verhaltensregeln zum Datenschutz enthalten, zum Inhalt dieses Antrags.

Sie bestätigen auch, die nachfolgend genannten Einwilligungen zur Kenntnis genommen und einen Hinweis zum Widerrufsrecht erhalten zu haben und ihnen zuzustimmen:

- Einwilligung zur Bonitätsauskunft,
- Einwilligung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB (Strafgesetzbuch) unterliegen.

Ich möchte auch weiterhin gut informiert bleiben und keine aktuellen Aktionen der Advigon Versicherung AG verpassen!

Ich bin einverstanden, dass mich die Advigon Versicherung AG zu ihren versicherungsbezogenen Produkten, Services oder Marktforschungsbefragungen (z.B. zu den Themen Kranken-, Lebens- und Reiseversicherung) kontaktiert.

Bitte informieren Sie mich per:  E-Mail und Telefon  E-Mail  Telefon

Diese Einwilligung kann ich jederzeit per Post (Advigon Versicherung AG, LV-Service, 20911 Hamburg), E-Mail ([lv-vertrag@advigon.com](mailto:lv-vertrag@advigon.com)) oder Telefon (040 5555 4033) formlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Bis dahin bleibt diese Einwilligung in Kraft.

Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

3. Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift der zu versichernden Person (unter 18 Jahren auch deren gesetzlicher Vertreter)

\_\_\_\_\_

Der vorstehende Versicherungsantrag wurde ( nicht) in meiner Gegenwart unterschrieben.

Unterschrift des Vermittlers

\_\_\_\_\_

# Schlusserklärungen

## Wichtig für den Antragsteller:

- Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Lebensversicherungsunternehmen ist im Allgemeinen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unzweckmäßig.
- Den Antrag kann der Versicherer innerhalb von 6 Wochen annehmen. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung, bei Versicherungen mit geforderter ärztlicher Untersuchung jedoch nicht vor dem Tage der Untersuchung.
- Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn der Versicherungsschein bzw. die schriftliche Annahmeerklärung des Versicherers zugegangen ist.
- Mündliche Abmachungen haben keine Gültigkeit. Nebengebühren und Kosten werden nicht berechnet. Insbesondere sind Versicherungsvermittler oder Versicherungsmakler nicht berechtigt, ihrerseits von dem Versicherungsnehmer irgendwelche Gebühren oder Kosten für die Aufnahme des Antrages oder aus anderen Gründen zu erheben.
- Der Versicherungsschutz besteht ab dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn, sofern der erste Beitrag gezahlt wurde und Sie den Versicherungsschein oder eine schriftliche Annahmeerklärung erhalten haben.
- Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz zum vorgenannten Beginn, ggf. schon vor dem Ende der Widerrufsfrist, besteht. **Informationen über das Widerrufsrecht finden Sie in der Verbraucherinformation auf den Seiten 5 bis 7 unter „Wichtige Informationen“.**
- Mir ist bekannt, dass bei Rentenversicherungen aus den Beiträgen die Abschluss- und Verwaltungskosten sowie die Kosten zur Deckung der vorzeitigen Versicherungsfälle (Risikobeiträge) entnommen werden. Deshalb fällt bei Kündigung in den ersten Jahren nur ein niedriger Rückkaufswert an. Über die Entwicklung des Rückkaufswertes gibt mir der Versicherungsschein Auskunft.
- Mir ist bekannt, dass Beiträge zu zahlen sind, die unter Umständen mit ihrem Gesamtbetrag die Versicherungsleistung übersteigen können.
- Ich werde an den Überschüssen des Versicherungsunternehmens beteiligt. Die Höhe der Überschussbeteiligung wird jährlich neu festgelegt.
- Widerrufsrecht:** Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins und der Verbraucherinformationen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die vollständige Widerrufsbelehrung finden Sie auf Seite 5 bis 7 in der Verbraucherinformation unter "Wichtige Informationen".

## Hinweise zum Sorgfaltspflichtgesetz

### 1. Überprüfung der Identität

Die Advigon Versicherung AG (nachfolgend Advigon genannt) unterliegt als liechtensteinische Lebensversicherungsgesellschaft dem Gesetz über berufliche Sorgfaltspflichten zur Bekämpfung von Geldwäscherei, organisierter Kriminalität und Terrorismusfinanzierung („Sorgfaltspflichtgesetz“, kurz „SPG“). Dieses verpflichtet die Advigon unter anderem dazu, die an einer Lebensversicherung beteiligten Personen zu identifizieren. Hierdurch soll verhindert werden, dass illegal erworbenes Geld „gewaschen“ und in den legalen Wirtschaftskreislauf eingebracht wird. Die Identifizierung setzt sich zusammen aus der Feststellung und der Überprüfung der Identität einer Person. Die Feststellung erfolgt durch die Erfassung der abgefragten persönlichen Daten der betreffenden Person. Diese Daten müssen anhand eines behördlichen Identifikationsdokuments (dies kann entweder ein Pass oder eine nationale ID-Karte/Personalausweis sein) überprüft werden. **Zur Überprüfung der Identität** einer Person wird wie folgt vorgegangen:

- Die vermittelnde Person erstellt vom Original des Ausweises/der nationalen Identitätskarte bzw. des Passes eine Kopie (Vorder- und Rückseite des Dokuments).
- Die vermittelnde Person bestätigt auf der erstellten Kopie, dass sie Einsicht in die Originalunterlagen genommen hat und die Kopie mit dem Original übereinstimmt.
- Sie unterschreibt und datiert die Kopie.

**Folgende am Vertrag beteiligte Personen unterfallen bei Antragstellung der Pflicht zur Identifizierung:**

- Die Person, die den Antrag stellt
- Jede Person, die in Vertretung der antragstellenden Person/des antragstellenden Unternehmens/Rechtsträgers handelt
- Alle wirtschaftlich berechtigten Personen (alle Beitragszahler und Personen mit einer wirtschaftlichen Berechtigung an einem antragstellenden Unternehmen/Rechtsträger)
- Die versicherte Person, wenn es sich um eine politisch exponierte Person handelt.

**Folgende Personen dürfen die Identifizierung vornehmen:**

- Die Person, die den Vertrag vermittelt
- Notare
- Behörden, die Identifikationsdokumente ausstellen
- Für wirtschaftlich berechtigte Personen: die antragstellende Person

**2. Wirtschaftlich berechtigter Person:** Dies ist eine natürliche Person, auf deren Veranlassung oder in deren Interesse eine Transaktion oder Tätigkeit ausgeführt oder eine Geschäftsbeziehung letztlich begründet wird. Im Falle von Rechtsträgern ist es auch diejenige natürliche Person, in deren Eigentum oder unter deren Kontrolle der Rechtsträger letztlich steht. Als wirtschaftlich berechtigt gelten bei Versicherungsverträgen diejenigen natürlichen Personen, die wirtschaftlich die Versicherungsprämien letztlich leisten.

**3. Politisch exponierte Personen** sind natürliche Personen, die wichtige öffentliche Ämter ausüben oder bis vor einem Jahr ausgeübt haben, sowie deren unmittelbare Familienmitglieder oder ihnen bekanntermaßen nahe stehenden Personen. Als **wichtige öffentliche Ämter** gelten – soweit es sich nicht bloß um mittlere oder niedrige Funktionen handelt – folgende Funktionen: – Staatschef, Regierungschefs, Minister, stellvertretende Minister, Staatssekretäre, wichtige Parteifunktionäre; Parlamentsmitglieder oder Mitglieder vergleichbarer staatlicher Gesetzgebungsorgane; Mitglieder von obersten Gerichten, Verfassungsgerichten oder sonstigen hochrangigen Institutionen der Justiz, gegen deren Entscheidungen kein Rechtsmittel eingelegt werden kann; Mitglieder der Rechnungshöfe oder der Verwaltungs- und Leitungsorgane von Zentralbanken; Botschafter, Geschäftsträger (chargé d'affaire) und hochrangige Offiziere der Streitkräfte; Mitglieder der Verwaltungen-, Leitungs- oder Aufsichtsorgane staatlicher Unternehmen; Direktoren, stellvertretende Direktoren und Mitglieder des Leitungsorgans oder eine vergleichbare Funktion bei einer internationalen, auch (zwischen-)staatlichen Organisation.

Als **unmittelbare Familienmitglieder** gelten: Ehepartner, Partner, der nach einzelstaatlichem Recht dem Ehepartner gleichgestellt ist, Kinder und deren Ehepartner oder Partner, Eltern und Geschwister.

- Als **bekanntermassen nahestehende Personen** gelten natürliche Personen, die bekanntermassen mit einer politisch exponierten Person gemeinsam an Rechtsträgern wirtschaftlich berechtigt sind oder sonstige enge Geschäftsbeziehungen zu einer politisch exponierten Person unterhalten
- allein an einem Rechtsträger wirtschaftlich berechtigt sind, der bekanntermassen tatsächlich zum Nutzen einer politisch exponierten Person errichtet wurde
- sozial oder politisch eng mit einer politisch exponierten Person verbunden sind

Eine Person ist keine politisch exponierte Person mehr, wenn sie seit mindestens einem Jahr das wichtige öffentliche Amt nicht mehr ausübt. Im Laufe der Geschäftsbeziehung sich ergebende Änderungen sind unverzüglich mitzuteilen.

**4. Mittelherkunft** Zur Erfüllung der Sorgfaltspflichten nach dem liechtensteinischen Sorgfaltspflichtgesetz (SPG) sind wir verpflichtet Informationen über Herkunft der Vermögenswerte einzuholen. Hierbei spielt insbesondere die konkrete Beschreibung der wirtschaftlichen Hintergründe sowie der Herkunft der eingebrachten finanziellen Mittel eine zentrale Rolle. Im Antrag fragen wir daher zum einen nach der Berufs- bzw. Geschäftstätigkeit des Antragstellers und der wirtschaftlich berechtigten Person und zum anderen nach Nachweisen, die belegen, woraus der Einmalbeitrag finanziert wird.

Der folgenden Auflistung können Sie entnehmen, welche Belege in den gängigsten Fällen dem Antrag beigefügt werden müssen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Ihren Antrag nicht abschliessend bearbeiten können, wenn uns keine ausreichenden Belege zur Verfügung stehen.

**Die Vermögenswerte für diese Versicherung stammen aus:** **Bitte reichen Sie folgenden Beleg ein:**

Lebens-, Rentenversicherungsvertrag, andere Versicherungsleistungen	Ablaufschreiben des Versicherungsunternehmens
Investmentdepot, Sparvertrag, Sparbuch, sonstige Sparkonten	Konto- bzw. Depotauszüge
Bausparvertrag	Ablaufschreiben der Bausparkasse
Aufgenommenen Finanzierungsmitteln	Darlehensvertrag
Verkauf einer Immobilie	Beurkundeter Kaufvertrag
Schenkung	Schenkungsvertrag oder Überweisungsbeleg (Name und IBAN des Schenkenden, aussagekräftiger Verwendungszweck)
Erbschaft	Erbschein, Testament oder Überweisungsbeleg, aus dem sich die Erbschaft ergibt
Veräußerung Gesellschaftsanteile	Kaufvertrag oder Überweisungsbeleg (Name und IBAN des Veräußernden, aussagekräftiger Verwendungszweck)
Unternehmensgewinnen	Aktuelle Geschäftsberichte, Bilanzen oder Gewinn- und Verlustrechnungen, Steuerbescheide oder Beschlüsse über Dividendenausschüttungen
Regelmäßigem Einkommen aus beruflichen Tätigkeit	Steuerbescheide oder Gehaltsabrechnungen, sonstige Einkommensnachweise

### 5. Zusätzliche Unterlagen Unternehmenskunden

Ist der Antragsteller ein Unternehmen oder sonstiger Rechtsträger, so benötigen wir ergänzende Unterlagen, um den Antrag prüfen zu können. Die im Folgenden genannten Formulare finden Sie unter [hansemerkur-vertriebsportal.de](https://www.hansemerkur-vertriebsportal.de) im Bereich Produkte unter Advigon. Zusätzlich finden Sie dort eine Checkliste mit weiteren Informationen.

- Aktueller Handelsregisterauszug (nicht älter als 3 Monate)
- Aktueller Auszug aus dem Transparenzregister (nicht älter als 3 Monate)
- Formular zur Identifizierung von Rechtsträgern
- Formular C, je wirtschaftlich berechtigter Person (bei Stiftungen: Formular T, je wirtschaftlich berechtigter Person)
- Selbstauskunft Rechtsträger
- Bei Klassifizierung als passiver NFE in der Selbstauskunft Rechtsträger: Ergänzungsformular C, je wirtschaftlich berechtigter Person (bei Stiftungen: Ergänzungsformular T, je wirtschaftlich berechtigter Person)
- Aktuelles W-8-BEN-E-Formular (<https://www.irs.gov/forms-pubs/about-form-W-8-BEN-E-Formular>) (<https://www.irs.gov/forms-pubs/about-form-w-8-ben-e>) zur Identifizierung US-amerikanischer meldepflichtiger Konten nach Art. 4 FATCA-Gesetz
- Echtheitsbestätigter Identitätsnachweis für jede wirtschaftlich berechtigte Person sowie alle Personen, die in Vertretung des Unternehmens gegenüber der Advigon handeln (siehe Punkt 1. Überprüfung der Identität)
- Dokumente zur Geschäftstätigkeit sowie zur Dokumentation der Herkunft der eingebrachten finanziellen Mittel (siehe Punkt 4. Mittelherkunft)

### 6. Sorgfaltspflichten

Sofern die Feststellung und Überprüfung der Identität, die Ermittlung der wirtschaftlich berechtigten Personen oder des PEP-Status nicht vorgenommen werden kann oder die Herkunft der eingebrachten finanziellen Mittel nicht ausreichend geprüft werden kann, darf die Geschäftsbeziehung nicht begründet oder fortgesetzt werden. Soweit eine Geschäftsbeziehung bereits besteht, ist diese von der Advigon ungeachtet anderer gesetzlicher oder vertraglicher Bestimmungen abzubrechen (Art. 5 SPG).

## Hinweise zum internationalen automatisierten Informationsaustausch in Steuersachen (AIA und FATCA)

Als liechtensteinisches Versicherungsunternehmen unterliegt die Advigon Versicherung AG der liechtensteinischen Gesetzgebung zum internationalen automatisierten Informationsaustausch in Steuersachen (AIA) sowie zur Umsetzung des FATCA-Abkommens (Foreign Account Tax Compliance Act). Diese Gesetzgebung verpflichtet uns als Versicherungsunternehmen die steuerlichen Ansässigkeiten unserer Kunden zu erheben. Zudem sind wir verpflichtet, Kunden, die nicht ausschließlich in Liechtenstein steuerlich ansässig sind, an die Steuerverwaltung des Fürstentums Liechtenstein zu melden. Diese übermittelt die Daten dann an die Partnerstaaten, in denen eine Steueransässigkeit besteht.

Sofern der Kunde in Deutschland steuerlich ansässig ist, erfolgt die Meldung auf Grundlage des AIA-Abkommens zwischen dem Fürstentum Liechtenstein und der Europäischen Union (Abkommen zwischen dem Fürstentum Liechtenstein und der Europäischen Union über den automatisierten Austausch von Informationen über Finanzkonten zur Förderung der Steuerehrlichkeit bei internationalen Sachverhalten). Eine Liste der Partnerstaaten von Liechtenstein im Rahmen des automatisierten Informationsaustauschs finden Sie auf unserer Homepage ([www.advigon.com/liste-partnerstaaten](http://www.advigon.com/liste-partnerstaaten)) sowie in Anhang 1 der AIA-Verordnung unter [www.gesetze.li](http://www.gesetze.li). Besteht eine steuerliche Ansässigkeit in den USA, so erfolgt die Meldung auf Grundlage des Abkommens zwischen der Regierung des Fürstentums Liechtenstein und der Regierung der Vereinigten Staaten von Amerika zur Förderung der Steuerehrlichkeit bei internationalen Sachverhalten und hinsichtlich der als Gesetz über die Steuerehrlichkeit bezüglich Auslandskonten bekannten US-amerikanischen Informations- und Meldebestimmungen (FATCA-Abkommen).

Unsere Meldepflicht umfasst die im Antrag unter „Entbindung vom Geschäftsgeheimnis“ genannten Angaben. Diese Informationen werden von den Behörden des Partnerstaats ebenso vertraulich behandelt wie sie nach dem Recht des Partnerstaats selbst zu behandeln sind. Sie dürfen nur den Personen oder Behörden (einschließlich der Gerichte und der Verwaltungsbehörden) zugänglich gemacht werden, die mit der Veranlagung oder Erhebung, der Vollstreckung oder Strafverfolgung, mit der Entscheidung von Rechtsmitteln in Bezug auf Steuern eines Partnerstaates oder mit der Aufsicht über diese Personen oder Behörden befasst sind. Diese Personen oder Behörden dürfen die ausgetauschten Informationen nur für diese Zwecke verwenden. Sie dürfen die ausgetauschten Informationen

# Schlusserklärungen

in einem öffentlichen Gerichtsverfahren oder in einer Gerichtsentscheidung offen legen. Eine Verwendung für andere als die genannten Zwecke ist nur dann zulässig, wenn solche Informationen nach dem Recht des Partnerstaats und dem liechtensteinischen Recht für solche andere Zwecke verwendet werden dürfen und die liechtensteinische Steuerverwaltung dieser anderen Verwendung zustimmt. (Art. 15 AIA-Gesetz, Art. 8a FATCA-Gesetz). Die Weiterleitung von ausgetauschten Informationen an Drittstaaten ist unzulässig. Die Steuerverwaltung teilt dies der zuständigen Behörde des Partnerstaates mit. (Art. 16 AIA-Gesetz, Art. 8b FATCA-Gesetz).

Ihnen stehen in Bezug auf die oben genannten Informationen gegenüber der Advigon die Rechte nach der liechtensteinischen Datenschutzgesetzgebung zu. Insbesondere stehen Ihnen das Auskunftsrecht nach Art. 15 der Verordnung (EU) 2016/679 (Datenschutz-Grundverordnung, DSGVO) sowie das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO zu. Darüber hinaus können Sie gegenüber der liechtensteinischen Steuerverwaltung das Auskunftsrecht in Bezug auf die auszutauschenden Informationen geltend machen (Art. 12 AIA-Gesetz, Art. 7a FATCA-Gesetz). Außerdem steht Ihnen auch hier das Berichtigungsrecht unter den Voraussetzungen von Art. 12 AIA-Gesetz, Art. 7a FATCA-Gesetz) zu.

## Zuständige Aufsichtsbehörde

FMA Finanzmarktaufsicht Liechtenstein,  
Postfach 279, Landstraße 109, 9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN

## Einwilligung zur Bonitätsauskunft

**Ich willige jederzeit widerrufbar ein**, dass der Versicherer zum Zwecke der Entscheidung über die Begründung und Durchführung eines Vertragsverhältnisses Informationen über mein Zahlungsverhalten und meine Zahlungsfähigkeit (Bonitätsdaten) sowohl innerhalb der HanseMerkur Versicherungsgruppe als auch bei Auskunfteien wie z. B. Schufa, Infoscuro oder Creditreform einholt. Dabei kann die Auskunft dem Versicherer ergänzend einen aus ihrem Datenbestand errechneten Wahrscheinlichkeitswert auf Basis wissenschaftlich anerkannter mathematisch-statistischer Verfahren, auch unter Einbeziehung von georeferenzierten Daten, mitteilen (Score-Verfahren). Zur Identifikation werden Name, Anschrift (Erstwohnsitz laut Melderegistereintrag) und Geburtsdatum verwendet. Bei falschen Angaben behält sich der Versicherer die Möglichkeit des Rücktritts vom oder die Anfechtung des Vertrags vor.

## Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von personenbezogenen Daten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Als Personensversicherer benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung um Ihre personenbezogenen Daten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistancegesellschaften oder IT-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung /Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss und die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch die Advigon selbst (unter 1),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Advigon (unter 3.) und
- wenn ein Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können. Hinweise zum Datenschutz der Advigon finden Sie im Internet unter [www.advigon.com/informationen/datenschutzerklaerung](http://www.advigon.com/informationen/datenschutzerklaerung)

### 1. Verarbeitung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Advigon

**Ich willige ein, dass die Advigon die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten personenbezogenen und sonstigen nach § 203 StGB Daten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist.**

### 2. Daten von personenbezogenen und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten bei Dritten

#### 2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre personenbezogenen Daten verfügen. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die Advigon benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen personenbezogenen Daten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Zur Vereinfachung der Antragsprüfung fragt die Advigon als Mitglied der HanseMerkur Versicherungsgruppe innerhalb der Gruppe nach, ob bereits Verträge mit Ihnen bestehen.

**Ich wünsche, dass mich die Advigon in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich**

- **in die Erhebung und Verwendung meiner personenbezogenen und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten durch die Advigon einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner personenbezogenen oder sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten an die Advigon einwillige oder**
- **die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.**

**Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.**

**Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Advigon konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.**

#### 2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, personenbezogene oder sonstige nach § 203 StGB geschützte Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die Advigon konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

**Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. zu einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod personenbezogene oder sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder**

**- wenn diese abweichend bestimmt sind - auf die Begünstigten des Vertrags über.**

### 3. Weitergabe Ihrer personenbezogenen und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Advigon

Die Advigon verpflichtet die jeweiligen Dienstleister vertraglich zur Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

#### 3.1. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Advigon Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die Advigon Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die Advigon aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

- Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Advigon das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

- Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

- Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene und nach § 203 StGB geschützte Daten verwendet.

- Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer personenbezogenen oder weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Rückversicherungen werden Sie durch die Advigon unterrichtet.

**Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten - soweit erforderlich - an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Advigon tätigen Personen im Hinblick auf die personenbezogenen und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.**

#### 3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die Advigon führt bestimmte Aufgaben, wie z. B. die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und, soweit erforderlich, für die anderen Stellen.

Die Advigon führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß personenbezogene oder sonstigen nach § 203 StGB geschützte Daten für die Advigon erheben, verarbeiten oder nutzen, unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die derzeitige Liste kann im Internet unter [www.advigon.com/informationen/datenschutzerklaerung](http://www.advigon.com/informationen/datenschutzerklaerung) eingesehen oder schriftlich angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Advigon Ihre Einwilligung.

**Ich willige ein, dass die Advigon meine personenbezogenen oder sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten an die in der erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Advigon dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Advigon und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von personenbezogenen und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.**

#### 3.3. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Advigon gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihren geschützten Daten an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden. Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von personenbezogenen oder sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

**Ich willige ein, dass die Advigon meine personenbezogenen und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen - soweit erforderlich - an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.**

### 4. Speicherung und Verwendung Ihrer personenbezogenen und sonstiger nach § 203 StGB geschützten Daten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die Advigon Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die Advigon speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der Advigon bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

**Ich willige ein, dass die Advigon meine personenbezogenen oder sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten - wenn der Vertrag nicht zustande kommt - für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.**

<b>Status:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Arbeitnehmer (Angestellter und Arbeiter)</li><li>2. Beamter, Beamtenanwärter</li><li>3. Selbstständiger und Freiberufler einschl. Subunternehmer</li><li>4. Nicht erwerbstätig (einschl. Hausfrauen)</li><li>5. Rentner und Pensionär</li><li>6. Student, Auszubildender</li><li>7. Kind oder Schüler</li></ol>
----------------	--

**Formular: Wirtschaftlicher Hintergrund**

Als liechtensteinisches Versicherungsunternehmen sind wir verpflichtet, verschiedene Angaben zu wirtschaftlichem Hintergrund, steuerlicher Ansässigkeit sowie Beteiligungsverhältnissen an Unternehmen zu erheben und bitten Sie daher, die nachfolgenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäss zu beantworten.

<b>Vertragsnehmer</b>	<input type="text"/> <small>Firma (vollständiger Name des Rechtsträgers)</small>											
<b>Branche und Geschäftsmodell</b> Source of Wealth	In welcher <b>Branche</b> ist das Unternehmen tätig? <input type="text"/> Bitte nennen Sie die <b>LEI-Nr.</b> (Legal Entity Identifier) Ihres Unternehmens, falls vorhanden. <input type="text"/> Bitte schildern Sie kurz Ihr <b>Geschäftsmodell</b> . <input type="text"/> <small>Bitte fügen Sie dem Antrag den aktuellen <b>Geschäftsbericht</b> bei. Beachten Sie bitte außerdem die bei Unternehmenskunden zusätzlich einzureichenden <b>Unterlagen</b>; diese sind in den <b>Schlussfolgerungen</b> des Antrags unter "Hinweise zum Sorgfaltspflichtgesetz" aufgeführt.</small>											
<b>Branche und Geschäftsmodell</b> Source of Wealth	Aus welcher <b>Quelle</b> stammt der Betrag, den Sie bei uns <b>anlegen</b> möchten? <input type="checkbox"/> Geschäftstätigkeit des Unternehmens <input type="checkbox"/> Anderes Falls Sie <b>Anderes</b> angegeben haben, bitten wir um nähere Angaben: <input type="text"/>											
<b>Verwendung</b>	Wofür soll der <b>Anlagebetrag</b> nach Auszahlung <b>verwendet</b> werden? <input type="text"/>											
<b>NUR bei Produkt Swiss Fonds Police</b>	Planen Sie Zuzahlungen oder Entnahmen vorzunehmen? <input type="checkbox"/> Ja, Zuzahlungen <input type="checkbox"/> Nein, keine Zuzahlungen <input type="checkbox"/> Ja, Entnahmen <input type="checkbox"/> Nein, keine Entnahmen Falls Sie <b>Ja</b> angegeben haben, teilen Sie uns bitte mit, in welcher Höhe (in CHF) Sie jährlich Zuzahlungen oder Entnahmen planen: <input type="checkbox"/> bis 20.000 <input type="checkbox"/> 20.000 bis 50.000 <input type="checkbox"/> 50.000 bis 70.000 <input type="checkbox"/> 70.000 bis 100.000 <input type="checkbox"/> 100.000 bis 150.000 <input type="checkbox"/> ab 150.000 Falls Sie <b>Ja, Zuzahlungen</b> angegeben haben, aus welcher Quelle planen Sie diese zu finanzieren? <input type="text"/> Falls Sie <b>Ja, Entnahmen</b> angegeben haben, für welchen Zweck planen Sie die entnommenen Beträge zu verwenden? <input type="text"/>											
<b>Bevollmächtigte</b> die gegenüber der Advigon Erklärungen abgegeben	Falls mehr als die im Antrag genannte Person gegenüber der Advigon handelt (z. B. bei Kollektivzeichnungsrechten), teilen Sie uns bitte folgende Angaben zu der betreffenden Person mit: <input type="text"/> <small>Titel, Vorname, Name, Firma, (vollständiger amtliche/-r Name/-n)</small> <input type="text"/> <small>Wohnadresse (Straße, Hausnummer)</small> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="text"/> <small>Postleitzahl</small></td> <td style="width: 33%;"><input type="text"/> <small>Ort</small></td> <td style="width: 33%;"><input type="text"/> <small>Land des (Wohn-) Sitzes</small></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> <small>Geburtsdatum</small></td> <td><input type="text"/> <small>Geburtsort</small></td> <td><input type="text"/> <small>Geburtsland</small></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> <small>Staatsangehörigkeit(en)</small></td> <td><input type="text"/> <small>Land der steuerlichen Ansässigkeit</small></td> <td><input type="text"/> <small>Steuernummer / TIN</small></td> </tr> </table>			<input type="text"/> <small>Postleitzahl</small>	<input type="text"/> <small>Ort</small>	<input type="text"/> <small>Land des (Wohn-) Sitzes</small>	<input type="text"/> <small>Geburtsdatum</small>	<input type="text"/> <small>Geburtsort</small>	<input type="text"/> <small>Geburtsland</small>	<input type="text"/> <small>Staatsangehörigkeit(en)</small>	<input type="text"/> <small>Land der steuerlichen Ansässigkeit</small>	<input type="text"/> <small>Steuernummer / TIN</small>
<input type="text"/> <small>Postleitzahl</small>	<input type="text"/> <small>Ort</small>	<input type="text"/> <small>Land des (Wohn-) Sitzes</small>										
<input type="text"/> <small>Geburtsdatum</small>	<input type="text"/> <small>Geburtsort</small>	<input type="text"/> <small>Geburtsland</small>										
<input type="text"/> <small>Staatsangehörigkeit(en)</small>	<input type="text"/> <small>Land der steuerlichen Ansässigkeit</small>	<input type="text"/> <small>Steuernummer / TIN</small>										
<b>Bestätigung</b>	Der Vertragsnehmer bestätigt die Vollständigkeit und Richtigkeit der vorstehenden Angaben. <input type="checkbox"/> Ja, die vorstehenden Angaben sind vollständig und korrekt.											

ADEBFM16 – 05.2026

**Formular: Identifizierung von Rechtsträgern**

**Identifizierung**

Bitte teilen Sie uns mit, in welcher Funktion der Rechtsträger (das Unternehmen / die Organisation) an dem Vertrag beteiligt ist (Mehrfachnennungen möglich).

- Vertragsnehmer     Beitragszahler     Begünstigter     Abtretungsgläubiger

Bitte teilen Sie uns folgende Informationen zu Ihrer Organisation mit:

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Firma (vollständiger Name des Rechtsträgers)		Gesellschaftsform
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Sitz: Straße, Hausnummer		Postfach
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl	Ort	Land des Sitzes
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gründungsdatum	Gründungsort	Gründungsland
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Steuernummer / TIN	Land der steuerlichen Ansässigkeit	Branche
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postadresse, wenn abweichend von Sitzadresse: Straße, Hausnummer, ggf. Adresszusatz		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl der Postadresse	Ort der Postadresse	Land der Postadresse

**Angaben zum Rechtsträger**

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an (KEINE Mehrfachnennungen möglich). Der Rechtsträger ist eine

- Körperschaft oder Personengesellschaft des privaten Rechts**  
Bitte fügen Sie einen Nachweis bei und machen Sie mit dem folgenden Abschnitt Körperschaften oder Personengesellschaften des privaten Rechts weiter.
- Stiftung**  
Bitte fügen Sie einen Nachweis bei und machen Sie mit dem Abschnitt Stiftungen weiter.
- Körperschaft des öffentlichen Rechts, Anderes**  
Bitte fügen Sie einen Nachweis sowie eine Bestätigung Ihrer Aufsichtsbehörde bei und machen Sie mit dem Abschnitt Erklärung und Unterschrift weiter.  
 Wir werden uns zur weiteren Abklärung mit Ihnen in Verbindung setzen.

**Körperschaften oder Personengesellschaften des privaten Rechts**

Bitte kreuzen Sie an, welche Aussagen zutreffen (Mehrfachnennungen möglich):

- Eine oder mehrere natürliche Personen halten direkt oder indirekt einen **Anteil** oder Stimmrechte von **25%** oder mehr an diesem Rechtsträger  
Bitte tragen Sie die betreffende(n) Person(en) in die Tabelle im Abschnitt wirtschaftlich berechtigte Personen ein.
- Eine oder mehrere natürliche Personen **kontrollieren** (siehe Abschnitt Kontrolle) direkt oder indirekt einen Anteil der Stimmrechte von **25%** oder mehr an diesen Rechtsträger  
Bitte tragen Sie die betreffende(n) Person(en) in die Tabelle im Abschnitt wirtschaftlich berechtigte Personen ein.
- Eine oder mehrere natürliche Personen üben **auf andere Weise die Kontrolle** (siehe Abschnitt Kontrolle) über den Rechtsträger aus  
Bitte tragen Sie die betreffende(n) Person(en) in die Tabelle im Abschnitt wirtschaftlich berechtigte Personen ein.
- Eine oder mehrere Personen, die einen **Anteil** oder Stimmrechte in Höhe von 25% oder mehr haben oder den Rechtsträger auf andere Weise kontrollieren (siehe Abschnitt Kontrolle) sind **selbst Rechtsträger**  
Bitte fügen Sie ein Organigramm bei und füllen Sie dieses Formular für jeden der in Frage kommenden Rechtsträger gesondert aus.
- Keine** der genannten Möglichkeiten trifft zu  
Bitte tragen Sie in die Tabelle im Abschnitt wirtschaftlich berechtigte Personen alle Mitglieder des obersten Entscheidungsgremiums des Rechtsträgers ein.

**Kontrolle**

Kontrolle bedeutet hier insbesondere die Möglichkeit

- a) über das Vermögen des Rechtsträgers zu verfügen
- b) die Bestimmungen, die den Rechtsträger prägen, zu ändern
- c) die Begünstigung zu ändern oder
- d) die Ausübung der Kontrollmöglichkeiten nach a bis c zu steuern.

<b>Stiftungen</b>	<p>Bitte kreuzen Sie an, welche Aussagen zutreffen (Mehrfachnennungen möglich)</p> <p><input type="checkbox"/> Eine oder mehrere natürliche Personen sind effektive (nicht treuhänderische) Stifter, Gründer bzw. Treugeber (unabhängig davon, ob sie nach der Gründung des Rechtsträgers die Kontrolle (siehe oben) über diesen ausüben) <small>Bitte tragen Sie die betreffende(n) Person(en) in die Tabelle im Abschnitt wirtschaftlich berechnigte Personen ein.</small></p> <p><input type="checkbox"/> Eine oder mehrere natürliche oder juristische Personen sind Mitglieder des Stiftungsrates oder Verwaltungsrates bzw. des Trenehmers <small>Bitte tragen Sie die betreffende(n) Person(en) in die Tabelle im Abschnitt wirtschaftlich berechnigte Personen ein.</small></p> <p><input type="checkbox"/> Eine oder mehrere natürliche Personen sind Protektoren oder Personen in ähnlichen oder gleichwertigen Funktionen <small>Bitte tragen Sie die betreffende(n) Person(en) in die Tabelle im Abschnitt wirtschaftlich berechnigte Personen ein.</small></p> <p><input type="checkbox"/> Natürliche Personen sind Begünstigte <small>Bitte tragen Sie die betreffende(n) Person(en) in die Tabelle im Abschnitt wirtschaftlich berechnigte Personen ein.</small></p> <p><input type="checkbox"/> Rechtsträger sind Begünstigte <small>Bitte fügen Sie einen Nachweis für die Begünstigung bei und füllen Sie dieses Formular für den betreffenden Rechtsträger aus.</small></p> <p><input type="checkbox"/> Es sind noch keine Begünstigten bestimmt <small>Bitte nennen Sie uns die Personen, in deren Interesse der Rechtsträger errichtet oder betrieben wird und fügen Sie hierüber einen Nachweis bei.</small></p> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <p><input type="checkbox"/> Eine oder mehrere natürliche Personen kontrollieren den Rechtsträger durch direkte oder indirekte Eigentumsrechte oder auf andere Weise <small>Bitte tragen Sie die betreffende(n) Person(en) in die Tabelle im Abschnitt wirtschaftlich berechnigte Personen.</small></p> <p><input type="checkbox"/> Ein oder mehrere Rechtsträger kontrollieren den Rechtsträger durch direkte oder indirekte Eigentumsrechte oder auf andere Weise <small>Bitte fügen Sie ein Organigramm bei und füllen Sie dieses Formular für jeden der in Frage kommenden Rechtsträger gesondert aus.</small></p>																								
<b>Wirtschaftlich berechnigte Personen</b>	<p>Sollte der Platz nicht ausreichen, fügen Sie die Information bitte gesondert bei.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Name</th> <th style="width: 25%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Vorname</th> <th style="width: 25%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Funktion</th> <th style="width: 25%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Anteil in %</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td></tr> </tbody> </table>	Name	Vorname	Funktion	Anteil in %																				
Name	Vorname	Funktion	Anteil in %																						
<b>Erklärung und Unterschrift</b>	<p>Der Rechtsträger nimmt zur Kenntnis, dass die vorsätzliche Angabe falscher Informationen in diesem Formular eine strafbare Handlung nach dem liechtensteinischen Strafgesetzbuch darstellt und dass allfällige Änderungen der Gegebenheiten der Advigon unverzüglich mitzuteilen sind.</p> <p>Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Angaben in den vorstehenden Abschnitten nach bestem Wissen vollständig und richtig sind.</p> <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Ort, Datum</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Name in Druckschrift</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Unterschrift der zeichnungsberechnigten Person(en) des Rechtsträgers</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Ort, Datum</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Name in Druckschrift</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Unterschrift der zeichnungsberechnigten Person(en) des Rechtsträgers</td> </tr> </table>				Ort, Datum	Name in Druckschrift	Unterschrift der zeichnungsberechnigten Person(en) des Rechtsträgers				Ort, Datum	Name in Druckschrift	Unterschrift der zeichnungsberechnigten Person(en) des Rechtsträgers												
Ort, Datum	Name in Druckschrift	Unterschrift der zeichnungsberechnigten Person(en) des Rechtsträgers																							
Ort, Datum	Name in Druckschrift	Unterschrift der zeichnungsberechnigten Person(en) des Rechtsträgers																							

**Formular: Selbstauskunft Rechtsträger**

Auf Grundlage der abkommensrechtlichen und gesetzlichen Bestimmungen im Zusammenhang mit dem automatischen Informationsaustausch (AIA) ist die Advigon Versicherung AG (im Folgenden als „Advigon“ bezeichnet) verpflichtet, die nachfolgenden Informationen des Rechtsträgers einzuholen; der Rechtsträger ist verpflichtet, die entsprechenden Angaben einschließlich ihrer Änderungen rechtzeitig bekannt zu geben. Die Angaben dieses Formulars entfalten ohne gegenteilige Bekanntgabe durch den Rechtsträger mit dem Unterschriftsdatum ab der laufenden Meldeperiode ihre Gültigkeit

**Identifizierung**

Bitte teilen Sie uns folgende Informationen zu Ihrer Organisation mit:

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Firma (vollständiger Name des Rechtsträgers)		Gesellschaftsform
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Sitz: Straße, Hausnummer		Postfach
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl	Ort	Land des Sitzes
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gründungsdatum	Gründungsort	Gründungsland
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Steuernummer / TIN	Land der steuerlichen Ansässigkeit	Branche
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postadresse, wenn abweichend von Sitzadresse: Straßen, Hausnummer, ggf. Adresszusatz		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl	Ort	Land des Sitzes

Weicht die oben angegebene Adresse von der bisher bei der Advigon dokumentierten Adresse ab, so gilt die Einreichung dieses Formulars gleichzeitig als Mitteilung zur Änderung der bisherigen Adresse für Zwecke der Sorgfaltspflichtverordnung. Bei bestehenden Versandinstruktionen an die bisherige Adresse gelten diese mit der Einreichung dieses Formulars dementsprechend als abgeändert. Bestehende, von der bisherigen Adresse abweichende Versandinstruktionen bleiben hingegen unberührt.

<sup>1</sup> Die Angabe von Postfach- oder "per-" bzw. "z.Hd.-" Adressen sind nicht zulässig, es sei denn, sie sind als Adresse im Handelsregister eingetragen.

**Status des Rechtsträgers**

Bitte geben Sie den Status des Rechtsträgers anhand nachfolgender Auswahl an (KEINE Mehrfachangaben möglich):

**Finanzinstitut**

- Einlageninstitut (Depository Institution), Verwahrinstitut (Custodial Institution) oder spezifizierte Versicherungsgesellschaft (Specified Insurance Company)
- Investmentunternehmen (Investment Entity) eines NICHT teilnehmenden Staates, das von einem anderen Finanzinstitut verwaltet wird
- Investmentunternehmen (Investment Entity) eines teilnehmenden Staates, das als nicht meldend klassifiziert ist (z.B. Trustee-Documented Trust (TDT))
- sonstiges Investmentunternehmen (Other Investment Entity)
- qualifiziert gemeinnütziger Rechtsträger (Art. 2 Abs. 1 Ziff. 14 Bst. f des AIA-Gesetzes)

**Aktiver NFE**

- aktiv tätige Gesellschaft, die kein Finanzinstitut ist (z.B. eine Handelsgesellschaft, eine Gesellschaft im produzierenden Gewerbe), ein Holding NFE oder ein Treasury Center
- einkommensteuerbefreiter, ausschließlich gemeinnütziger Rechtsträger, der kein Finanzinstitut ist (Art. 2 Abs. 1 Ziff. 2 Bst. h des AIA-Gesetzes)
- Rechtsträger, dessen Aktien regelmäßig an einer anerkannten Wertpapierbörse gehandelt werden, oder verbundener Rechtsträger eines solchen Rechtsträgers oder staatlicher Rechtsträger, internationale Organisation, Zentralbank oder Rechtsträger, der im Alleineigentum einer oder mehrerer der vorgenannten Institutionen steht
- Start-up NFE oder NFE in Liquidation

**Passiver NFE**

Rechtsträger, der kein Finanzinstitut und kein aktiver NFE ist<sup>3</sup>

<sup>2</sup> Der Rechtsträger gilt als passiver NFE.

<sup>3</sup> Es ist zusätzlich das Formular C oder T "Feststellung der letztlich wirtschaftlich berechtigten Person" nach der Sorgfaltspflichtverordnung (SPV) sowie der jeweilige Ergänzungsteil nach der Verordnung über den internationalen automatischen Informationsaustausch in Steuersachen in Bezug auf Finanzkonten (AIA-Verordnung) für jede beherrschende Person (Controlling Person) des Rechtsträgers auszufüllen und unterzeichnet bei der Advigon einzureichen.

**Feststellung steuerrelevanter Angaben**

Bitte geben Sie in der nachfolgenden Tabelle sämtliche steuerliche Ansässigkeitsstaaten mit der zugehörigen Steueridentifikationsnummer (Tax Identification Number; TIN) des Rechtsträgers an. Erfolgt keine Angabe, so gilt das unter Ziffer 1 angegebene Land als einziger steuerlicher Ansässigkeitsstaat. Auch in diesem Fall ist der Advigon die entsprechende TIN bzw. in begründeten Ausnahmefällen der Grund für die fehlende TIN bekannt zu geben. Betreffend steuerliche Ansässigkeit und TIN wird auf die einschlägigen auf der OECD-Website abrufbaren länderspezifischen Informationen hingewiesen (<https://www.oecd.org>).

Steuerliche Ansässigkeitsstaaten (vollständige Aufzählung) <sup>4</sup>	TIN	Grund für fehlende TIN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<sup>4</sup> Im Falle mehrerer steuerlicher Ansässigkeitsstaaten dürfen die sogenannten "Tie-Breaker-Regelungen" gemäß Doppelbesteuerungsabkommen für Zwecke der steuerlichen Ansässigkeit nicht herangezogen werden; es sind immer sämtliche steuerliche Ansässigkeitsstaaten anzugeben.

**Erklärung und Unterschrift**

Der Rechtsträger nimmt zur Kenntnis, dass er der Advigon bei einer Änderung der in diesem Formular gemachten Angaben innerhalb von 90 Tagen oder zum Ende des Kalenderjahres, je nachdem welcher Zeitpunkt später eintritt, eine neue Selbstauskunft einzureichen hat.

Der Rechtsträger nimmt zur Kenntnis, dass die Advigon verpflichtet sein kann, Informationen über den Rechtsträger sowie Informationen über dessen Geschäftsbeziehung(en) zur Advigon und die beherrschenden Personen (Controlling Persons) des Rechtsträgers an die Steuerverwaltung zur Weiterleitung an die Steuerbehörde des/der steuerlichen Ansässigkeitsstaates/-staaten zu melden, wenn die entsprechenden abkommensrechtlichen und gesetzlichen Vorgaben erfüllt sind.

Der Rechtsträger bestätigt, dass die in diesem Formular gemachten Angaben nach bestem Wissen vollständig und korrekt abgegeben wurden.

Der Rechtsträger nimmt zur Kenntnis, dass die vorsätzliche oder fahrlässige Angabe von falschen Informationen in dieser Selbstauskunft, das Unterlassen einer Mitteilung über eine Änderung der Gegebenheiten oder die Angabe von falschen Informationen im Zusammenhang mit Änderungen der Gegebenheiten nach Art. 28 Abs. 3 Bst. c des AIA-Gesetzes bestraft wird.

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars bestätigt der Unterzeichnende, dass er für den Rechtsträger vertretungsbefugt ist.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Name in Druckschrift	Unterschrift der unterzeichnungsberechtigten Person(en) des Rechtsträgers
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Name in Druckschrift	Unterschrift der unterzeichnungsberechtigten Person(en) des Rechtsträgers

Der Inhalt dieses Formulars Selbstauskunft Rechtsträger entspricht dem Muster nach Anhang 3 der AIA-Verordnung.

**Formular W-8BEN-E**

Das Formular W-8-BEN-E ist KEIN Advigon-Formular, sondern ein offizielles Formular der US-amerikanischen Steuerbehörde IRS. Bitte laden Sie sich das Formular auf der Homepage des IRS herunter: [www.irs.gov/forms-pubs/about-form-w-8-ben-e](http://www.irs.gov/forms-pubs/about-form-w-8-ben-e)

Beachten Sie hierzu bitte auch die Ausfüllhilfe W-8-BEN-E Formular in der Broschüre „Wichtige Informationen“.

**Formular C**

Formular zur Feststellung der letztlich wirtschaftlich berechtigten Person von Rechtsträgern nach Art. 3 Abs. 1 Bst. a SPV

**Feststellung**  
wirtschaftlich  
berechtigte  
Person

Als wirtschaftlich berechtigte Person nach Art. 3 Abs. 1 Bst. a SPV wurde festgestellt:

- eine natürliche Person, die letztlich direkt oder indirekt einen Anteil oder Stimmrechte von 25 % oder mehr an diesem Rechtsträger hält oder kontrolliert bzw. mit 25 % oder mehr am Gewinn dieses Rechtsträgers beteiligt ist
- eine natürliche Person, die letztlich auf andere Weise die Kontrolle über diesen Rechtsträger ausübt
- eine natürliche Person, die Mitglied des leitenden Organs ist, wenn - nach Ausschöpfung aller Möglichkeiten und sofern kein Verdacht vorliegt - keine der vorgenannten Personen ermittelt worden ist

Angaben zur wirtschaftlich berechtigten Person

Titel	Name	Vorname
Wohnadresse (Straße, Hausnummer)		
Postleitzahl	Ort	(Wohnsitz-)Land
Geburtsdatum	Geburtsland	Staatsangehörigkeit

**Erklärung und  
Unterschrift**

Die vorsätzliche Angabe falscher Informationen in diesem Formular ist eine strafbare Handlung nach dem liechtensteinischen Strafgesetzbuch. Allfällige Änderungen sind der Advigon unverzüglich mitzuteilen. Im Falle der Feststellung eines Mitglieds des leitenden Organs als wirtschaftlich berechtigte Person wird unterschriftlich bestätigt, dass die getroffenen Abklärungen keine Umstände hervorgebracht haben, welche auf das Vorliegen von wirtschaftlich berechtigten Personen über das - insbesondere indirekte - Halten von Anteilen, Stimm- oder Gewinnrechten oder durch Kontrolle auf andere Weise schließen lassen müssten

Ort, Datum	Name in Druckschrift	Unterschrift der unterzeichnungsberechtigten Person(en) des Rechtsträgers
Ort, Datum	Name in Druckschrift	Unterschrift der unterzeichnungsberechtigten Person(en) des Rechtsträgers

Der Inhalt dieses Formulars Ergänzungsteil Formular C entspricht dem Muster nach Anhang 4 der AIA-Verordnung.

**Ergänzungsteil Formular C**

Ergänzungsteil zum Formular zur Feststellung der letztlich wirtschaftlich berechtigten Person von Rechtsträgern nach Art. 3 Abs. 1 Bst. a SPV

Ergänzungsteil zum Formular zur Feststellung der letztlich wirtschaftlich berechtigten Person von Rechtsträgern nach Art. 3 Abs. 1 Bst. a SPV (Formular C) - Dieser Ergänzungsteil bezweckt die Feststellung der steuerlichen Ansässigkeit der beherrschenden Personen eines passiven NFE oder eines Investmentunternehmens eines nicht teilnehmenden Staates, das von einem anderen Finanzinstitut verwaltet wird.

**Feststellung steuerrelevanter Angaben**

Bitte geben Sie in der nachfolgenden Tabelle sämtliche steuerliche Ansässigkeitsstaaten mit der zugehörigen Steueridentifikationsnummer (Tax Identification Number; TIN) der in Formular C genannten natürlichen Person an. Erfolgt keine Angabe, so gilt das in Formular C angegebene Land als einziger steuerlicher Ansässigkeitsstaat. Auch in diesem Fall ist der Advigon die entsprechende TIN bzw. in begründeten Ausnahmefällen der Grund für die fehlende TIN bekannt zu geben. Betreffend steuerliche Ansässigkeit und TIN wird auf die einschlägigen auf der OECD-Website abrufbaren länder-spezifischen Informationen hingewiesen (<https://www.oecd.org>).

Steuerliche Ansässigkeitsstaaten (vollständige Aufzählung) <sup>4</sup>	TIN der in Formular C aufgeführten natürlichen Person	Grund für fehlende TIN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<sup>4</sup> Im Falle mehrerer steuerlicher Ansässigkeitsstaaten dürfen die sogenannten "Tie-Breaker-Regelungen" gemäß Doppelbesteuerungsabkommen für Zwecke der steuerlichen Ansässigkeit nicht herangezogen werden; es sind immer sämtliche steuerliche Ansässigkeitsstaaten anzugeben.

**Erklärung und Unterschrift**

Der Rechtsträger nimmt zur Kenntnis, dass er der Advigon bei einer Änderung der in diesem Ergänzungsteil gemachten Angaben innerhalb von 90 Tagen oder zum Ende des Kalenderjahres, je nachdem welcher Zeitpunkt später eintritt, ein Formular zur Feststellung der letztlich wirtschaftlich berechtigten Person von Rechtsträgern nach Art. 3 Abs. 1 Bst. a SPV (Formular C) gemeinsam mit dem Ergänzungsteil zu diesem SPV-Formular einzureichen hat.

Der Rechtsträger nimmt zur Kenntnis, dass die Advigon verpflichtet sein kann, Informationen über den Rechtsträger sowie Informationen über dessen Geschäftsbeziehung(en) zur Advigon und die beherrschenden Personen (Controlling Persons) des Rechtsträgers an die Steuerverwaltung zur Weiterleitung an die Steuerbehörde des/der steuerlichen Ansässigkeitsstaates/-staaten zu melden, wenn die entsprechenden abkommensrechtlichen und gesetzlichen Vorgaben erfüllt sind.

Der Rechtsträger bestätigt, dass die in diesem Ergänzungsteil gemachten Angaben nach bestem Wissen vollständig und korrekt abgegeben wurden.

Der Rechtsträger nimmt zur Kenntnis, dass die vorsätzliche oder fahrlässige Angabe von falschen Informationen in diesem Ergänzungsteil, das Unterlassen einer Mitteilung über eine Änderung der Gegebenheiten oder die Angabe von falschen Informationen im Zusammenhang mit Änderungen der Gegebenheiten nach Art. 28 Abs. 3 Bst. c des AIA-Gesetzes bestraft wird.

Mit der Unterzeichnung dieses Ergänzungsteils bestätigt der Unterzeichnende, dass er für den Rechtsträger vertretungsbefugt ist.

<input type="text"/> Ort, Datum	<input type="text"/> Name in Druckschrift	<input type="text"/> Unterschrift der unterzeichnungsberechtigten Person(en) des Rechtsträgers
<input type="text"/> Ort, Datum	<input type="text"/> Name in Druckschrift	<input type="text"/> Unterschrift der unterzeichnungsberechtigten Person(en) des Rechtsträgers

Der Inhalt dieses Formulars Ergänzungsteil Formular C entspricht dem Muster nach Anhang 4 der AIA-Verordnung.

**Formular: Erklärung zur Feststellung politisch exponierter Personen (PEP)**

**Erklärung zur Feststellung politisch exponierter Personen (PEP)**

Ist eine am Vertrag beteiligte Person politisch exponiert?

**NEIN**, keine am Vertrag beteiligte Person ist selbst oder steht in enger Verbindung zu einer politisch exponierten Person. *Bitte Formular unterzeichnen.*

**JA**, mindestens eine beteiligte Person ist politisch exponiert oder steht in enger Verbindung.

Alle nachfolgenden Angaben sind **NUR** auszufüllen, **wenn** die vorherige Frage mit **„JA“** beantwortet wurde und an diesem Vertrag eine politisch exponierte Person beteiligt ist.

**Das Formular ist in diesem Fall vollständig auszufüllen und zu unterzeichnen.**

Eine unternehmensrelevante Person ist **SELBST** oder **STEHT** einer politisch exponierten Person **NAHE**

**Welche** der am Vertrag beteiligten Personen ist **SELBST** eine politisch exponierte Person (PEP) oder **STEHT** in Beziehung **zu einer PEP?** Bitte geben Sie alle betreffenden Personen an.

Leitungsperson des Rechtsträgers                       Wirtschaftlich berechnigte Person

Mitarbeitender des Rechtsträgers                       Gründer des Rechtsträgers

Begünstigter des Rechtsträgers                       Person, die Anteile am Rechtsträger hält

Wenn eine Person **in Beziehung zu einer PEP** steht:

Ein unmittelbarer Familienangehöriger der oben genannten Personen

Eine nahestehende Person der oben genannten Personen

**Angaben zur politisch exponierten Person**

Bitte geben Sie nachfolgend die **vollständigen personenbezogenen Angaben** der politisch exponierten Person an und fügen Sie eine **beglaubigte Kopie des Ausweises oder Reisepasses** bei.

\_\_\_\_\_

Titel \_\_\_\_\_

Vorname, Name, Firma, (vollständiger amtliche/-r Name/-n) \_\_\_\_\_

Wohnadresse (Straße, Hausnummer) \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ (Wohnsitz-)Land \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_ Geburtsland \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit(en) \_\_\_\_\_ Land der steuerlichen Ansässigkeit \_\_\_\_\_ Steuernummer / TIN \_\_\_\_\_

Welches **Amt** / welche Tätigkeit übt die Person aus bzw. welches Amt hat die Person ausgeübt?  
 \_\_\_\_\_

In welchem **Land** wird oder wurde das Amt / die Tätigkeit ausgeübt?  
 \_\_\_\_\_

In welchem **Zeitraum** wird bzw. wurde das Amt / die Tätigkeit ausgeübt?  
 \_\_\_\_\_

**Erklärung und Unterschrift**

Ich bestätige, dass sämtliche Angaben vollständig und wahrheitsgemäß erfolgt sind. Änderungen, die während des Vertragsverhältnisses eintreten, werde ich der Advigon Versicherung AG unverzüglich mitteilen.

\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_

Ort, Datum                      Name in Druckschrift                      Unterschrift der unterzeichnungsberechtigten Person(en) des Rechtsträgers

\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_

Ort, Datum                      Name in Druckschrift                      Unterschrift der unterzeichnungsberechtigten Person(en) des Rechtsträgers



## Wichtige Informationen

zum Neugeschäft für juristische Personen



# Übersicht

Hinweise .....	3
Steuerliche Hinweise .....	4
Merkblatt AIA / FATCA .....	5
Merkblatt zur Identifikation .....	7
Checkliste als Ausfüllhilfe .....	8
Ausfüllhilfe W-8-BEN-E Formular .....	10
Wir sind für Sie da: .....	12



## Hinweise

Nachfolgend finden Sie wichtige Erläuterungen und zusätzliche Informationen, die für die Auszahlung Ihres Vertrags relevant sind.

### Erforderliche Unterlagen

---

Folgende Unterlagen sind **zusätzlich zum Antrag** vollständig **einzureichen**:

**Vollständig ausgefüllter Antrag, bestehend aus:**

→ **Antrag**

→ **Profilangaben juristische Personen / Organisationen, bestehend aus:**

- Formular „Wirtschaftlicher Hintergrund“
- Formular „Selbstauskunft Rechtsträger“
- Formular „Identifizierung von Rechtsträgern“
- Formulare „C“
- Formular „Ergänzungsteil zum Formular C“
- Formular „Politisch Exponierte Personen (PEP) Rechtsträger“
- Formular „W8-BEN-E“

→ **Zusätzlich sind folgende Unterlagen vorzulegen:**

- Aktuellen Handelsregisterauszug (nicht älter als 3 Monate)
- Aktuellen Transparenzregisterauszug (nicht älter als 3 Monate)
- Echtheitsbestätigte Kopie eines gültigen Ausweises oder Reisepasses  
*von **allen vertragsrelevanten Personen**, insbesondere von **Vertragsnehmer, wirtschaftlich Berechtigten sowie vertretungsberechtigten Personen**.*

→ **Zusätzlich durch den Vermittler auszufüllen und einzureichen**

- Delegationsvereinbarung
- Beratungsprotokoll
- Geeignetheitsprüfung

### Steuerpflicht

---

#### **Keine steuerliche Beratung**

Diese Informationen dienen ausschließlich allgemeinen Hinweisen und stellen **keine steuerliche oder rechtliche Beratung** dar. Zur Klärung Ihrer individuellen Steuerpflicht wenden Sie sich bitte an einen Steuerberater oder Rechtsanwalt.

Bitte beachten Sie, dass auf Erträge aus diesem Vertrag **keine Kapitalertragsteuer von uns einbehalten** wird. Diese Erträge sind daher in Ihrer persönlichen Einkommensteuererklärung anzugeben. Mögliche steuerliche Auswirkungen sind vom Empfänger der Leistung selbst zu prüfen und zu berücksichtigen.

Für verbindliche Auskünfte zu steuerlichen oder rechtlichen Aspekten im Zusammenhang mit der Vertragsleistung **empfehlen wir**, eine **qualifizierte fachliche Beratung in Anspruch zu nehmen**.



## Steuerliche Hinweise

Stand September 2024

### Wichtiger Hinweis

Es ist nicht möglich, an dieser Stelle auf alle deutschen Steuervorschriften einzugehen, die im Zusammenhang mit diesem Kapitalisierungsprodukt stehen. Die hier aufgeführten Informationen stellen den gegenwärtigen Kenntnisstand der ADVIGON dar und sind nicht als verbindliche abschließende steuerliche Auskunft im Einzelfall zu verstehen und können eine solche auch nicht ersetzen.

Außerdem sind zwischenzeitliche Änderungen der Gesetze möglich. Steuerliche Fragen im Einzelfall darf die ADVIGON nicht beantworten, sondern nur ein Steuerberater oder ähnliche rechtskundige, dazu befugte Personen. Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Informationen können wir keine Gewähr übernehmen

### Steuerliche Behandlung des Anlage-/Einmalbeitrags

- (1) Der zu Vertragsbeginn festgelegte Einmal-/Anlagebetrag kann bei der Veranlagung zur Einkommensteuer nicht als Sonderausgabe geltend gemacht werden.

### Steuerliche Behandlung von Auszahlungen/Leistungen

- (2) Die auf das Vertragsguthaben entfallenden Erträge aus Kapitalisierungsprodukten sind einkommensteuerpflichtig nach § 20 Absatz 1 Nr. 7 Einkommensteuergesetz (EStG).
- (3) Da die Advigon Versicherung AG keine Kapitalertragsteuer bei der Auszahlung von Leistungen einbehalten wird, **müssen Sie die Erträge in Ihrer persönlichen Einkommensteuererklärung angeben**. Der Steuersatz beträgt grundsätzlich 25 % zzgl. Solidaritätszuschlag und gegebenenfalls Kirchensteuer. Liegt Ihr persönlicher Einkommensteuersatz unter 25 %, können Sie dies im Rahmen der Einkommensteuerveranlagung geltend machen und die Erträge mit Ihrem geringeren persönlichen Steuersatz versteuern.

**Für die ordnungsgemäße Angabe von Leistungen aus dem Vertrag in Ihrer Einkommensteuererklärung sind ausschließlich Sie verantwortlich.** Haben Sie eine andere Person namentlich benannt, an welche die Leistung gezahlt werden soll (bezugsberechtigte Person), ist diese für ordnungsgemäße Versteuerung zuständig.

### Steuerliche Behandlung bei Erbschaften bzw. Schenkungen

- (4) Ansprüche oder Leistungen aus Kapitalisierungsprodukten unterliegen der Erbschaftsteuer, wenn sie aufgrund einer Schenkung des Vertragspartners oder bei dessen Tod als Erwerb von Todes wegen (z. B. aufgrund eines Bezugsrechts oder als Teil des Nachlasses) erworben werden.

Sondertatbestand: Hat der Vertragspartner die Zahlung des Einmal-/Anlagebetrags geleistet und erhält der Vertragspartner die zugesagte Leistung, ist diese nicht Erbschaft-/schenkungsteuerpflichtig.

### Versicherungssteuer

- (5) Einmal-/Anlagebeträge zu Kapitalisierungsprodukten sind von der Versicherungssteuer befreit, soweit Sie als Vertragspartner Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben.

### Hinweise zum Solidaritätszuschlag und Kirchensteuerabzug

- (6) Sie sind gesetzlich verpflichtet, im Rahmen Ihrer Einkommenssteuerveranlagung auf steuerpflichtige Kapitalerträge zusätzlich zur Einkommensteuer (ggf. unter Geltung des Abgeltungsteuersatzes von 25 %) auch Solidaritätszuschlag und ggf. Kirchensteuer zu zahlen.



## Merkblatt AIA / FATCA

### Internationaler automatischer Informationsaustausch in Steuersachen (AIA) sowie Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA)

#### Ansässigkeit

Durch die Abfrage der steuerlichen Ansässigkeit wollen die Steuerbehörden herausfinden, welchem Staat bzw. Land das Besteuerungsrecht zusteht, wenn Sie in mehreren Ländern Einnahmen/Einkommen erzielen. Im Allgemeinen ist der Wohnsitz oder der ständige Aufenthalt in dem jeweiligen Staat ausschlaggebend. Bei mehreren Wohnsitzen können Sie auch gleichzeitig in mehreren Staaten als steuerlich ansässig gelten.

Beispiel: z.B. Miet- oder Pachteinnahmen oder Einkünfte aus Kapitalvermögen aus dem Ausland unterliegen in der Regel einer Besteuerung in dem jeweiligen (Auslands-) Staat. Sie führen jedoch nicht automatisch zu einer steuerlichen Ansässigkeit im Ausland. Ausnahme vom „Wohnsitzprinzip“: Die USA.

In den USA ist in erster Linie nicht der Wohnsitz, sondern die Staatsangehörigkeit für die steuerliche Ansässigkeit entscheidend. Um nicht in den USA als steuerlich ansässig zu gelten, müssen Sie dies nachweisen. Wenn Sie zum Beispiel folgende Fragen mit JA beantworten können, liegt womöglich eine steuerliche Ansässigkeit in den USA vor:

- Sind Sie in den USA geboren?
- Besitzen Sie die US-amerikanische Staatsangehörigkeit (auch im Fall eine doppelte Staatsangehörigkeit)?
- Werden Sie gemeinsam mit einem US-Ehepartner in den USA steuerlich veranlagt?
- Besitzen Sie eine permanente US-Aufenthaltserlaubnis (aktive „US Green Card“)?
- Haben Sie einen Wohnsitz in den USA?

Bei weiteren Fragen oder für eine umfassende Beratung, insbesondere zur steuerlichen Ansässigkeit, wenden Sie sich bitte an einen Steuerberater oder eine alternative Beratungsstelle.

#### Informationsaustausch

Als liechtensteinisches Versicherungsunternehmen unterliegt die Advigon Versicherung AG der

liechtensteinischen Gesetzgebung zum internationalen automatischen Informationsaustausch in Steuersachen (AIA sowie zur Umsetzung des FATCA-Abkommens (Foreign Account Tax Compliance Act). Diese Gesetzgebung verpflichtet uns als Versicherungsunternehmen die steuerlichen Ansässigkeiten unserer Kunden zu erheben.

Kunden, die nicht ausschliesslich in Liechtenstein steuerlich ansässig sind, müssen wir demnach an die Steuerverwaltung des Fürstentums Liechtenstein melden. Diese übermittelt die Daten dann an die Partnerstaaten, in denen eine Steueransässigkeit besteht. Sofern der Kunde in Deutschland oder einem anderen EU-Land steuerlich ansässig ist, erfolgt die Meldung auf Grundlage der zwischen dem Fürstentum Liechtenstein und der Europäischen Union (Abkommen zwischen dem Fürstentum Liechtenstein und der Europäischen Union über den automatischen Austausch von Informationen über Finanzkonten zur Förderung der Steuerehrlichkeit bei internationalen Sachverhalten).

Eine Liste der Partnerstaaten von Liechtenstein im Rahmen des automatischen Informationsaustauschs finden Sie auf unserer Homepage ([www.advigon.com/liste-partnerstaaten](http://www.advigon.com/liste-partnerstaaten)) sowie in Anhang 1 der AIA-Verordnung unter [www.gesetze.li](http://www.gesetze.li).

Besteht eine steuerliche Ansässigkeit in den USA, so erfolgt die Meldung auf Grundlage des Abkommens zwischen der Regierung des Fürstentums Liechtenstein und der Regierung der Vereinigten Staaten zur Förderung der Steuerehrlichkeit bei internationalen Sachverhalten und hinsichtlich der als Gesetz über die Steuerehrlichkeit bezüglich Auslandskonten bekannten US-amerikanischen Informations- und Meldebestimmungen (FATCA-Abkommen).



### **Meldepflicht**

Unsere Meldepflicht umfasst die folgenden Informationen zum Vertragsnehmer bzw. zum Empfänger von Vertragsleistung:

- Name, Anschrift, Geburtsdatum
- Ansässigkeitsstaat(en), Wohnsitzland
- Steuernummer / TIN(n), TIN
- Vertragsnummer
- Gesamtsaldo oder -wert des Vertrags (einschliesslich erwarteter Vertragsleistung oder Rückkaufswerte)
- die Auflösung des Kontos
- Gesamtbruttobetrag, der in Bezug auf das Konto gezahlt oder gutgeschrieben wurde.

Diese Informationen werden von den Behörden des Partnerstaats ebenso vertraulich behandelt wie sie nach dem Recht des Partnerstaats selbst zu behandeln sind.

Sie dürfen nur den Personen oder Behörden (einschliesslich der Gerichte und der Verwaltungsbehörden) zugänglich gemacht werden, die mit der Veranlagung oder Erhebung, der Vollstreckung oder Strafverfolgung, mit der Entscheidung von Rechtsmitteln in Bezug auf Steuern eines Partnerstaates oder mit der Aufsicht über diese Personen oder Behörden befasst sind.

Diese Personen oder Behörden dürfen die ausgetauschten Informationen nur für diese Zwecke verwenden. Sie dürfen die ausgetauschten Informationen in einem öffentlichen Gerichtsverfahren oder in einer Gerichtsentscheidung offenlegen.

Eine Verwendung für andere als die genannten Zwecke ist nur dann zulässig, wenn solche Informationen nach dem Recht des Partnerstaats und dem liechtensteinischen Recht für solche andere Zwecke verwendet werden dürfen und die liechtensteinische Steuerverwaltung dieser anderen Verwendung zustimmt (Art. 15 AIA-Gesetz, Art. 8a FATCA-Gesetz). Die Weiterleitung von ausgetauschten Informationen an Drittstaaten ist unzulässig. Die Steuerverwaltung teilt dies der zuständigen Behörde des Partnerstaates mit (Art. 16 AIA-Gesetz, Art. 8b FATCA-Gesetz).

Ihnen stehen in Bezug auf die oben genannten Informationen gegenüber der Advigon die Rechte nach der liechtensteinischen Datenschutzgesetzgebung zu. Insbesondere stehen Ihnen das Auskunftsrecht nach Art. 15 der Verordnung (EU) 2016/679 (Datenschutz Grundverordnung, DSGVO) sowie das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO zu.

Darüber hinaus können Sie gegenüber der liechtensteinischen Steuerverwaltung das Auskunftsrecht in Bezug auf die auszutauschenden Informationen geltend machen (Art. 12 AIA-Gesetz, Art. 7a FATCA-Gesetz). Ausserdem steht Ihnen auch hier das Berichtigungsrecht unter den Voraussetzungen von Art. 12 AIA-Gesetz, Art. 7a FATCA-Gesetz zu.

**Vielen Dank für Ihre Kenntnisnahme.**

## Merkblatt zur Identifikation

Das liechtensteinische Gesetz über berufliche Sorgfaltspflichten zur Bekämpfung von Geldwäsche, organisierter Kriminalität und Terrorismusfinanzierung (Sorgfaltspflichtgesetz) verpflichtet Lebensversicherungsunternehmen, ihre Vertragspartner und alle relevanten Personen zu identifizieren. Aus diesem Grund benötigen wir zur Auszahlung der Vertragsleistung eine **echtheitsbestätigte** Kopie des Ausweises oder Reisepasses der betreffenden Personen (siehe Checkliste auf den folgenden Seiten).

Die Bestätigung der Echtheit Ihrer Ausweiskopie kann durch eine der folgenden Stellen erfolgen:

- Den zuständigen Vermittler Ihres Vertrags
- Einen Notar
- Ein Bürgeramt (z.B. Stadt- oder Gemeindeverwaltung)

Bitte achten Sie darauf, dass die Kopie **gut lesbar** ist, wie in folgenden Beispielen:



**Mangelhafte** Ausweiskopien können wir nicht akzeptieren, wie z. B. in folgenden Ausführungen:



Damit wir die Ausweiskopie akzeptieren können, ist entscheidend, dass zum einen die **Person** auf dem Bild **gut wiedererkennbar** ist und zum anderen, dass alle **schriftlichen Angaben** im Dokument **gut lesbar** sind.

Für eine gültige Echtheitsbestätigung durch den Vermittler ist zudem Folgendes erforderlich:

1. Bestätigungssatz auf Vorder- und Rückseite, Bsp.:

Ich, [Name in Druckschrift] bestätige, dass ich die Identität des Kunden festgestellt und anhand dieses Ausweises überprüft habe, welcher mir im Original vorlag.

2. Datum
3. Unterschrift Vermittler
4. Bei Kopie auf 2 Seiten: Das gilt auch für die Rückseite.



## Checkliste als Ausfüllhilfe

Alle Dokumente und Formulare der Advigon können online unter [hansemerkur-vertriebsportal.de](https://hansemerkur-vertriebsportal.de) heruntergeladen werden.

### 1. Delegationsvereinbarung

---

- ⇒ Es besteht eine Delegationsvereinbarung zwischen dem Vermittler und der Advigon.

Falls das Betreuungsverhältnis bereits bei Abschluss des Vertrags bestanden hat und der Vermittler den Kunden im Rahmen der Antragstellung identifiziert hat, liegt bereits eine gültige Delegationsvereinbarung vor. Falls das Betreuungsverhältnis jedoch bei Vertragsschluss noch nicht bestanden hat, so benötigen wir vom Vermittler noch das Formular Delegationsvereinbarung.

### 2. Antrag auf Leistung

---

- ⇒ Das Formular „Antrag auf Leistung“ wurde vollständig ausgefüllt und vom Vertragspartner unterschrieben.

Bitte beachten Sie, dass der Antrag gegebenenfalls von mehreren zeichnungsberechtigten Personen des Rechtsträgers unterzeichnet werden muss.

### 3. Identifizierung vertragsrelevanter Personen

---

- ⓘ Verschiedene für den Vertrag relevante Personen müssen identifiziert werden, das heisst, dass die Identität der betreffenden Person(en) festgestellt und überprüft werden muss. Welche Personen identifiziert werden müssen, ergibt sich aus den nachfolgenden Punkten dieser Checkliste. Die Identifizierung wird wie folgt vorgenommen:

- ⇒ Der Vermittler hat eine Kopie des Personalausweises oder Reisepasses der betreffenden Person erstellt.

Wir benötigen die Vorder- und Rückseite des Ausweises. Im Fall des Reisepasses benötigen wir die Vorder- und die Rückseite der Kunststoffkarte sowie die erste Papierseite. Die Kopie muss gut lesbar sein und auf dem Foto muss die abgebildete Person gut erkennbar sein.

- ⇒ Der Ausweis / Pass ist gültig.

Das Dokument ist nicht abgelaufen.

- ⇒ Auf der Kopie wurde die Echtheit des Originals bestätigt.

Formulierungshilfe:

Ich, [Name in Druckschrift] bestätige, dass ich die Identität der Person festgestellt und anhand dieses Dokuments überprüft habe, welches mir im Original vorlag.

- ⇒ Die Kopie muss datiert und vom Vermittler unterschrieben werden. Alternativ kann die Echtheitsbestätigung auch von einer Behörde oder einem Notar vorgenommen werden.

Achtung: Werden die Vorder- und die Rückseite des Ausweisdokuments auf zwei Seiten kopiert, benötigen wir die Bestätigung sowie das Datum und die Unterschrift auf beiden Seiten.

### 4. Vertretung

---

- ⇒ Der Nachweis der Vertretungsbefugnis liegt vor.

Juristische Personen und sonstige Rechtsträger werden in der Regel vertreten. Über diese Vertretungsvollmacht benötigen wir einen Nachweis, der üblicherweise durch einen aktuellen Handelsregisterauszug erbracht wird.

### 5. Identifizierung der Vertretungsperson(en)

---

- ⇒ Die Identität der Vertretungsperson(en) muss festgestellt und überprüft werden.

Dies erfolgt, wie unter Punkt 3 dieser Checkliste beschrieben.



## 6. Formular zur Identifizierung von Rechtsträgern

---

- ⇒ Das Formular zur Identifizierung von Rechtsträgern ist beigefügt.   
Das Formular wurde vollständig ausgefüllt und von allen erforderlichen Personen unterzeichnet.
- ⇒ Die Identität der unter Punkt 4 des Formulars eingetragenen Personen wurde festgestellt und überprüft.   
Dies erfolgt wie unter Punkt 3 dieser Checkliste beschrieben.
- ⇒ Ein aktueller Handelsregisterauszug ist beigefügt.   
Der Auszug ist nicht älter als drei Monate.
- ⇒ Ein aktueller Auszug aus dem Transparenzregister ist beigefügt.   
Der Auszug ist nicht älter als drei Monate.

## 7. Steuerliche Ansässigkeit (Selbstauskunft Rechtsträger und Formular W-8BEN-E)

---

- ⇒ Das Formular Selbstauskunft Rechtsträger ist beigefügt.   
Das Formular wurde vollständig ausgefüllt und von allen erforderlichen Personen unterzeichnet.
- ⇒ Das Formular W-8BEN-E ist beigefügt.   
Dieses Formular ist kein Advigon-Formular, sondern ein offizielles Formular der US-amerikanischen Steuerbehörde IRS. Das Formular kann auf der Homepage des IRS heruntergeladen werden (<https://www.irs.gov/forms-pubs/about-form-w-8-ben-e>). Unter diesem Link finden sich neben dem Formular auch Instruktionen zum Ausfüllen. Beachten Sie hierzu bitte auch unsere *beigefügte Ausfüllhilfe W-8BEN-E-Formular*.
- ⇒ An der juristischen Person/dem Rechtsträger sind KEINE US-Personen als Eigentümer oder controlling persons beteiligt.   
In diesem Fall muss nur das W-8BEN-E Formular ausgefüllt und unterzeichnet werden.
- ⇒ An der juristischen Person/dem Rechtsträger SIND US-Personen als Eigentümer oder controlling persons beteiligt.   
In diesem Fall muss für jede US-Person zusätzlich das Formular W-9 ausgefüllt und mitgesandt werden. Das Formular kann unter folgendem Link heruntergeladen werden: <https://www.irs.gov/forms-pubs/about-form-w-9>

## 8. Politisch exponierte Person

---

- ⇒ Das Formular „Politisch exponierte Person“ wurde vollständig ausgefüllt und vom Vertragspartner unterschrieben.   
Wer als politische exponierte Person gilt, wird im Formular unter 1. beschrieben.
- ⇒ Es ist eine politisch exponierte Person direkt oder indirekt am Vertrag beteiligt.   
Wird die Frage unter 2. mit „ja“ beantwortet, so müssen die Angaben unter 3. vollständig gemacht werden und die betreffende politisch exponierte Person muss außerdem identifiziert werden (siehe Punkt 3 dieser Checkliste). Handelt es sich bei der politisch exponierten Person nicht um eine direkt am Vertrag beteiligte Person, kann die Identifizierung auch durch den Vertragsnehmer erfolgen.

## Ausfüllhilfe W-8-BEN-E Formular

**Bitte beachten Sie:** Diese Anleitung dient lediglich als Hilfe und ist nicht als verbindliche abschließende steuerliche Auskunft im Einzelfall zu verstehen; sie kann eine solche auch nicht ersetzen. Steuerliche Fragen im Einzelfall kann und darf die ADVIGON nicht beantworten, sondern nur ein Steuerberater oder ähnliche rechtskundige, dazu befugte Personen. Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Informationen können wir keine Gewähr übernehmen.

Diese Ausfüllhilfe verweist ausschließlich auf Auszüge des Formulars W-8BEN-E. Das Formular selbst sowie ausführliche Instruktionen hierzu stehen auf der Homepage der US-amerikanischen Steuerbehörde IRS zur Verfügung (<https://www.irs.gov/forms-pubs/about-form-w-8-ben-e>).

Form <b>W-8BEN-E</b> (Rev. October 2021) Department of the Treasury Internal Revenue Service		<b>Certificate of Status of Beneficial Owner for United States Tax Withholding and Reporting (Entities)</b> ► For use by entities. Individuals must use Form W-8BEN. ► Section references are to the Internal Revenue Code. ► Go to <a href="https://www.irs.gov/FormW8BENE">www.irs.gov/FormW8BENE</a> for instructions and the latest information. ► Give this form to the withholding agent or payer. Do not send to the IRS.		OMB No. 1545-1621																																						
<p><b>Do NOT use this form for:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• U.S. entity or U.S. citizen or resident . . . . . W-9</li> <li>• A foreign individual . . . . . W-8BEN (Individual) or Form 8233</li> <li>• A foreign individual or entity claiming that income is effectively connected with the conduct of trade or business within the United States (unless claiming treaty benefits) . . . . . W-BECl</li> <li>• A foreign partnership, a foreign simple trust, or a foreign grantor trust (unless claiming treaty benefits) (see instructions for exceptions) . . . . . W-SIMY</li> <li>• A foreign government, international organization, foreign central bank of issue, foreign tax-exempt organization, foreign private foundation, or government of a U.S. possession claiming that income is effectively connected U.S. income or that is claiming the applicability of section(s) 115(2), 501(c), 892, 895, or 1443(b) (unless claiming treaty benefits) (see instructions for other exceptions) . . . . . W-BECl or W-BEXp</li> <li>• Any person acting as an intermediary (including a qualified derivatives dealer) . . . . . W-SIMY</li> </ul>																																										
<p><b>Part I Identification of Beneficial Owner</b></p>																																										
1 Name of organization that is the beneficial owner		2 Country of incorporation or organization																																								
3 Name of disregarded entity receiving the payment (if applicable, see instructions)																																										
<p>4 Chapter 3 Status (entity type) (Must check one box only):</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Simple trust</td> <td><input type="checkbox"/> Tax-exempt organization</td> <td><input type="checkbox"/> Corporation</td> <td><input type="checkbox"/> Partnership</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Central Bank of Issue</td> <td><input type="checkbox"/> Private foundation</td> <td><input type="checkbox"/> Complex trust</td> <td><input type="checkbox"/> Foreign Government - Controlled Entity</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Grantor trust</td> <td><input type="checkbox"/> Disregarded entity</td> <td><input type="checkbox"/> Estate</td> <td><input type="checkbox"/> Foreign Government - Integral Part</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> International organization</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>If you entered disregarded entity, partnership, simple trust, or grantor trust above, is the entity a hybrid making a treaty claim? If "Yes," complete Part III. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>					<input type="checkbox"/> Simple trust	<input type="checkbox"/> Tax-exempt organization	<input type="checkbox"/> Corporation	<input type="checkbox"/> Partnership	<input type="checkbox"/> Central Bank of Issue	<input type="checkbox"/> Private foundation	<input type="checkbox"/> Complex trust	<input type="checkbox"/> Foreign Government - Controlled Entity	<input type="checkbox"/> Grantor trust	<input type="checkbox"/> Disregarded entity	<input type="checkbox"/> Estate	<input type="checkbox"/> Foreign Government - Integral Part	<input type="checkbox"/> International organization																									
<input type="checkbox"/> Simple trust	<input type="checkbox"/> Tax-exempt organization	<input type="checkbox"/> Corporation	<input type="checkbox"/> Partnership																																							
<input type="checkbox"/> Central Bank of Issue	<input type="checkbox"/> Private foundation	<input type="checkbox"/> Complex trust	<input type="checkbox"/> Foreign Government - Controlled Entity																																							
<input type="checkbox"/> Grantor trust	<input type="checkbox"/> Disregarded entity	<input type="checkbox"/> Estate	<input type="checkbox"/> Foreign Government - Integral Part																																							
<input type="checkbox"/> International organization																																										
<p>5 Chapter 4 Status (FATCA status) (See instructions for details and complete the certification below for the entity's applicable status.)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nonparticipating FFI (including an FFI related to a Reporting IGA FFI other than a deemed-compliant FFI, participating FFI, or exempt beneficial owner).</td> <td><input type="checkbox"/> Nonreporting IGA FFI. Complete Part XII.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Participating FFI.</td> <td><input type="checkbox"/> Foreign government, government of a U.S. possession, or foreign central bank of issue. Complete Part XIII.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Reporting Model 1 FFI.</td> <td><input type="checkbox"/> International organization. Complete Part XIV.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Reporting Model 2 FFI.</td> <td><input type="checkbox"/> Exempt retirement plans. Complete Part XV.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Registered deemed-compliant FFI (other than a reporting Model 1 FFI, sponsored FFI, or nonreporting IGA FFI covered in Part XII). See instructions.</td> <td><input type="checkbox"/> Entity wholly owned by exempt beneficial owners. Complete Part XVI.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sponsored FFI. Complete Part IV.</td> <td><input type="checkbox"/> Territory financial institution. Complete Part XVII.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Certified deemed-compliant nonregistering local bank. Complete Part V.</td> <td><input type="checkbox"/> Excepted nonfinancial group entity. Complete Part XVIII.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Certified deemed-compliant FFI with only low-value accounts. Complete Part VI.</td> <td><input type="checkbox"/> Excepted nonfinancial start-up company. Complete Part XIX.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Certified deemed-compliant sponsored, closely held investment vehicle. Complete Part VII.</td> <td><input type="checkbox"/> Excepted nonfinancial entity in liquidation or bankruptcy. Complete Part XX.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Certified deemed-compliant limited life debt investment entity. Complete Part VIII.</td> <td><input type="checkbox"/> 501(c) organization. Complete Part XXI.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Certain investment entities that do not maintain financial accounts. Complete Part IX.</td> <td><input type="checkbox"/> Nonprofit organization. Complete Part XXII.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Owner-documented FFI. Complete Part X.</td> <td><input type="checkbox"/> Publicly traded NFFE or NFFE affiliate of a publicly traded corporation. Complete Part XXIII.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Restricted distributor. Complete Part XI.</td> <td><input type="checkbox"/> Excepted territory NFFE. Complete Part XXIV.</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Active NFFE. Complete Part XXV.</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Passive NFFE. Complete Part XXVI.</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Excepted inter-affiliate FFI. Complete Part XXVII.</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Direct reporting NFFE.</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Sponsored direct reporting NFFE. Complete Part XXVIII.</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Account that is not a financial account.</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Nonparticipating FFI (including an FFI related to a Reporting IGA FFI other than a deemed-compliant FFI, participating FFI, or exempt beneficial owner).	<input type="checkbox"/> Nonreporting IGA FFI. Complete Part XII.	<input type="checkbox"/> Participating FFI.	<input type="checkbox"/> Foreign government, government of a U.S. possession, or foreign central bank of issue. Complete Part XIII.	<input type="checkbox"/> Reporting Model 1 FFI.	<input type="checkbox"/> International organization. Complete Part XIV.	<input type="checkbox"/> Reporting Model 2 FFI.	<input type="checkbox"/> Exempt retirement plans. Complete Part XV.	<input type="checkbox"/> Registered deemed-compliant FFI (other than a reporting Model 1 FFI, sponsored FFI, or nonreporting IGA FFI covered in Part XII). See instructions.	<input type="checkbox"/> Entity wholly owned by exempt beneficial owners. Complete Part XVI.	<input type="checkbox"/> Sponsored FFI. Complete Part IV.	<input type="checkbox"/> Territory financial institution. Complete Part XVII.	<input type="checkbox"/> Certified deemed-compliant nonregistering local bank. Complete Part V.	<input type="checkbox"/> Excepted nonfinancial group entity. Complete Part XVIII.	<input type="checkbox"/> Certified deemed-compliant FFI with only low-value accounts. Complete Part VI.	<input type="checkbox"/> Excepted nonfinancial start-up company. Complete Part XIX.	<input type="checkbox"/> Certified deemed-compliant sponsored, closely held investment vehicle. Complete Part VII.	<input type="checkbox"/> Excepted nonfinancial entity in liquidation or bankruptcy. Complete Part XX.	<input type="checkbox"/> Certified deemed-compliant limited life debt investment entity. Complete Part VIII.	<input type="checkbox"/> 501(c) organization. Complete Part XXI.	<input type="checkbox"/> Certain investment entities that do not maintain financial accounts. Complete Part IX.	<input type="checkbox"/> Nonprofit organization. Complete Part XXII.	<input type="checkbox"/> Owner-documented FFI. Complete Part X.	<input type="checkbox"/> Publicly traded NFFE or NFFE affiliate of a publicly traded corporation. Complete Part XXIII.	<input type="checkbox"/> Restricted distributor. Complete Part XI.	<input type="checkbox"/> Excepted territory NFFE. Complete Part XXIV.		<input type="checkbox"/> Active NFFE. Complete Part XXV.		<input type="checkbox"/> Passive NFFE. Complete Part XXVI.		<input type="checkbox"/> Excepted inter-affiliate FFI. Complete Part XXVII.		<input type="checkbox"/> Direct reporting NFFE.		<input type="checkbox"/> Sponsored direct reporting NFFE. Complete Part XXVIII.		<input type="checkbox"/> Account that is not a financial account.
<input type="checkbox"/> Nonparticipating FFI (including an FFI related to a Reporting IGA FFI other than a deemed-compliant FFI, participating FFI, or exempt beneficial owner).	<input type="checkbox"/> Nonreporting IGA FFI. Complete Part XII.																																									
<input type="checkbox"/> Participating FFI.	<input type="checkbox"/> Foreign government, government of a U.S. possession, or foreign central bank of issue. Complete Part XIII.																																									
<input type="checkbox"/> Reporting Model 1 FFI.	<input type="checkbox"/> International organization. Complete Part XIV.																																									
<input type="checkbox"/> Reporting Model 2 FFI.	<input type="checkbox"/> Exempt retirement plans. Complete Part XV.																																									
<input type="checkbox"/> Registered deemed-compliant FFI (other than a reporting Model 1 FFI, sponsored FFI, or nonreporting IGA FFI covered in Part XII). See instructions.	<input type="checkbox"/> Entity wholly owned by exempt beneficial owners. Complete Part XVI.																																									
<input type="checkbox"/> Sponsored FFI. Complete Part IV.	<input type="checkbox"/> Territory financial institution. Complete Part XVII.																																									
<input type="checkbox"/> Certified deemed-compliant nonregistering local bank. Complete Part V.	<input type="checkbox"/> Excepted nonfinancial group entity. Complete Part XVIII.																																									
<input type="checkbox"/> Certified deemed-compliant FFI with only low-value accounts. Complete Part VI.	<input type="checkbox"/> Excepted nonfinancial start-up company. Complete Part XIX.																																									
<input type="checkbox"/> Certified deemed-compliant sponsored, closely held investment vehicle. Complete Part VII.	<input type="checkbox"/> Excepted nonfinancial entity in liquidation or bankruptcy. Complete Part XX.																																									
<input type="checkbox"/> Certified deemed-compliant limited life debt investment entity. Complete Part VIII.	<input type="checkbox"/> 501(c) organization. Complete Part XXI.																																									
<input type="checkbox"/> Certain investment entities that do not maintain financial accounts. Complete Part IX.	<input type="checkbox"/> Nonprofit organization. Complete Part XXII.																																									
<input type="checkbox"/> Owner-documented FFI. Complete Part X.	<input type="checkbox"/> Publicly traded NFFE or NFFE affiliate of a publicly traded corporation. Complete Part XXIII.																																									
<input type="checkbox"/> Restricted distributor. Complete Part XI.	<input type="checkbox"/> Excepted territory NFFE. Complete Part XXIV.																																									
	<input type="checkbox"/> Active NFFE. Complete Part XXV.																																									
	<input type="checkbox"/> Passive NFFE. Complete Part XXVI.																																									
	<input type="checkbox"/> Excepted inter-affiliate FFI. Complete Part XXVII.																																									
	<input type="checkbox"/> Direct reporting NFFE.																																									
	<input type="checkbox"/> Sponsored direct reporting NFFE. Complete Part XXVIII.																																									
	<input type="checkbox"/> Account that is not a financial account.																																									
6 Permanent residence address (street, apt., or suite no., or rural route). Do not use a P.O. box or in-care-of address (other than a registered address).																																										
City or town, state or province. Include postal code where appropriate.			Country																																							
7 Mailing address (if different from above)																																										
City or town, state or province. Include postal code where appropriate.			Country																																							
For Paperwork Reduction Act Notice, see separate instructions. Cat. No. 59689N Form <b>W-8BEN-E</b> (Rev. 10-2021)																																										

**Zeile 1** Name des wirtschaftlich berechtigten Unternehmens bzw. der Organisation

**Zeile 2** Bei juristischen Personen geben Sie bitte das Land an, in welchem diese gegründet wurde. Handelt es sich bei der Organisation nicht um eine juristische Person, so geben Sie bitte das Land an, nach dessen Recht der das Unternehmen/die Organisation gegründet wurde bzw. das Land, dessen Recht dafür gilt.

**Zeile 4** Chapter 3 Status (Art des Unternehmens/der Organisation) **Kreuzen Sie bitte nur ein Kästchen an!**

Auswahl der gängigsten Rechtsformen:

- *Corporation*: Kapitalgesellschaft (zB GmbH, AG, Verein)
- *Partnership*: Personengesellschaft (zB GbR, OHG, KG)
- *Tax-exempt organization*: steuerbefreite Organisation (zB steuerbefreite Stiftung)

**Zeile 5** Chapter 4 Status (FATCA-Status) – Status nach dem Foreign Account Tax Compliance Act. **Kreuzen Sie bitte nur ein Kästchen an!**

Häufigste Angaben:

- *Active NFFE*: {Ein Nicht-Finanzinstitut, das außerhalb der USA steuerlich ansässig ist und mehr als 50 % seines Umsatzes über realwirtschaftliche Einkünfte erzielt (zB den Verkauf von Waren oder Dienstleistungen). *In diesem Fall bitte Part XXV auf S. 7 des Formulars ausfüllen.*
- *Passive NFFE*: Ein Nicht-Finanzinstitut, das außerhalb der USA steuerlich ansässig ist und mehr als 50 % der Bruttoeinkünfte und/oder Vermögenswerte durch passive Einkünfte (zB Zinsen, Dividenden, Mieten) erwirtschaftet. *In diesem Fall bitte Part XXVI auf S. 7 des Formulars ausfüllen.*

**Zeile 6** Bitte geben Sie hier die Adresse des Unternehmenssitzes/ Organisations-sitzes an, bestehend aus (mindestens) Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Land in den jeweils dafür vorgesehen Feldern. **Bitte verwenden Sie weder Abkürzungen noch Postfach- oder c/o Adressen.**

**Zeile 7** Falls es eine abweichende Postadresse gibt, so geben Sie diese bitte hier an. An dieser Stelle sind Postfach- oder c/o Adressen möglich.

## Ausfüllhilfe W-8-BEN-E Formular – Fortsetzung

Form W-8BEN-E (Rev. 10-2021) Page 2

**Part I Identification of Beneficial Owner (continued)**

8 U.S. taxpayer identification number (TIN), if required

9a GIIN b Foreign TIN c Check if FTIN not legally required. . . . .

10 Reference number(s) (see instructions)

Note: Please complete remainder of the form including signing the form in Part XXX.

**Part XXV Active NFFE**

39  I certify that:

- The entity identified in Part I is a foreign entity that is not a financial institution;
- Less than 50% of such entity's gross income for the preceding calendar year is passive income; and
- Less than 50% of the assets held by such entity are assets that produce or are held for the production of passive income (calculated as a weighted average of the percentage of passive assets measured quarterly) (see instructions for the definition of passive income).

**Part XXVI Passive NFFE**

40a  I certify that the entity identified in Part I is a foreign entity that is not a financial institution (other than an investment entity organized in a possession of the United States) and is not certifying its status as a publicly traded NFFE (or affiliate), excepted territory NFFE, active NFFE, direct reporting NFFE, or sponsored direct reporting NFFE.

Check box 40b or 40c, whichever applies.

b  I further certify that the entity identified in Part I has no substantial U.S. owners (or, if applicable, no controlling U.S. persons); or

c  I further certify that the entity identified in Part I has provided the name, address, and TIN of each substantial U.S. owner (or, if applicable, controlling U.S. person) of the NFFE in Part XXIX.

Form W-8BEN-E (Rev. 10-2021)

**Part XXIX Substantial U.S. Owners of Passive NFFE**

As required by Part XXVI, provide the name, address, and TIN of each substantial U.S. owner of the NFFE. Please see the instructions for a definition of substantial U.S. owner. If providing the form to an FFI treated as a reporting Model 1 FFI or reporting Model 2 FFI, an NFFE may also use this part for reporting its controlling U.S. persons under an applicable IGA.

Name	Address	TIN

**Part XXX Certification**

Under penalties of perjury, I declare that I have examined the information on this form and to the best of my knowledge and belief it is true, correct, and complete. I further certify under penalties of perjury that:

- The entity identified on line 1 of this form is the beneficial owner of all the income or proceeds to which this form relates, is using this form to certify its status for chapter 4 purposes, or is submitting this form for purposes of section 6050W or 6050Y;
- The entity identified on line 1 of this form is not a U.S. person;
- This form relates to: (a) income not effectively connected with the conduct of a trade or business in the United States, (b) income effectively connected with the conduct of a trade or business in the United States but is not subject to tax under an income tax treaty, (c) the partner's share of a partnership's effectively connected taxable income, or (d) the partner's amount realized from the transfer of a partnership interest subject to withholding under section 1445(f); and
- For broker transactions or barter exchanges, the beneficial owner is an exempt foreign person as defined in the instructions.

Furthermore, I authorize this form to be provided to any withholding agent that has control, receipt, or custody of the income of which the entity on line 1 is the beneficial owner or any withholding agent that can disburse or make payments of the income of which the entity on line 1 is the beneficial owner.

I agree that I will submit a new form within 30 days if any certification on this form becomes incorrect.

I certify that I have the capacity to sign for the entity identified on line 1 of this form.

Sign Here

Signature of individual authorized to sign for beneficial owner Print Name Date (MM-DD-YYYY)

Form W-8BEN-E (Rev. 10-2021)

**Zeile 8** US-Steuer Nummer (TIN), falls vorhanden

**Zeile 9a** GIIN, falls vorhanden. Eine haben Sie von der US-Steuerbehörde IRS erhalten, falls Sie sich bzw. Ihre Organisation dort registriert haben.

**Zeile 9b** Die Steuer Nummer Ihrer Organisation im Land der steuerlichen Ansässigkeit (idR das Sitzland).

**Bitte beachten Sie:** Part IV - Part XXVIII bezieht sich direkt auf den FATCA-Status, den Sie unter Part I in **Zeile 5** beim „Chapter 4 Status“ ausgewählt haben. **Füllen Sie den Part aus,** der bei dem von Ihnen ausgewählten Status genannt ist.

Beispielhaft sind hier die Parts XXV und XXXVI beschrieben.

**Zeile 39** Part XXV: Active NFFE  
Sie bestätigen, dass Ihre Organisation kein Finanzinstitut ist und **mehr** als die Hälfte des gesamten Umsatzes aus aktiven Einkünften erzielt. *Wenn dies zutrifft, kreuzen Sie das Kästchen bitte an.*

**Zeile 40a** Part XXVI: Passive NFFE  
Sie bestätigen, dass Ihre Organisation kein Finanzinstitut ist und **weniger** als die Hälfte des gesamten Umsatzes aus aktiven Einkünften erzielt. *Wenn dies zutrifft, kreuzen Sie das Kästchen bitte an.*

**Zeile 40b oder c** Sie bestätigen unter **40b**, dass Ihre Organisation **keinen** US-Eigentümer oder controlling person hat.  
Unter **40c** bestätigen Sie, dass Ihre Organisationen **einen** oder mehrere **US-Eigentümer** oder controlling persons hat und deren Name(n), Adresse(n) und Steueridentifikationsnummer (TIN) unter Part XXIX angegeben wurden. *Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an. Es darf nur eines der beiden Kästchen angekreuzt werden.*

**Part XXIX** Falls Sie Zeile **40c** angekreuzt haben, *geben Sie bitte hier Name(n), Adresse(n) und Steueridentifikationsnummer (TIN) der US-Eigentümer bzw. US controlling person(s) an. Zudem reichen Sie uns bitte für jede US-Person das **Formular W-9** (<https://www.irs.gov/forms-pubs/about-form-w-9>) ein.*

**Bitte beachten Sie: Part XXX ist obligatorisch!**

**Part XXX** Durch Ankreuzen des Kästchens bestätigen Sie **rechtswirksam** unter anderem, dass Sie alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht haben. Sie bestätigen ausserdem, dass Sie die in dem Formular enthaltenen Erklärungen für das Unternehmen/die Organisation abgeben dürfen.

**Signature** Bitte beachten Sie, dass ggf. eine weitere Person **mitunterzeichnen** muss, wenn Sie nur gemeinsam unterzeichnungsberechtigt sind. Wenn Sie einzelzeichnungsberechtigt sind, reicht Ihre Unterschrift aus.

**Print Name** Bitte Namen des/der Unterzeichnenden in Druckbuchstaben angeben.

**Date** Bitte beachten Sie die amerikanische Schreibweise des Datums: **MM-TT-JJJJ**



## **Wir sind für Sie da: unser telefonischer Kundenservice**

### Telefonische Betreuung bei Vertrags- und Leistungsfragen

Sie haben Fragen zu Ihrem Vertragsschutz? Oder benötigen unsere Hilfe bei der Klärung von Sachverhalten? Dann wenden Sie sich vertrauensvoll an unser Service-Team. Hier werden Ihre Fragen und sonstigen Anliegen schnell und unkompliziert von kompetenten Ansprechpartnern geklärt.

---

Ihre persönliche ServiceLine:

040 5555-4033

von Montag bis Freitag, 8.00 bis 20.00 Uhr

---

Die Hilfeleistung können Sie beschleunigen, wenn Sie uns Ihre Advigon Vertragsschein-Nummer nennen.

---

#### **Advigon Versicherung AG**

Postfach, Drescheweg 1

9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN

[www.advigon.com](http://www.advigon.com)

Register-Nr.: FL-0002.181.006-7

Handelsregister Fürstentum Liechtenstein, Vaduz

Geschäftsleitung: Kai-Uwe Blum,

Godehard Laufköter, Rinaldo Manetsch