

# Antrag auf Beitragsanpassung Direktversicherung

Versicherungs-Nr.

Frau Herr Divers Firma Firmenname, Name, Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort, Land

E-Mail

Geburtsdatum

## Versicherte Person / Arbeitnehmer

Name, Vorname

Geburtsdatum

Ausgeübter Beruf

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort, Land

E-Mail

### Antrag auf Beitragserhöhung

Hiermit beantragen wir für den oben genannten Versicherungsvertrag eine Beitragserhöhung:

Gültig ab (Datum)

Alter Beitrag

Neuer Gesamtbeitrag

EUR

EUR

### Finanzierung des Gesamtbeitrages

wie im bestehenden Vertrag

Arbeitgeberfinanzierung

Arbeitnehmerfinanzierung  
(Entgeltumwandlung)

Mischfinanzierung

Arbeitgeber und Arbeitnehmer haben folgende Teilung des o.g. Gesamtbeitrages vereinbart:

Arbeitgeber \_\_\_\_\_ %

Arbeitnehmer \_\_\_\_\_ %

Der gesetzlich verpflichtende Arbeitgeberzuschuss beträgt

EUR oder

% des vereinbarten Beitrags für die Entgeltumwandlung

Für den mit der Erhöhung finanzierten Vertragsteil gelten die gleichen Vertragsdaten wie in der o.g. bestehenden Versicherung (Rentenbeginnalter, Rentengarantiezeit, Unverfallbarkeit, Bezugsrecht usw.).

### Bitte beachten Sie

Beiträge zu Direktversicherungen sind gem. § 3 Nr. 63 EStG steuerfrei bis zu 4% der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (West). Der Beitrag kann um weitere EUR 1.800 erhöht werden, sofern nicht im gleichen Kalenderjahr Beiträge gem. § 40b EStG in der bis zum 31.12.2004 gültigen Fassung pauschal lohnbesteuert werden. Diese zusätzliche Erhöhung um EUR 1.800 ist sozialabgabenpflichtig.

Infolge einer vertraglich vereinbarten planmäßigen Erhöhung des Beitrages (Dynamik) könnten die Höchstgrenzen des § 3 Nr. 63 EStG überschritten werden, so dass die Steuerfreiheit der die Höchstgrenzen überschreitenden Beiträge entfällt. Für die Einhaltung der Höchstgrenzen ist der Versicherungsnehmer verantwortlich. Es liegt daher in Ihrem Interesse gegebenenfalls der planmäßigen Erhöhung zu widersprechen. Ansonsten wären die übersteigenden Beitragsanteile nach § 19 EStG wie Arbeitslohn individuell zu versteuern.

### Wichtiger Hinweis für die versicherte Person

Im Rahmen der Beitragserhöhung bitten wir Sie, uns nachfolgende Fragen zu beantworten. Ihre Angaben sind Grundlage für die weitere Bearbeitung des Antrages auf Beitragserhöhung. Mit Ihren Antworten tragen Sie in einem bedeutenden Maße dazu bei, uns die Beurteilung des von uns zu übernehmenden Versicherungsrisikos zu ermöglichen.

Wichtig für uns ist dabei die Angabe aller Ihnen bekannten Gefahrumstände, die für unsere Entscheidung zur Risikoübernahme erheblich sind. Wir fragen Sie daher nachfolgend nach allen Umständen, die Einfluss auf einen möglichen Eintritt des versicherten Risikos haben könnten.

Bitte beachten Sie, dass Sie gesetzlich verpflichtet sind, uns vor der Beitragserhöhung alle Ihnen bekannten Umstände zu jeder der nachfolgend gestellten Fragen sorgfältig, vollständig und ausführlich anzugeben. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Allein auf diesem Wege erreichen Sie einen individuell auf Sie abgestellten und wirksamen Versicherungsschutz.

**Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder nicht vollständig beantworten, kann dies dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren oder dass später Vertragsanpassungen – auch rückwirkend – notwendig werden. Wir möchten dies gerne vermeiden, müssten aber bei Verletzung Ihrer Anzeigepflicht im Interesse der anderen Versicherten von rechtlichen Maßnahmen wie z.B. Rücktritt vom Vertrag oder Anfechtung des Vertrages oder auch Verweigerung der beantragten Leistung Gebrauch machen. Bitte tragen Sie durch Ihre Antworten zu einem für Sie dauerhaft wirksamen Versicherungsschutz bei.**

#### Antrag auf Beitragsreduktion

Ich beantrage für meinen oben genannten Versicherungsvertrag eine Reduktion des Versicherungsbeitrages.

Gültig ab (Datum)	Alter Beitrag	Neuer Beitrag	
		EUR	EUR

#### **Die Gesundheitsfragen sind nur bei einer Beitragserhöhung auszufüllen:**

---

Wurden Sie positiv auf das Coronavirus/COVID-19 getestet?

Haben oder hatten Sie innerhalb der letzten 30 Tage Symptome eines neuen oder unerklärbaren Dauerhustens, erhöhte Temperatur oder Fieber, Atembeschwerden oder andere Symptome des Coronavirus/Covid-19?

Haben oder hatten Sie innerhalb der letzten 90 Tage Symptome eines neuen oder unerklärbaren Dauerhustens, erhöhte Temperatur oder Fieber, Atembeschwerden oder andere Symptome des Coronavirus/Covid-19?

Hatten Sie in den letzten 30 Tagen direkten Kontakt mit einer Person, bei der ein Verdacht auf Coronavirus/COVID-19 besteht bzw. Coronavirus/COVID-19 bestätigt ist?

Befanden Sie sich in den letzten 30 Tagen aufgrund der Symptome von Coronavirus/COVID-19 in Selbst- Isolation?

Wurde Ihnen in den letzten 30 Tagen eine Selbst-Isolation aus anderen Gründen angeraten? Wenn Ja, warum?

## Risikofragen

---

### Fragen an die versicherte Person:

Ich beantrage für meinen oben genannten Versicherungsvertrag eine Reduktion des Versicherungsbeitrages.

1. Bestehen oder bestanden innerhalb der letzten 10 Jahre eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen/Gesundheitsstörungen: Herzinfarkt, Erkrankungen der Herzkranzgefäße, der Herzklappen, Herzmuskelschaden, Bypass-Operation, Schlaganfall, Krebs/ Leukämie, Multiple Sklerose, Diabetes mellitus, HIV-Infektion (AIDS)?
- Ja      Nein

Falls ja, Arztberichte oder weitere Informationen liegen bei. Ja

### Die Fragen 2 bis 5 sind nur zu beantworten, wenn Sie die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen haben:

2. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren eine oder mehrere der folgenden Gesundheitsstörungen: Wirbelsäulen- oder Gelenkleiden, Depressionen, Psychosen, Lähmungen, Rheuma, Asthma, Unfallfolgen mit einem Behinderungsgrad von mehr als 25% Ja      Nein

3. Sind Sie in den vergangenen 24 Monaten länger als 4 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig gewesen? Ja      Nein

4. Beziehen oder bezogen Sie während der letzten 5 Jahre Berufsunfähigkeitsleistungen oder eine Unfallrente oder wurden solche beantragt bzw. wurde eine beantragte Berufsunfähigkeitsversicherung abgelehnt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen? Ja      Nein

Falls ja, Arztberichte oder weitere Informationen liegen bei. Ja

5. Grösse \_\_\_\_\_ cm      Gewicht \_\_\_\_\_ kg

## Unterschriften

---

Die nachträgliche Erhöhung des Versicherungsbeitrages ist kostenpflichtig. Die Bearbeitungsgebühr beträgt EUR 10,00. Bei erweiterter Risikoprüfung beträgt die Bearbeitungsgebühr EUR 20,00.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben. Die unter dem Punkt „Wichtiger Hinweis“ genannten Informationen habe ich zur Kenntnis genommen.

**Zur nachträglichen Erhöhung des Versicherungsbeitrages verzichte ich iSd § 6 Abs. 4 VVG ausdrücklich auf eine Beratung durch die Liechtenstein Life Assurance AG.**

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person      Unterschrift der Versicherungsnehmers