

Antrag auf Beitragsanpassung

Versicherungs-Nr.

Versicherungsnehmer

Frau Herr Divers Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße, Haus-Nr.		PLZ, Ort, Land	E-Mail

Beitragserhöhung

Beitragserhöhung:

Hiermit beantragen wir für den oben genannten Versicherungsvertrag eine Beitragserhöhung:

Gültig ab (Datum)	Alter Beitrag	Alter reduzierter Beitrag	
		EUR	EUR
	Neuer Beitrag	Neuer reduzierter Beitrag	
		EUR	EUR

Bitte beachten Sie, dass bei einer Beitragserhöhung die Gesundheitsfragen beantwortet werden müssen.

Beitragsreduzierung

Beitragsreduzierung:

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

Gültig ab (Datum)	Alter Beitrag	Neuer Beitrag	
		EUR	EUR
	Alter reduzierter Beitrag	Neuer reduzierter Beitrag	
		EUR	EUR

Die Differenz zwischen altem und neuem Beitrag muss mindestens EUR 10,00 betragen.

Eine Reduktion des Versicherungsbeitrages ist kostenpflichtig. Die Gebühr beträgt EUR 10,00.

Änderung/Ausschluss der dynamischen Anpassung:

Hiermit beantrage ich für meinen oben genannten Versicherungsvertrag folgende Änderung innerhalb der Zuwachsversicherung (Dynamik):

Gültig ab (Datum)

Ausschluss Dynamik Einschluss Dynamik % Änderung Dynamik auf %

Es sind nur ganzzahlige Prozentsätze von 3 % bis 10% wählbar.

Bitte beachten Sie, dass bei Einschluss oder Erhöhung der Dynamik die Gesundheitsfragen beantwortet werden müssen.

Wiederaufnahme der Beitragszahlung

Hiermit beantrage ich die Wiederaufnahme der Beitragszahlung für meinen oben genannten Versicherungsvertrag und wünsche folgende zukünftige Zahlweise:

Dauerauftrag

SEPA-Lastschriftverfahren und erteile Ihnen ab sofort eine neue Einzugsermächtigung von folgendem Konto:

IBAN

Der Kontoinhaber

bleibt gleich

(Sofern ich als Versicherungsnehmer nicht Kontoinhaber bin, werde ich die Aktivierung eines bestehenden SEPA-Lastschriftmandats an den Kontoinhaber weiterleiten.)

ändert sich (Bitte Personalausweis des Kontoinhabers beilegen)

(Wenn sich der Kontoinhaber ändern sollte, so bedarf es eines neuen, schriftlichen SEPA-Lastschriftmandats. Das entsprechende Formular, das mit einer neuen Mandatsreferenznummer versehen ist, werden wir Ihnen zusenden.)

Ich möchte die Beitragszahlung ab dem _____ (Datum) aufnehmen.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/in

Unterschrift Vermittler/in

Bitte beachten Sie, dass für eine Wiederaufnahme der Beitragszahlung die Gesundheitsfragen beantwortet werden müssen.

Beitragspause

Beitragspause:

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

Gültig ab (Datum)

Dauer Monate (maximal 24 Monate möglich)

Die Beantwortung der Gesundheitsfragen ist bei der Beantragung einer Beitragspause nicht erforderlich.

Während der Beitragspause behalte ich meinen vollen Versicherungsschutz. Nach der Beendigung der Beitragspause, werde ich die Beiträge wieder entrichten bzw. können Sie die Beiträge mit dem bestehenden SEPA-Lastschriftmandat wieder von meinem Konto einziehen.

Ich bin mir bewusst, dass

- die Ablauleistung mit der Beitragspause geringer sein wird als ohne Beitragspause und
- dass während der Beitragspause auch Erhöhungen des Beitrages auf Grund einer eventuell abgeschlossenen Dynamik ausgesetzt sind.

Die Einrichtung einer Beitragspause ist kostenpflichtig. Die Gebühr beträgt EUR 20,00.

Zu dieser Vertragsänderung verzichte ich iSd § 6 Abs. 4 VVG ausdrücklich auf eine Beratung durch Liechtenstein Life Assurance AG.

Für eine Vertragsänderung können Gebühren anfallen. Die Höhe etwaiger Gebühren können den Allgemeinen Versicherungsbedingungen entnommen werden.

Wichtiger Hinweis:

Im Rahmen der Beitragserhöhung, dem Einschluss oder Erhöhung der Dynamik und der Wiederaufnahme der Beitragszahlung bitten wir Sie, uns nachfolgende Fragen zu beantworten.

Ihre Angaben sind Grundlage für die weitere Bearbeitung des Antrages. 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, dem Einschluss oder Erhöhung der Dynamik und/oder der Wiederaufnahme der Beitragszahlung 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. Sollte sich die Bearbeitung verzögern, können wir vor Annahme Ihrer Willenserklärung nochmals Fragen im obigen Sinne an Sie stellen, um dann aktuell eine Annahmeentscheidung treffen zu können. Abhängig von der Höhe des gewählten Versicherungsschutzes können sich weitere Risikoprüfungsfragen ergeben.

Gesundheitsfragen

Fragen an die versicherte Person:

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 Frage 2 ist nur zu beantworten, wenn Sie die **Zusatzversicherung Kinder-Vorsorge** eingeschlossen haben:

Frage zu dem zu versicherten Kind:

2. Wurden bei Ihrem Kind z.B. in einer der Vorsorgeuntersuchungen U1-U9 schwere Erkrankungen, Erbkrankheiten, eine HIV-Infektion oder eine dauernde Behinderung (Behinderungsgrad > 50 %) festgestellt?

Ja Nein

Die Fragen 3 bis 6 sind nur zu beantworten, wenn Sie die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen haben:

Ich übe derzeit den folgenden Beruf aus:

angestellt verbeamtet selbstständig freiberuflich

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

Ja Nein

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

Ja Nein

5. 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

6. Grösse cm Gewicht kg

Fragebogen bezüglich des Coronavirus/COVID-19

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?

Ich bestätige, dass ich die Gesundheitsfragen nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet habe. Ich weiss, dass die Liechtenstein Life Assurance AG bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht je nach Verschuldungsgrad vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen, anpassen oder anfechten kann, was zur vollständigen oder teilweisen Leistungsfreiheit der Liechtenstein Life Assurance AG auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle führen kann. Die Erläuterungen zu den Antrags-, Risiko- und Gesundheitsfragen auf den folgenden Antragsseiten habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person Unterschrift der Versicherungsnehmers