

## Versicherungsänderungs-Antrag

<input type="checkbox"/> Versicherungsänderung per:	<input type="checkbox"/> Austritt per:
<input type="checkbox"/> Vermittler:	Neu versichert bei:
Mitglieder-Nr.:	Datum/Visum SachbearbeiterIn:
Familien-Nr.:	Kollektiv-Vertrag-Nr.:
	Familienoberhaupt:

### Personalien

Familienname:	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>
Vorname:	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden
Geburtsdatum:	Staatszugehörigkeit:
Tel. Privat:	Art der Tätigkeit/Beruf:
Tel. Geschäft:	Arbeitgeber:
Tel. Mobil:	Adresse:
E-Mail:	PLZ/Ort:

### Zustelladresse (falls abweichend von Wohnadresse)

Strasse/Nr.:
Adresszusatz:
PLZ/Ort:

### Wohnadresse

Strasse/Nr.:
Adresszusatz:
PLZ/Ort:

### Zahlungsverkehr

<input type="checkbox"/> Prämienzahler Mitglied	<input type="checkbox"/> Prämienzahler Arbeitgeber
<input type="checkbox"/> Prämienzahler:	<input type="checkbox"/> Verzicht auf monatliche Rechnung bei LSV-Zahlung
<input type="checkbox"/> Zahlungsart: LSV*	<input type="checkbox"/> Verzicht auf monatliche Rechnung bei DD-Zahlung
<input type="checkbox"/> Zahlungsart: DD*	
<input type="checkbox"/> Zahlungsart: Einzahlungsschein monatlich	

Name der Bank:	Postcheckkonto-Nr.:
Konto-Nr.:	KontoinhaberIn:
IBAN:	
KontoinhaberIn:	

<input type="checkbox"/> Einführung in Familie Nr.:	<input type="checkbox"/> Trennung aus Familie Nr.:
<input type="checkbox"/> Prämienzahlung durch Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> Selbstzahler
<input type="checkbox"/> Sistierung Zusatzversicherungen	<input type="checkbox"/> Aufhebung Sistierung Zusatzversicherungen
<input type="checkbox"/> Übertritt Einzel- in Kollektivvertrag	Kollektivvertrag:
<input type="checkbox"/> Übertritt Kollektiv- in Kollektivversicherung	Kollektivvertrag:
<input type="checkbox"/> Übertritt Kollektiv- in Einzelversicherung	
<input type="checkbox"/> Rest bleibt unverändert	

### Beitrittserklärung

Ich beantrage für mich bzw. für die von mir vertretene Person die obengenannten Versicherungen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei Ärztinnen und Ärzten, bei Therapeutinnen und Therapeuten, sowie bei Krankenkassen und Versicherungsgesellschaften nötigenfalls Auskunft über Gesundheitsverhältnisse eingeholt wird und entbinde alle medizinisch- und medizinisch-therapeutischen Personen gegenüber der FKB vom Berufsgeheimnis. Im weiteren bin ich einverstanden, dass die FKB die für die Schadenfallbearbeitung erforderlichen Daten an andere Versicherer übermitteln kann. Der/die Unterzeichnete erklärt, die seiner Versicherung entsprechenden Reglemente der FKB erhalten zu haben, und anerkennt diese im vollen Umfang. Mit seiner Unterschrift bestätigt der Antragsteller, falls der Unfall ausgeschlossen wurde, dass er über seinen Arbeitgeber gegen Berufs- und Nichtberufsunfall versichert ist.

Ort und Datum

Unterschrift

\* separates Formular ausfüllen

Versicherungs-Abschluss	Monats-Prämie
<input type="checkbox"/> Obligatorium mit Unfall	CHF
<input type="checkbox"/> Obligatorium ohne Unfall	CHF
<input type="checkbox"/> BU/NBU versichert. Arbeitgeber:	
<input type="checkbox"/> Plus mit Unfall**	CHF
<input type="checkbox"/> Ambulant Plus mit Unfall**	CHF
<input type="checkbox"/> Plus Privat mit Unfall**	CHF
<input type="checkbox"/> P3 Allgemeine Versicherung mit Unfall** (Eintrittsstufe: )	CHF
<input type="checkbox"/> P2 Halbprivate Versicherung mit Unfall** (Eintrittsstufe: )	CHF
<input type="checkbox"/> P1 Private Versicherung mit Unfall** (Eintrittsstufe: )	CHF
<input type="checkbox"/> Patientenrechtsschutz-Versicherung	CHF
<input type="checkbox"/> Dental Versicherung*/**	CHF
Versicherungsvariante: %	
max. CHF:	
Franchise CHF:	
<input type="checkbox"/> UTI (Unfall-Tod- und Invaliditätsversicherung)	CHF
<input type="checkbox"/> Todesfallkapital:	
<input type="checkbox"/> Invaliditätskapital:	
die Todesfallsumme für mein Kind wird spätestens ab dem 1. Januar nach Vollendung des Alters 2.5 Jahre automatisch erhöht auf: <input type="checkbox"/> CHF 10'000.- <input type="checkbox"/> CHF 20'000.-	
<input type="checkbox"/> KTI (Krankheits-Tod- und Invaliditätsversicherung)*/**	CHF
<input type="checkbox"/> Todesfallkapital:	
<input type="checkbox"/> Invaliditätskapital:	
<input type="checkbox"/> Krankheit: <input type="checkbox"/> Unfall:	
die Todesfallsumme für mein Kind wird spätestens ab dem 1. Januar nach Vollendung des Alters 2.5 Jahre automatisch erhöht auf: <input type="checkbox"/> CHF 20'000.-	
<input type="checkbox"/> Obligatorische Krankengeldversicherung (nur Krankheit)	
<input type="checkbox"/> CHF ..... ab Tag .....	CHF
<input type="checkbox"/> CHF ..... ab Tag .....	CHF
<input type="checkbox"/> ..... % ab Tag .....	%
<input type="checkbox"/> ..... % ab Tag .....	%
<input type="checkbox"/> Freiwillige Krankengeldversicherung	
<input type="checkbox"/> ohne Unfall <input type="checkbox"/> mit Unfall	CHF
<input type="checkbox"/> Taggeld (selbstständigerwerbend) CHF ..... ab Tag .....	CHF
<input type="checkbox"/> Taggeld (angestellt) CHF ..... ab Tag .....	CHF
<input type="checkbox"/> Taggeld (arbeitslos) CHF ..... ab Tag .....	CHF
<input type="checkbox"/> Taggeld (haushaltsführend) CHF ..... ab Tag .....	CHF
<input type="checkbox"/> ..... % ab Tag .....	%
<input type="checkbox"/> ..... % ab Tag .....	%
<b>Total Monatsprämie</b>	<b>CHF</b>

\*seperates Formular ausfüllen / \*\*separate Gesundheitserklärung ausfüllen

**Versicherungs-Aufhebung**

**Monats-Prämie**

<input type="checkbox"/> Obligatorium mit Unfall		CHF
<input type="checkbox"/> Obligatorium ohne Unfall		CHF
<input type="checkbox"/> BU/NBU versichert. Arbeitgeber:		
<input type="checkbox"/> Plus mit Unfall**		CHF
<input type="checkbox"/> Ambulant Plus mit Unfall**		CHF
<input type="checkbox"/> Plus Privat mit Unfall**		CHF
<input type="checkbox"/> P3 Allgemeine Versicherung mit Unfall** (Eintrittsstufe: )		CHF
<input type="checkbox"/> P2 Halbprivate Versicherung mit Unfall** (Eintrittsstufe: )		CHF
<input type="checkbox"/> P1 Private Versicherung mit Unfall** (Eintrittsstufe: )		CHF
<input type="checkbox"/> Patientenrechtsschutz-Versicherung		CHF
<input type="checkbox"/> Dental Versicherung*/**		CHF
Versicherungsvariante: %		
max. CHF:		
Franchise CHF:		
<input type="checkbox"/> UTI (Unfall-Tod- und Invaliditätsversicherung)		CHF
<input type="checkbox"/> Todesfallkapital:		
<input type="checkbox"/> Invaliditätskapital:		
die Todesfallsumme für mein Kind wird spätestens ab dem 1. Januar nach Vollendung des Alters 2.5 Jahre automatisch erhöht auf:	<input type="checkbox"/> CHF 10'000.-	<input type="checkbox"/> CHF 20'000.-
<input type="checkbox"/> KTI (Krankheits-Tod- und Invaliditätsversicherung)*/**		CHF
<input type="checkbox"/> Todesfallkapital:		
<input type="checkbox"/> Invaliditätskapital:		
<input type="checkbox"/> Krankheit: <input type="checkbox"/> Unfall:		
die Todesfallsumme für mein Kind wird spätestens ab dem 1. Januar nach Vollendung des Alters 2.5 Jahre automatisch erhöht auf:	<input type="checkbox"/> CHF 20'000.-	
<input type="checkbox"/> Obligatorische Krankengeldversicherung (nur Krankheit)		
<input type="checkbox"/> CHF ..... ab Tag .....		CHF
<input type="checkbox"/> CHF ..... ab Tag .....		CHF
<input type="checkbox"/> ..... % ab Tag .....		%
<input type="checkbox"/> ..... % ab Tag .....		%
<input type="checkbox"/> Freiwillige Krankengeldversicherung		
<input type="checkbox"/> ohne Unfall <input type="checkbox"/> mit Unfall		CHF
<input type="checkbox"/> Taggeld (selbstständigerwerbend) CHF ..... ab Tag .....		CHF
<input type="checkbox"/> Taggeld (angestellt) CHF ..... ab Tag .....		CHF
<input type="checkbox"/> Taggeld (arbeitslos) CHF ..... ab Tag .....		CHF
<input type="checkbox"/> Taggeld (haushaltsführend) CHF ..... ab Tag .....		CHF
<input type="checkbox"/> ..... % ab Tag .....		%
<input type="checkbox"/> ..... % ab Tag .....		%
<b>Total Monatsprämie</b>		<b>CHF</b>

\*seperates Formular ausfüllen / \*\*separate Gesundheitserklärung ausfüllen

## Weitere Dienstleistungen

### UTI (Unfall-Tod- und Invaliditätsversicherung)

UTI leistet bei Invalidität oder Tod durch Unfall eine vereinbarte Kapitalzahlung. Durch Progression können die IV-Leistungen bis 3 ½ mal höher ausfallen. Die Leistungen werden unabhängig von anderen Versicherungen erbracht.

### KTI (Krankheits-Tod- und Invaliditätsversicherung)

KTI leistet unabhängig von Sozialversicherungen bei Invalidität oder Tod durch Krankheit eine vereinbarte Kapitalzahlung. Das Unfallrisiko ist zusätzlich versicherbar. Bei Erwerbsunfähigkeit werden die Prämien im Verhältnis zum IV-Grad gekürzt (Prämienbefreiung). Die Höhe der Leistungen kann für Tod und Invalidität separat und individuell in Abstufungen von jeweils CHF 10'000.- bestimmt werden.

### Patientenrechtsschutz-Versicherung

Die Patientenrechtsschutzversicherung kostet den Versicherten nur CHF 1.- pro Monat und Familie. Die Patientenrechtsschutzversicherung ist eine Ergänzung zur Heilungskostenversicherung. Sie schützt Familien und Einzelpersonen bei Streitigkeiten mit Ärzten, Zahnärzten, Chiropraktoren, Spitälern, Apotheken und anderen anerkannten Leistungserbringern im Gesundheitswesen.

[www.fkb.li](http://www.fkb.li)

- Ich wünsche einen Prämienvergleich (Offerte). Bitte nehmen Sie mit mir Kontakt auf.
- Ich wünsche Unterlagen über die Zusatzversicherung «UTI» (Unfall-Tod- und Invaliditätsversicherung).
- Ich wünsche Unterlagen über die Zusatzversicherung «KTI» (Krankheits-Tod- und Invaliditätsversicherung).
- Ich wünsche Unterlagen über die Zusatzversicherung «Patientenrechtsschutz-Versicherung».
- Ich wünsche ein Beratungsgespräch. Bitte nehmen Sie mit mir Kontakt auf.