

Versicherungsantrag

☐ Neuaufnahme per:

Bisher versichert bei:

☐ Vermittler:

Mitglieder-Nr.:

Familien-Nr.:

Personalien

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Tel. Privat:

Tel. Geschäft:

Tel. Mobil:

E-Mail:

☐ Austritt per:

Neu versichert bei:

☐ Vorgeburtliche Anmeldung

Datum/Visum SachbearbeiterIn:

Familienoberhaupt:

Kollektiv-Vertrag-Nr.:

männlich ☐ weiblich ☐

☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ ledig ☐ geschieden

Staatszugehörigkeit:

Art der Tätigkeit/Beruf:

Arbeitgeber:

Adresse:

PLZ/Ort:

Zustelladresse (falls abweichend von Wohnadresse)

Strasse/Nr.:

Adresszusatz:

PLZ/Ort:

Wohnadresse

Strasse/Nr.:

Adresszusatz:

PLZ/Ort:

Zahlungsverkehr

☐ Prämienzahler Mitglied

☐ Prämienzahler:

☐ Zahlungsart: LSV* (Verzicht auf monatliche Rechnung bei LSV-Zahlung)

☐ Zahlungsart: DD* (Verzicht auf monatliche Rechnung bei DD-Zahlung)

☐ Zahlungsart: Einzahlungsschein

☐ Prämienzahler Arbeitgeber

☐ Inkassoperiode: monatlich

☐ Inkassoperiode: zweimonatlich

☐ Inkassoperiode: quartalsweise

☐ Inkassoperiode: halbjährlich

☐ Inkassoperiode: jährlich

Name der Bank:

IBAN:

BIC:

SWIFT:

KontoinhaberIn:

☐ bisherige Zahlungsverbindung aufheben

☐ LSV/DD aufheben

Bemerkungen

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-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.

Hiermit bestätige ich, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Ergänzenden Versicherungsbestimmungen, die Gemeinsamen Versicherungsbestimmungen, die Leistungsübersichten, die Produktblätter, die Kundeninformation, die Datenschutzerklärung und die Statuten für die beantragten Versicherungsprodukte erhalten oder heruntergeladen zu haben und diese zu anerkennen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich ebenfalls, falls die Unfalldeckung ausgeschlossen wurde, dass ich über meinen Arbeitgeber gegen Berufs- und Nichtberufsunfall versichert bin.

Falls das in diesem Antrag genannte Familienoberhaupt nicht der versicherten Person entspricht, bestätige ich als volljährig versicherte Person, dass das in diesem Antrag genannte Familienoberhaupt uneingeschränkter Zugang zu allen Versicherungs- und Leistungsdaten hat.

Ort und Datum

Unterschrift

Versicherungen			Monats-Prämie
☐ OKP mit Unfall	☐ Erweiterte OKP mit Unfall	Franchise CHF	CHF
☐ OKP ohne Unfall	☐ Erweiterte OKP ohne Unfall	Franchise CHF	CHF
☐ BU/NBU versichert. Arbeitgeber:			
☐ Plus mit Unfall**			CHF
☐ Plus Privat mit Unfall**			CHF
☐ P3 Allgemeine Versicherung mit Unfall** (Eintrittsstufe:)			CHF
☐ P2 Halbprivate Versicherung mit Unfall** (Eintrittsstufe:) Franchise CHF			CHF
☐ P1 Private Versicherung mit Unfall** (Eintrittsstufe:) Franchise CHF			CHF
☐ Patientenrechtsschutz-Versicherung			CHF
☐ Dental Versicherung*/**			CHF
Versicherungsvariante: %			
max. CHF:			
Franchise CHF			
☐ UTI Unfallversicherung für Tod und Invalidität			CHF
☐ Todesfallkapital:			
☐ Invaliditätskapital:			
die Todesfallsumme für mein Kind wird spätestens ab dem 1. Januar nach Vollendung			
des Alters 3 Jahre automatisch erhöht auf: ☐ CHF 10 000.- ☐ CHF 20 000.-			
☐ Obligatorische Krankengeldversicherung (nur Krankheit)			
☐ CHF ab Tag			CHF
☐ CHF ab Tag			CHF
☐ Freiwillige Krankengeldversicherung**			
☐ ohne Unfall ☐ mit Unfall			CHF
☐ Taggeld (selbstständigerwerbend)	CHF	ab Tag	CHF
☐ Taggeld (angestellt)	CHF	ab Tag	CHF
☐ Taggeld (arbeitslos)	CHF	ab Tag	CHF
☐ Taggeld (haushaltsführend)	CHF	ab Tag	CHF
Total Monatsprämie			CHF



Gagoz 75
Postfach 363
FL-9496 Balzers

Tel. +423 388 19 90
Fax +423 388 19 91

www.fkb.li
info@fkb.li