

## Versicherungsänderungs-Antrag

Versicherungsänderung per:

Austritt per:

Vermittler:

Neu versichert bei:

Datum/Visum SachbearbeiterIn:

Mitglieder-Nr.:

Kollektiv-Vertrag-Nr.:

Familien-Nr.:

Familienoberhaupt:

### Personalien

Familienname:

männlich  weiblich

Vorname:

verheiratet  verwitwet  ledig  geschieden

Geburtsdatum:

Staatszugehörigkeit:

Tel. Privat:

Art der Tätigkeit/Beruf:

Tel. Geschäft:

Arbeitgeber:

Tel. Mobil:

Adresse:

E-Mail:

PLZ/Ort:

### Zustelladresse (falls abweichend von Wohnadresse)

### Wohnadresse

Strasse/Nr.:

Strasse/Nr.:

Adresszusatz:

Adresszusatz:

PLZ/Ort:

PLZ/Ort:

### Zahlungsverkehr

Prämienzahler Mitglied

Prämienzahler Arbeitgeber

Prämienzahler:

Inkassoperiode: monatlich

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

Inkassoperiode: zweimonatlich

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

Inkassoperiode: quartalsweise

Zahlungsart: Einzahlungsschein

Inkassoperiode: halbjährlich

Inkassoperiode: jährlich

Name der Bank:

IBAN:

BIC: SWIFT:

bisherige Zahlungsverbindung aufheben

KontoinhaberIn:

LSV/DD aufheben

Versichertenkarte bestellen

Einführung in Familie Nr.:

Trennung aus Familie Nr.:

Prämienzahlung durch Arbeitgeber

Selbstzahler

Sistierung Zusatzversicherungen

Aufhebung Sistierung Zusatzversicherungen

Übertritt Einzel- in Kollektivversicherung

Kollektivvertrag:

Übertritt Kollektiv- in Kollektivversicherung

Kollektivvertrag:

Übertritt Kollektiv- in Einzelversicherung

Rest bleibt unverändert

**Unterschrift auf Seite 4 →**

**Versicherungs-Abschluss**

**Monats-Prämie**

<input type="checkbox"/> OKP mit Unfall	<input type="checkbox"/> Erweiterte OKP mit Unfall	Franchise CHF <input type="text"/>	CHF
<input type="checkbox"/> OKP ohne Unfall	<input type="checkbox"/> Erweiterte OKP ohne Unfall	Franchise CHF <input type="text"/>	CHF
<input type="checkbox"/> BU/NBU versichert. Arbeitgeber:			
<input type="checkbox"/> Plus mit Unfall**			CHF
<input type="checkbox"/> Plus Privat mit Unfall**			CHF
<input type="checkbox"/> P3 Allgemeine Versicherung mit Unfall**	(Eintrittsstufe: <input type="text"/> )		CHF
<input type="checkbox"/> P2 Halbprivate Versicherung mit Unfall**	(Eintrittsstufe: <input type="text"/> )	Franchise CHF <input type="text"/>	CHF
<input type="checkbox"/> P1 Private Versicherung mit Unfall**	(Eintrittsstufe: <input type="text"/> )	Franchise CHF <input type="text"/>	CHF
<input type="checkbox"/> Patientenrechtsschutz-Versicherung			CHF
<input type="checkbox"/> Dental Versicherung*/**			CHF
Versicherungsvariante: <input type="text"/> %			
max. CHF: <input type="text"/>			
Franchise CHF <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> UTI Unfallversicherung für Tod und Invalidität			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 10000.- <input type="checkbox"/> CHF 20000.-			
<input type="checkbox"/> Obligatorische Krankengeldversicherung (nur Krankheit)			
<input type="checkbox"/> CHF ..... ab Tag .....			CHF
<input type="checkbox"/> CHF ..... ab Tag .....			CHF
<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
<b>Total Monatsprämie</b>			<b>CHF</b>

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

**Versicherungs-Aufhebung**

**Monats-Prämie**

<input type="checkbox"/> OKP mit Unfall	<input type="checkbox"/> Erweiterte OKP mit Unfall	Franchise CHF <input type="text"/>	CHF
<input type="checkbox"/> OKP ohne Unfall	<input type="checkbox"/> Erweiterte OKP ohne Unfall	Franchise CHF <input type="text"/>	CHF
<input type="checkbox"/> BU/NBU versichert. Arbeitgeber:			
<input type="checkbox"/> 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: )	Franchise CHF <input type="text"/>	CHF
<input type="checkbox"/> P1 Private Versicherung mit Unfall	(Eintrittsstufe: )	Franchise CHF <input type="text"/>	CHF
<input type="checkbox"/> Patientenrechtsschutz-Versicherung			CHF
<input type="checkbox"/> Dental Versicherung			CHF
Versicherungsvariante: %			
max. CHF:			
Franchise CHF <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> UTI Unfallversicherung für Tod und Invalidität			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 10000.- <input type="checkbox"/> CHF 20000.-			
<input type="checkbox"/> KTI Kapital-Versicherungsdeckung für Tod und Invalidität infolge Krankheit und Unfall */**			CHF
<input type="checkbox"/> Todesfallkapital:			
<input type="checkbox"/> Invaliditätskapital:			
<input type="checkbox"/> Krankheit: <input type="checkbox"/> Unfall:			
<input type="checkbox"/> Obligatorische Krankengeldversicherung (nur Krankheit)			
<input type="checkbox"/> CHF ..... ab Tag .....			CHF
<input type="checkbox"/> CHF ..... ab Tag .....			CHF
<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
<b>Total Monatsprämie</b>			<b>CHF</b>

### 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 medizinial- 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.

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 Unfaldeckung 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

## Weitere Dienstleistungen

### UTI Unfallversicherung für Tod und Invalidität

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.

### 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».
- Ich wünsche Unterlagen über die Zusatzversicherung «Patientenrechtsschutz-Versicherung».
- Ich wünsche ein Beratungsgespräch. Bitte nehmen Sie mit mir Kontakt auf.