

## Versicherungsantrag

Neuaufnahme per:

Bisher versichert bei:

Vermittler:

Mitglieder-Nr.:

Familien-Nr.:

### Personalien

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Tel. Privat:

Tel. Geschäft:

Tel. Mobil:

E-Mail:

### Zustelladresse (falls abweichend von 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

Name der Bank:

IBAN:

BIC:

SWIFT:

KontoinhaberIn:

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:

### Wohnadresse

Strasse/Nr.:

Adresszusatz:

PLZ/Ort:

Prämienzahler Arbeitgeber

Inkassoperiode: monatlich

Inkassoperiode: zweimonatlich

Inkassoperiode: quartalsweise

Inkassoperiode: halbjährlich

Inkassoperiode: jährlich

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- 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

---

Versicherungen	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 10 000.- <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"/> 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



Gagoz 75  
Postfach 363  
FL-9496 Balzers

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

[www.fkb.li](http://www.fkb.li)  
[info@fkb.li](mailto:info@fkb.li)