



Antrag auf Beitragsreduktion

Versicherungs-Nr.

Versicherungsnehmer

Frau Herr Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort, Land

Telefonnummer

Email

Antrag auf Beitragsreduktion

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.

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

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer