



Antrag auf eine einmalige Zuzahlung

Policen-Nr.

Versicherungsnehmer/in

Frau Herr Name, Vorname

Strasse, Haus-Nr.

PLZ, Ort, Land

Geburtsdatum

E-Mail

Antrag auf einmalige Zuzahlung

Hiermit beantrage ich für meinen oben genannten Versicherungsvertrag am _____ (Zahlungsdatum) eine einmalige Zuzahlung in Höhe von _____ CHF zu tätigen. Der Mindestbetrag für eine Zuzahlung beläuft sich auf CHF 500.00 (bei 3a: maximal bis zum gesetzlichen Höchstbeitrag).

Die Zuzahlung soll wie folgt investiert werden:

wie die laufende Prämie im bestehenden Vertrag mit oben genannter Versicherungs-Nr.
gemäss der folgenden Anlagestrategie

Fondsname

	Valoren-Nr.	Anteil in %
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Die Zuzahlungsprämie wird von Ihnen per Überweisung auf das Konto der St. Galler Kantonalbank AG mit der IBAN: CH83 0078 1604 2105 2200 9 getätigt. Bitte geben Sie bei der Überweisung Ihre Versicherungsnummer an.

Die Prämienzahlung erfolgt durch:

den Versicherungsnehmer

den im Antrag genannten Prämienzahler (falls abweichend vom Versicherungsnehmer, nur bei 3b)

Name, Geb. Datum, Beruf, Adresse, Staatsangehörigkeit; Bitte Ausweiskopie beilegen)

Ursprung der eingebrachten Vermögenswerte:

Berufliches Einkommen

Sonstiges:

Bitte beachten Sie, dass bei Erreichen gewisser betragslicher Grenzen die Gesundheitsklärung eingereicht werden muss. Den Gesundheitsfragebogen finden Sie bei uns auf der Homepage (www.liechtensteinlife.com) im Formularcenter Säule 3a: Bei Verträgen der Säule 3a gelten die Einschränkungen gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Unterschrift

**Die Zuzahlung ist kostenpflichtig. Die Bearbeitungsgebühr beträgt CHF 10.00.
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.**

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/in