



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
	<div style="background-color: #cccccc; width: 100%; height: 40px;"></div>