



## Antrag auf eine einmalige Zuzahlung

Versicherungs-Nr.

### Versicherungsnehmer

Frau Herr Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort, Land

Email

### Antrag auf eine einmalige Zuzahlung

Hiermit beantrage ich für meinen oben genannten Versicherungsvertrag am (Zahlungsdatum) eine einmalige

Zuzahlung in Höhe von EUR zu tätigen. (Mindestbeitrag EUR 100,00)

Die Zuzahlung soll wie folgt investiert werden:

wie der laufende Beitrag im bestehenden Vertrag mit oben genannter Versicherungs-Nr.

gemäß der folgenden Anlagestrategie

% in	Fonds-Name	WKN/ISIN
% in	Fonds-Name	WKN/ISIN
% in	Fonds-Name	WKN/ISIN
% in	Fonds-Name	WKN/ISIN

Der zu zahlende Betrag wird per Überweisung auf das Konto der biw AG mit der **IBAN DE33101308001007224132** getätigt. Die Beitragszahlung erfolgt durch:

den Versicherungsnehmer

den im Antrag genannten Beitragszahler (falls abweichend vom Versicherungsnehmer)

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

Ursprung der eingebrachten Vermögenswerte:

Berufliches Einkommen

Sonstiges:

### Frage an die versicherte Person:

(nur zu beantworten bei einem Todesfallschutz von mind. 100% und immer bei einer Zuzahlung ab EUR 6.000,00)

1. Bestehen oder bestanden innerhalb der letzten 10 Jahre eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen/  
 Gesundheitsstörungen: Herzinfarkt, Erkrankungen der Herzkranzgefäße, der Herzklappen, Herzmuskelschaden,  
 Bypass-Operation, Schlaganfall, Krebs/ Leukämie, Multiple Sklerose, Diabetes mellitus, HIV-Infektion (AIDS)? Ja    Nein
- Der bestehende Vertrag bleibt von dieser Gesundheitsfrage unberührt.

**Todesfallschutz:** Die bisherige Todesfallsumme entspricht dem von Ihnen gewählten Prozentsatz der Beitragssumme. Durch die Zuzahlung erhöht sich die Todesfallsumme gemäß diesem Prozentsatz (z.B.: Gewählter Todesfallschutz 60%, nachträgliche Zuzahlung von EUR 1.000,00 => Todesfallsumme erhöht sich um EUR 600,00).

### Unterschriften

Die Zuzahlung ist kostenpflichtig. Die Bearbeitungsgebühr beträgt EUR 10,00. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben. **Für die Zuzahlung in meinen Versicherungsvertrag verzichte ich iSd § 6 Abs. 4 VVG ausdrücklich auf eine Beratung durch die Liechtenstein Life Assurance AG.**

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Unterschrift des Versicherungsnehmers