



# Antrag auf Wiederaufnahme der Beitragszahlung

Versicherungs-Nr.

## Versicherungsnehmer

Frau Herr	Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Haus-Nr.		PLZ, Ort, Land
		Email

Hiermit beantrage ich die Wiederaufnahme der Beitragszahlung für meinen oben genannten Versicherungsvertrag und wünsche folgende zukünftige Zahlungsweise:

Dauerauftrag

SEPA-Lastschriftverfahren und erteile Ihnen ab sofort eine neue Einzugsermächtigung von folgendem Konto:

IBAN

Der Kontoinhaber

bleibt gleich

(Sofern ich als Versicherungsnehmer nicht Kontoinhaber bin, werde ich die Aktivierung eines bestehenden SEPA-Lastschriftmandats an den Kontoinhaber weiterleiten.)

ändert sich (Bitte Personalausweis des Kontoinhabers beilegen!)

(Wenn sich der Kontoinhaber ändern sollte, so bedarf es eines neuen, schriftlichen SEPA Lastschriftmandats. Das entsprechende Formular, das mit einer neuen Mandatsreferenznummer versehen ist, werden wir Ihnen zusenden.)

Ich möchte die Beitragszahlung ab dem (Datum) aufnehmen.

## Wichtiger Hinweis

Im Rahmen der Wiederaufnahme der Beitragszahlung bitten wir Sie, uns nachfolgende Fragen zu beantworten. Ihre Angaben sind Grundlage für die weitere Bearbeitung Ihres Antrages auf Wiederaufnahme der Beitragszahlung. Mit Ihren Antworten tragen Sie in einem ausgesprochen bedeutenden Maße dazu bei, uns die Beurteilung des von uns zu übernehmenden Versicherungsrisikos zu ermöglichen. Wichtig für uns ist dabei die Angabe aller Ihnen bekannten Gefahrumstände, die für unsere Entscheidung zur Risikoübernahme erheblich sind. Wir fragen Sie daher nachfolgend nach allen Umständen, die Einfluss auf einen möglichen Eintritt des versicherten Risikos haben könnten.

Bitte beachten Sie, dass Sie gesetzlich verpflichtet sind, uns bei einem derzeit gekündigten Vertrag und der nun beauftragten Wiederaufnahme der Beitragszahlung alle Ihnen bekannten Umstände zu jeder der nachfolgend gestellten Fragen sorgfältig, vollständig und ausführlich anzugeben. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Allein auf diesem Wege erreichen Sie einen individuell auf Sie abgestellten und wirkamen Versicherungsschutz.

**Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder nicht vollständig beantworten, kann dies dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren oder dass später Vertragsanpassungen – auch rückwirkend – notwendig werden. Wir möchten dies gerne vermeiden, müssten aber bei Verletzung Ihrer Anzeigepflicht im Interesse der anderen Versicherten von rechtlichen Maßnahmen wie z.B. Rücktritt vom Vertrag oder Anfechtung des Vertrages oder auch Verweigerung der beantragten Leistung Gebrauch machen. Bitte tragen Sie durch Ihre Antworten zu einem für Sie dauerhaft wirksamen Versicherungsschutz bei.**

## Risikofragen

### Fragen an die versicherte Person:

- 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  
Falls ja, Arztberichte oder weitere Informationen liegen bei. Ja

Die Frage 2 ist nur zu beantworten, wenn Sie die **Zusatzversicherung Kinder-Vorsorge** eingeschlossen haben:

### Frage zu dem versicherten Kind:

- Wurden bei Ihrem Kind z.B. in einer der Vorsorgeuntersuchungen U1-U9 schwere Erkrankungen, Erbkrankheiten,  
eine HIV-Infektion oder eine dauernde Behinderung (Behinderungsgrad > 50%) festgestellt? Ja    Nein



Die Fragen 3 bis 6 sind nur zu beantworten, wenn Sie die **Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung** eingeschlossen haben:

Ich übe derzeit den folgenden Beruf aus:      angestellt      verbeamtet      selbstständig      freiberuflich

3. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren eine oder mehrere der folgenden Gesundheitsstörungen: Wirbelsäulen- oder Gelenkleiden, Depressionen, Psychosen, Lähmungen, Rheuma, Asthma, Unfallfolgen mit einem Behinderungsgrad von mehr als 25%?      Ja      Nein

4. Sind Sie in den vergangenen 24 Monaten länger als 4 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig gewesen?      Ja      Nein

5. Beziehen oder bezogen Sie während der letzten 5 Jahre Berufsunfähigkeitsleistungen oder eine Unfallrente oder wurden solche beantragt bzw. wurde eine beantragte Berufsunfähigkeitsversicherung abgelehnt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen?      Ja      Nein

Falls ja, Arztberichte oder weitere Informationen liegen bei.      Ja

5. Größe      cm      Gewicht      kg

**Unterschriften**

Die Wiederaufnahme der Beitragszahlung ist kostenpflichtig. Die Gebühr beträgt EUR 20,00.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben und dass ich die unter dem Punkt „Wichtiger Hinweis“ genannten Informationen verstanden und zur Kenntnis genommen habe.

**Zur Wiederinkraftsetzung meines Versicherungsvertrages 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

Ort, Datum      Datum Unterschrift des Kontoinhabers

(falls abweichend vom VN)