



Ergänzung zum Versicherungsantrag

auf Abschluss einer \_\_\_\_\_-Versicherung

Vertragsbeginn

0 1 | | 2 0 | |

Angaben zum Antragsteller

PNR des Antragstellers (wenn bekannt)

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

Herr  Frau

Name/Title/Firmenname, Gesellschaftsform \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Postfach/ Zustellergänzung \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort \_\_\_\_\_

### SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften

- für vom **Antragsteller** abweichende Beitragszahler

für wiederkehrende Zahlungen

- für ein **ausländisches** Geldinstitut

für einmalige Zahlung

einziehende Gesellschaft: **ADVIGON Versicherung AG**

**Pflugstraße 20**

**LI 9490 Vaduz**

Gläubiger-Identifizierungs-Nummer: LI70 ZZZO 0000 0000 10

Mandatsreferenz wird/ist die Versicherungsnummer

Angaben zum Beitragszahler

PNR des Beitragszahlers (wenn bekannt)

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

Herr  Frau

Name des/der Beitragszahler/s \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Postfach/ Zustellergänzung \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort \_\_\_\_\_

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Advigon Versicherung AG Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich meinen/weisen wir unseren Zahlungsdienstleister an, die von Advigon Versicherung AG auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsdienstleister (Name des Geldinstituts)

\_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

IBAN: DE Prüfziffer Bankleitzahl Konto-Nummer

ausländisches Geldinstitut:

IBAN: \_\_\_\_\_  
Ländercode

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Beitragszahler/s

\_\_\_\_\_

