



ADVIGON

Ergänzung zum Versicherungsantrag

auf Abschluss einer _____-Versicherung

Vertragsbeginn

0 1 | | | 2 0 | | |

Angaben zum Antragsteller

PNR des Antragstellers (wenn bekannt)

Herr Frau

Name/Titel/Firmenname, Gesellschaftsform

Vorname

Straße, Postfach/ Zustellergängung

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 ZZZ0 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/ Zustellergängung

Haus-Nr.

Geburtsdatum

Postleitzahl, Wohnort

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

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 verein barten Bedingungen.

Zahlungsdienstleister (Name des Geldinstituts)

BIC

Prüfziffer Bankleitzahl

Konto-Nummer

IBAN: DE

ausländisches Geldinstitut:

IBAN:

Länder-Code

Ort, Datum

Unterschrift des/der Beitragszahler/s

