



# 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**  
**Drescheweg 1**  
**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 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

\_\_\_\_\_

Prüfziffer Bankleitzahl

Konto-Nummer

IBAN: DE

\_\_\_\_\_

ausländisches Geldinstitut:

IBAN:

\_\_\_\_\_

Länder-Code

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Beitragszahler/s

\_\_\_\_\_

