

SEPA-Lastschriftmandat

Vertragsführende Gesellschaft **SIKURA LEBEN AG**
Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer **LI 63 ZZZ 0000000039**

Der Kontoinhaber erteilt je Vertrag ein Mandat für das entsprechende Unternehmen. Folgende Verträge sind davon betroffen:

Versicherungsscheinnummer

Ich ermächtige die vertragsführende Gesellschaft der SIKURA LEBEN AG, alle Forderungen zu diesem Vertrag (insbesondere Beiträge, Zinsen, Gebühren) bei Fälligkeit von meinem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Diese Ermächtigung gilt auch für künftige Änderungen zu diesem Vertrag (z. B. Abschluss weiterer Versicherungsbausteine).

Mein Kreditinstitut weise ich an, die wiederkehrenden Lastschriften der vertragsführenden Gesellschaft einzulösen, die von meinem Konto eingezogen werden.

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich werde spätestens drei Tage vor der ersten oder jeder veränderten Abbuchung über die künftigen Fälligkeiten und Abbuchungsbeträge informiert. Meine Mandatsreferenznummer(n) erhalte ich mit der Information vor dem ersten SEPA-Lastschrifteinzug.

Kontoinhaber

Versicherungsnehmer wiederkehrende Zahlungen

Name Vorname

Geburtsdatum Strasse, Nr.

PLZ, Ort Land

Telefon Email

Beziehung zum Versicherungsnehmer

Kreditinstitut

Name

SWIFT BIC (8 oder 11 Stellen) IBAN (max. 35 Stellen)

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer 1

Unterschrift Versicherungsnehmer 2

Bitte senden Sie das Formular an: **SIKURA LEBEN AG, Gewerbeweg 15, 9490 Vaduz, Liechtenstein**