

Einzugsermächtigung SEPA Lastschrift-Mandat

Nummer des Antrags / Vertrags _____

Antragsteller / Versicherungsnehmer

Name, Vorname _____

Straße, Nr. _____

Land, PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____

Kontoinhaber / Prämienzahler

Name, Vorname _____

Straße, Nr. _____

Land, PLZ, Ort _____

Belastungsermächtigung Bank

Creditor ID: AT15ZZZ00000003837

Ich ermächtige elipsLife, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von elipsLife auf mein Konto gezogenen SEPA Lastschriften einzulösen.

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 bin einverstanden, dass elipsLife meine Prämie gemäß meinem Versicherungsvertrag jeweils einzieht, ohne mich vorgängig über den Einzug zusätzlich zu informieren.

Mandatsreferenz _____ (wird von elipsLife eingefüllt)

IBAN _____

BIC _____

Bankname _____

Adresse _____

PLZ, Ort _____

Ort, Datum

Name, Vorname Kontoinhaber
(in Blockschrift)

Unterschrift Kontoinhaber



Zahlungsempfänger:

Elips Life AG, Industriestrasse 56, 9491 Ruggell, Liechtenstein

Kontaktinformationen

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:

Elips Life AG
Privatkunden
Industriestrasse 56
9491 Ruggell
Liechtenstein

Email: private.services@swisslife.com

