



Rücknahme Kündigung

Versicherungs-Nr.

Versicherungsnehmer

Frau Herr Name, Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort, Land

Geburtsdatum

Telefonnummer

Email

Aktivierung / Kontoänderung

Hiermit nehme ich die Kündigung meines oben genannten Versicherungsvertrages zurück. Ich behalte eine etwaige Zahlweise per Dauerauftrag bei / ermächtige die Liechtenstein Life Assurance AG - Gläubiger-Identifikationsnummer (AT31ZZZ00000014607) auf Grund des bestehenden SEPALastschriftmandats ab sofort und bis auf Widerruf von dem unten genannten Konto abzubuchen (bitte Zutreffendes ankreuzen).

Zahlweise per

Dauerauftrag

SEPA-Lastschriftverfahren und erteile Ihnen ab sofort eine neue Einzugsermächtigung von folgendem Konto:

IBAN

Eventuell ausstehende Beiträge können nach Erhalt dieser Ermächtigung sofort und später zu den zwischen Ihnen und der vermittelnden Gesellschaft vereinbarten Fälligkeitsterminen eingezogen werden.

Kontoinhaber

bleibt gleich

(Sofern ich als Vertragsinhaber nicht Kontoinhaber bin, werde ich die Aktivierung eines bestehenden SEPA-Lastschriftmandats an den Kontoinhaber weiterleiten.)

ändert sich (Bitte Personalausweis des Kontoinhabers beilegen!)

(Wenn sich der Kontoinhaber ändern sollte, so bedarf es eines neuen, schriftlichen SEPA Lastschriftmandats. Das entsprechende Formular, das mit einer neuen Mandatsreferenznummer versehen ist, werden wir Ihnen im Namen Ihrer vermittelnden Gesellschaft zusenden.)

Unterschriften

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Unterschrift Kontoinhaber

(falls abweichend vom Versicherungsnehmer)



Ihr Feedback

Bester Service bedeutet zufriedene Kunden. Ihre Meinung ist uns daher sehr wichtig. Wir freuen uns, wenn Sie uns mit der Beantwortung der nachfolgenden Fragen dabei unterstützen.

Versicherungs-Nr.

Fragen an die versicherte Person:

- | | | |
|--|----|------|
| 1. Sind Gründe finanzieller Natur für Ihre Kündigung ausschlaggebend? | Ja | Nein |
| 2. Gab es andere Beweggründe für Ihre Kündigung?
Wenn ja, welche? | Ja | Nein |
| 3. Wurden Sie über Alternativen zu Ihrer Kündigung aufgeklärt?
(wie z.B. Teilauszahlung, Beitragspause, Beitragsfreistellung) | Ja | Nein |
| 4. Haben Berichte in öffentlichen Medien Sie in Ihrer Entscheidung beeinflusst?
Wenn ja, konkretisieren Sie bitte durch welche? | Ja | Nein |
| 5. Wurde Ihnen ein alternatives Produkt vorgeschlagen?
Wenn ja, welches und von wem? | Ja | Nein |
| 6. Wollen Sie uns sonst noch etwas mitteilen? | | |

Unterschriften

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer