

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Wiederkehrende Zahlungen / Recurrent Payments

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

Zahlungsempfänger

Mandatsreferenz / Vertragsnummer

Zahlungsempfänger (Anschrift)

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/Wir ermächtige(n)

den Versicherer _____
(bitte einsetzen)

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von
dem Versicherer _____
(bitte einsetzen)

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

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

Angaben zum Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Name des Zahlungspflichtigen

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Land

Name der Bank

IBAN

BIC ¹

D E

¹ Hinweis: Die Angabe des BIC ist nur bei Konten außerhalb Deutschlands erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber