

# SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

## Versicherungsgesellschaft

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Creditor-ID \_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige ich die oben genannte Versicherung, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Versicherung auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

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

## Versicherungsnehmer:in

Vorname / Familienname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Name Kreditinstitut \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Polizzennummer \_\_\_\_\_

O gilt auch für alle übrigen Polizzen

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

X

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Konto-Zeichnungsberechtigte:r