Formular: SEPA-Mandat

An die _____

_____

_____

Versicherungsschein Nr.: _____

Versicherungsnehmer: _____

Versicherte Person: _____

SEPA-Lastschriftmandat
Mit diesem Formular wird die o.g. Gesellschaft zum Lastschrifteinzug ermächtigt. Dieses wird den Kontoinhaber rechtzeitig vor dem Einzug einer SEPA-Lastschrift informieren.

Daten des Kontoinhabers
Anrede: _____

Name, Vorname, Firma: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Die Gesellschaft wird ermächtigt Zahlungen von nachstehendem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich wird das Kreditinstitut angewiesen, die von der Gesellschaft auf das Konto gezogene Lastschrift einzulösen.
Der Kontoinhaber kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Sofern Sie als Beitragszahler nicht zugleich der Versicherungsnehmer sind, gilt zusätzlich: Sie haben den Versicherungsnehmer mit Antragstellung beauftragt und bevollmächtigt, alle Informationen betreffend den Zahlungsverkehr und diese SEPA Lastschriftmandat für Sie als Kontoinhaber entgegen zu nehmen und sind ausdrücklich damit einverstanden, dass jegliche Korrespondenz hierzu über den Versicherungsnehmer erfolgt.

Art der Zahlung: Wiederkehrende Lastschrift

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Kontoinhaber