

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Zahlungsempfänger

.....
.....

Prämienzahler (Verfügungsberechtigter des Kontos)

Anrede Frau Herr Firma

Nachname/Firmenname	Vorname
Adresse	IBAN
PLZ	Ort

gewünschte Zahlungsweise monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Die Ermächtigung gilt für folgende Polizzennummer(n)

Mit Ihrer Unterschrift ermächtigen Sie den Zahlungsempfänger, Zahlungen von Ihrem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen Sie Ihr Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf Ihr Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Sie können innerhalb von acht Wochen die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Die Frist beginnt mit dem Belastungsdatum. Es gelten dabei die mit Ihrem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum

Unterschrift Prämienzahler
(Verfügungsberechtigter des Kontos)