

Versicherungs-Nr. _____

Proxalto Lebensversicherung AG
20083 Hamburg

Versicherungsnehmer:

Name, Vorname bzw. Firma

Geburtsdatum

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer der Proxalto Lebensversicherung AG: DE 51 ZZZ 000000 28636
Mandatstyp: Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige die Proxalto Lebensversicherung AG, Adenauerring 7, 81737 München, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Proxalto Lebensversicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Der SEPA-Basislastschrift-Einzug wird mir spätestens 3 Kalendertage im Voraus unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine angekündigt.

Weitere Versicherungsnummer(n)

Angaben zum Kontoinhaber

Herr Frau Firma

Titel

Vorname

Nachname/Firmenname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

IBAN (Internationale Kontonummer)

Kreditinstitut

(Ort, Datum)

(Unterschrift Kontoinhaber)