

DIREKTE LEBEN Versicherung AG
70135 Stuttgart

SEPA-Lastschriftmandat **Versicherungs-Nr.** _____ **B50**

Versicherungsnehmer _____

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE90PLV00000009019

Ich ermächtige die DIREKTE LEBEN Versicherung AG, Rotebühlstraße 120, 70197 Stuttgart, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die von der DIREKTE LEBEN Versicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich bin damit einverstanden, dass mir der erste SEPA-Lastschrifteinzug spätestens fünf Geschäftstage zuvor angekündigt wird.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Mandatsreferenznummer wird mir separat mitgeteilt.

IBAN _____ BIC _____

1. Abbuchung zum

Vor- und Zuname des Kontoinhabers

Anschrift des Kontoinhabers

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt auch für die weiteren Versicherungen mit diesen Versicherungs-Nummern

Ort, Datum

X

Unterschrift des Kontoinhabers (Vor- und Zuname)