

# SEPA-Lastschriftmandat

Sparkassen DirektVersicherung AG, Kölner Landstraße 33, 40591 Düsseldorf

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE04ZZZ00000080213

## Sachgebiet: **Unfallversicherung**

Ich ermächtige die Sparkassen DirektVersicherung AG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Sparkassen DirektVersicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Beitrag und Zeitpunkt der Lastschrift werden dem Versicherungsnehmer mit den Vertragsunterlagen oder mit den Beitragsrechnungen spätestens am Vortag des Lastschritfeinzugs angekündigt. Zwischenzeitliche Zahlungen bzw. Beitragsgutschriften werden verrechnet. Fällt der Belastungstermin auf ein Wochenende oder auf einen Feiertag, verschiebt sich der Belastungstermin auf den nächsten Geschäftstag. Sollte das Konto zum Fälligkeitstermin nicht gedeckt sein, starten wir, sofern die Forderung noch besteht, einen zweiten Lastschriftversuch inkl. Rücklastschriftkosten.

Soweit Kontoinhaber/in und Versicherungsnehmer/in nicht identisch sind, gelten die Datenschutzhinweise unter [www.sparkassen-direkt.de/datenschutz](http://www.sparkassen-direkt.de/datenschutz) auch für einen abweichenden Kontoinhaber/in.

Dieses Mandat gilt für den zugrunde liegenden Vertrag mit der Versicherungsnummer:

---

Das Mandat gilt ab:

sofort

dem (TT.MM.JJJJ).

---

Vorname und Name (Versicherungsnehmer)

---

Vorname und Name (Kontoinhaber)

---

Straße und Hausnummer (Kontoinhaber)

---

Postleitzahl und Ort (Kontoinhaber)

---

IBAN (Konto)

---

BIC (BLZ)

Institut

---

Datum, Ort und Unterschrift des Kontoinhabers