

SEPA-Lastschriftmandat

Sparkassen DirektVersicherung AG, Kölner Landstr. 33, 40591 Düsseldorf

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer: DE04ZZZ00000080213

Sachgebiet: **Kraffahrtversicherung**

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 Lastschrifteinzugs 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.

Dieses Mandat gilt für den zugrunde liegenden Vertrag, mit der

VNR: _____

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