

SEPA-Lastschriftmandat für die Rechtsschutzversicherung

Deutsche Post 
ANTWORTProvinzial Versicherung AG
Abteilung Rechtsschutz
40195 DüsseldorfVersicherungsschein-Nr. Mandatsreferenz Gläubiger-ID

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen/weisen wir unseren genannten Zahlungsdienstleister an, die von Ihnen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

*Die mit einem Sternchen gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder.

Versicherungsnehmer

Vorname* Name*

Kontoinhaber/Zahler (falls abweichend)*

Vorname* Name* Straße und Nr.* PLZ* Ort*

Bankverbindung

Kreditinstitut* IBAN* BIC Ort* Datum* Unterschrift

Bitte beachten Sie: Mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Datenschutzvereinbarung auf dem Hinweisblatt erhalten haben. Liegt dieses SEPA-Mandat zur ersten Abbuchung nicht vor, wird der Vertrag automatisch auf Zahlung per Rechnung umgestellt, da für ein Lastschriftverfahren die rechtliche Grundlage fehlt.

Sehr geehrter Kontoinhaber, Sie haben Ihr Einverständnis erteilt, dass die Versicherungsbeiträge zu dem oben genannten Versicherungsvertrag von Ihrem Konto eingezogen werden können. Ihre personenbezogenen Daten (Name, Bank- und Kontodaten) werden auf der Grundlage des Art. 6 Abs. 1 a) DSGVO in Verbindung mit dem Versicherungsvertrag im Zusammenhang mit der Beitragszahlung verarbeitet. Weitere Informationen, insbesondere zu Ihren Rechten und zu den datenschutzrechtlichen Informationspflichten, können Sie dem anliegenden Merkblatt/Hinweisblatt entnehmen.