

# SEPA-LASTSCHRIFT-MANDAT (ERMÄCHTIGUNG)

<b>Zahlungsempfänger</b>	
<b>Creditor-ID</b>	

Ich/Wir ermächtige/n den Versicherer Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem Versicherer auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

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

Polizzenummer
Familienname
Straße, Hausnummer
Postleitzahl, Ort

<b>IBAN</b>
<input type="text"/>
<b>BIC</b>
<input type="text"/>

Kontonummer
Bankleitzahl

Ort, Datum	Unterschrift/en
------------	-----------------