



Eingangsstempel

Schleswiger
Versicherungsverein a.G.
Dorfstr. 38
25924 Emmelsbüll-Horsbüll

Versicherungsnehmer

Mitgliedsnummer: _____ Name: _____

Straße: _____ Ort: _____

Vertrag

Versicherungssparte: _____ Police-Nummer: _____ Antrag vom: _____

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Einzelmandat für Schleswiger Versicherungsverein a.G.

Gläubiger-Identifikationsnummer DE51ZZZ0000022234

(Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.)

Ich ermächtige den Schleswiger Versicherungsverein a.G. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein unten genanntes Geldinstitut an, die von dem Schleswiger Versicherungsverein a.G. 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 Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN: _____

BIC: _____

Geldinstitut: _____

Abweichender Kontoinhaber (nur eintragen, wenn der Kontoinhaber nicht Versicherungsnehmer ist)

Name: _____

Anschrift: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers