Einzugsermächtigung
SEPA Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger ……

……

……

……

Creditor-ID ……

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die ……. Versicherung, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein /weisen wir unsere Kreditinstitut an, die von der ……. Versicherung auf mein / unser Konto eingezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

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

Eine Lastschrift muss dem Zahlungspflichtigen mit einer 14-tägigen Frist angekündigt werden (Pre-Notification).

Kontoinhaber **Name** ……..

Adresse ……..

IBAN ……..

BIC ……..

Ort	Datum	Unterschrift/en des/der Kontozeichnungsberechtigten