

SEPA-Lastschrift-Mandat



Hinweise

Bitte alle Felder zur Zahlungsart und Kontoverbindung ausfüllen.

Ihre Rechte zum SEPA-Lastschrift-Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das Sie von Ihrem Geldinstitut erhalten.

Sie können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit Ihrem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Angaben zum Zahlungsempfänger

Gothaer Lebensversicherung AG
Arnoldiplatz 1
50969 Köln

Gläubiger ID AT06ZZZ00000005163

Mandatsreferenz

Vom Zahlungsempfänger auszufüllen.

Verwendungszweck

Versicherungsschein-/ Antragsnummer des zugrunde liegenden Vertrages (falls bekannt)

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

Zugleich erkläre ich / erklären wir uns damit einverstanden, dass die Mindestfrist zur Vorab-Information einer SEPA-Basislastschrift (Pre-Notification) von 14 auf 5 Arbeitstage verkürzt wird.

Zahlungsart

Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Datum erster Einzug/ Gültig ab

.....

Angaben zur Kontoverbindung des Zahlungspflichtigen

.....
Anrede, Vorname, Name

.....
Straße und Hausnummer

.....
Land

.....
PLZ

.....
Ort

.....
IBAN (internationale Bankkontonummer)

.....
BIC (internationale Bankleitzahl des Geldinstituts)

.....
Name des Geldinstituts

Ort, Datum und Unterschriften

.....
Ort

.....
Datum

X

.....
Unterschrift des Zahlungspflichtigen

X

.....
Unterschrift des 2. Zahlungspflichtigen

Zur Information

Angaben zum Vertragsverhältnis zwischen Zahlungsempfänger und Zahlungspflichtigen.

Bei abweichendem Beitragszahler

.....
Name des Versicherungsnehmers

Dieses Feld nicht ausfüllen, falls Sie für sich selbst zahlen.

Abbuchungstermin

1. eines Monats

wie bisher

Erlagschein