

SEPA Lastschriftmandat für zukünftige Einzüge



Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Allstern®-assekuradeur GmbH & Co. KG
Augustinusstraße 11B
50226 Frechen

DE69 0010 0001 9344 59
Gläubiger-Identifikationsnummer

Persönliche Daten	
Vertragsnummer:	
Name, Vorname:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Wichtige Hinweise und Erläuterungen: Das erteilte SEPA-Basislastschriftmandat gilt auch für die weiteren Fälligkeitstermine, bei denen wir von einer erneuten Lastschriftbenachrichtigung absehen und den Beitrag vom angegebenen Konto abbuchen. Bitte informieren Sie uns rechtzeitig, wenn sich Ihr angegebenes Konto ändert. Die SEPA-Mandatsreferenznummer erhalten Sie gesondert.	

SEPA Lastschriftmandat	
Name, Vorname:	
IBAN:	
BIC:	
Kreditinstitut:	
Ich/Wir ermächtige/n die Allstern®-assekuradeur GmbH & Co. KG, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von Allstern®-assekuradeur GmbH & Co. KG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: 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. Sofern ich/wir als Kontoinhaber nicht Versicherungsnehmer bin/sind, willige/n ich/wir ein, dass alle Mitteilungen im Zusammenhang mit dem SEPA-Lastschriftmandat an den Versicherungsnehmer gesendet werden - mit der Bitte um Weiterleitung an mich/uns.	

Unterschriften	
Ort, Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer