

SEPA-Lastschriftmandat für KRAVAG Versicherung

KRAVAG-Allgemeine Versicherungs-AG
Heidenkampsweg 102
20097 Hamburg

Ihre Bankverbindungsdaten

Wir benötigen pro Versicherungsvertrag und erteilter Lastschrift ein SEPA-Lastschriftmandat von Ihnen. Bitte unterschreiben Sie daher **je Versicherungsvertrag und -nummer ein** SEPA-Lastschriftmandat und schicken Sie dieses Formular in einem Fensterkuvert an die bereits vorgedruckte Adresse.

Angaben zu Ihrer Person oder Firma:

Anrede, Firma _____

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

SEPA-Lastschriftmandat

Im Zuge des einheitlichen Euro-Zahlungsverkehrs (SEPA) gibt es für jeden Zahlungsempfänger eine Gläubiger-Identifikationsnummer. Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) lautet: _____ Vertragsnummer _____ wird gesondert mitgeteilt

Zusammen mit der Mandatsreferenz, die wir Ihnen gesondert mitteilen, ist eine eindeutige Identifizierung des (SEPA-)Lastschriftmandats gegeben.

IBAN _____ Konto-Nr. _____

LK PZ BLZ

Adresse des Kontoinhabers: nur erforderlich, wenn dieser vom Versicherungsnehmer abweicht.

Anrede: Herr/Frau/Firma

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Kontoinhaber ist:

der Versicherungsnehmer

nicht der Versicherungsnehmer

Ich ermächtige Sie, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Spätestens 5 Tage vor der SEPA-Lastschrift informiert der Zahlungsempfänger über Abbuchungstermin und Betrag.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift des Kontoinhabers _____

Hinweise zur Verarbeitung Ihrer Daten entnehmen Sie bitte unserer Datenschutzerklärung unter:
<http://www.ruv.de/de/datenschutz/datenschutz.jsp>