

Zurich Deutscher Herold
Lebensversicherung AG

53288 Bonn

SEPA-Lastschriftmandat zu Versicherungs-Nr.:

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE60ZZ00000023236

Ich/Wir ermächtige(n) die Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein/unser 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.

Weist das Konto nicht die erforderliche Deckung auf, so besteht für das kontoführende Geldinstitut keine Verpflichtung zur Einlösung.

IBAN (IBAN und BIC finden Sie auf Ihrem Kontoauszug oder Ihrer EC-Karte; die deutsche IBAN ist immer 22 Stellen lang)

BIC

Name des Kreditinstituts

Vorname und Nachname bzw. Firmenbezeichnung der/des Kontoinhaber/s

Kundennummer

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Wenn Kontoinhaber und Versicherungsnehmer nicht dieselbe Person sind, tragen Sie bitte den Namen und die Adresse des Kontoinhabers hier ein:

Vorname und Nachname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl

Postalischer Ortsname

Ortszusatz

Vorwahl

Telefonnummer

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

