

Versicherungs-Nr. _____

Skandia Lebensversicherung AG
Postfach 210150
10501 Berlin

Versicherungsnehmer:

Name, Vorname bzw. Firma

Geburtsdatum

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer der Skandia Lebesversicherung AG: DE30 ZZZ 000000 42303
Mandatstyp: Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige die Skandia Lebensversicherung AG, Dornhofstraße 36, 63263 Neu-Ilseburg, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Skandia Lebensversicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Der SEPA-Basislastschrift-Einzug wird mir spätestens 3 Kalendertage im Voraus unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine angekündigt.

Weitere Versicherungsnummer(n)

Angaben zum Kontoinhaber

Kontoinhaber abweichend vom Versicherungsnehmer
(bitte ankreuzen, falls zutreffend und Näheverh. angeben)

Näheverhältnis: Ehepartner Sonstige

Herr Frau Firma

Vorname

Titel/Nachname/Firmenname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

IBAN (Internationale Kontonummer)

Kreditinstitut

(Ort, Datum)

(Unterschrift Kontoinhaber)