

Dialog Lebensversicherungs-AG
Postfach 10 15 43
86005 Augsburg
Fax-Nr. +49 0821 319-1533

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE95ZZZ00000029008

Mandatsreferenz
WIRD SEPARAT MITGETEILT

**SEPA-Lastschriftmandat
zur Versicherungsnummer:**
(bitte immer alle betroffenen Versicherungsnummern angeben*)

**Versicherungsnehmer/Antragsteller:
Versicherte Person/en:**

*Sie erteilen uns hiermit ein Einzelmandat für jede genannte Versicherungsnummer und erhalten für jeden Vertrag eine eigene Mandatsreferenznummer. Sie können somit für jeden einzelnen Vertrag Ihr Mandat ändern oder widerrufen.

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Dialog Lebensversicherungs-AG, Beiträge (einen einmaligen Beitrag - bei Einmalbeitragsversicherungen) von meinem/unserem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/ weisen wir mein/ unser Kreditinstitut an, die dieses Konto betreffenden Lastschriften der Dialog Lebensversicherungs-AG einzulösen.

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass ich /wir die Vorab-Ankündigung des SEPA-Lastschrifteinzugs in der Regel 14 Kalendertage, in Einzelfällen bis spätestens einen Tag, vor Fälligkeit erhalte/n.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, bei meinem/unserem Kreditinstitut die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

Titel, Vor- und Nachname der/s Kontoinhaber/s:
Anschrift der/s Kontoinhaber/s:

Bankverbindung

IBAN

BIC

Name und Ort des Kreditinstituts

Ort

Datum

X
Unterschrift(en) Kontoinhaber