

SEPA-Lastschriftmandat

Versicherungsnehmer/in:

Versicherungsschein-Nummer

 oder beiliegendem Versicherungs-Antrag

und für alle weiteren Versicherungsschein-Nummern



An
Concordia Versicherungen
30621 Hannover

Gläubiger Identifikationsnummer (des Zahlungsempfängers):

Mandatsreferenz:

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Concordia Versicherungs-Gesellschaft a.G., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser unten genanntes Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir 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.

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Frist, mit der mir/uns der SEPA-Basislastschrift-Einzug spätestens vorab angekündigt wird, von 14 auf 5 Kalendertage verkürzt wird. Zum Zweck dieser Vorabankündigung teile ich/wir Änderungen meiner/unserer Adresse der Concordia Versicherungs-Gesellschaft a.G. mit.

Name des Kreditinstituts:

IBAN Kontoinhaber/in:

Name und Anschrift Kontoinhaber/in (falls abweichend vom/von Versicherungsnehmer/in):

Herr Frau Firma

Vorname

Name

Firma

Straße/Haus-Nr.

PLZ Wohnort/Ortsteil

Land

Ort <input type="text"/>	Datum <input type="text"/>	Unterschrift Kontoinhaber/in <input type="text"/>
--------------------------	----------------------------	---

ZI 888888

ZI 666 1.2015