

Zurich Deutscher Herold  
Lebensversicherung AG

53288 Bonn

## SEPA-Lastschriftmandat zu Versicherungs-Nr.:

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE60ZZZ0000023236

Ich/Wir ermächtige(n) die Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise 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.

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

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift der/des Kontoinhaber/s

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

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Kontoinhabers

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

