

SEPA-Lastschriftmandat

Einzugsermächtigung für Beiträge und Zahlungen zur vereinbarten Versicherung

*** Pflichtfeld**

HVS Vertragsnummer *	HVS Kundennummer *	Mandatsreferenz

1. Geltungsbereich und Beginn

Das SEPA-Lastschriftmandat gilt für

Nur dieser Vertrag

Alle Verträge zur HVS-Kundennummer

Mandatsbeginn

ab dieser Fälligkeit

ab nächster Fälligkeit

ab Datum

2. Angaben zum Kontoinhaber

Anrede / Rechtsform

Frau

Herr

Eheleute

Firma

Vorname und Name / Firma *

E-Mail optional

Telefon optional

Straße und Hausnummer *

PLZ *

Ort *

Kontoinhaber ist zugleich Versicherungsnehmer

☐ ja

☐ nein

Falls nein: Name VN

3. Bankverbindung

IBAN *

DE

Rechnerische Prüfung und automatische Formatierung in Vierergruppen beim Verlassen des Feldes.

BIC optional bei deutscher IBAN

Kreditinstitut optional

4. Ermächtigung und Hinweise

Ich ermächtige / wir ermächtigen die Hamburger Versicherungs-Service AG, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich / weisen wir meinen / unseren Zahlungsdienstleister an, die von der Hamburger Versicherungs-Service AG auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Widerrufshinweis

Sie können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit Ihrem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

5. Bestätigung

Ort *	Datum *	Name und Unterschrift Kontoinhaber / Bevollmächtigter *