

Bitte senden Sie dieses Druckstück ausgefüllt und unterschrieben an
ATHORA LEBENSVERSICHERUNG AG



BITTE HIER ABSENDER EINTRAGEN

ATHORA LEBENSVERSICHERUNG AG
Abteilung KD
Abraham-Lincoln-Park 1
65189 Wiesbaden

Versicherung Nr.: _____
Gläubiger-ID: DE87ZZZ00000071056

Kollektivvertrag: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Die Athora Lebensversicherung AG wird ermächtigt, Zahlungen von unten genanntem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich wird das Kreditinstitut angewiesen, die von der Athora Lebensversicherung AG auf das genannte Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Beginnend mit dem Belastungstermin kann innerhalb von acht Wochen die Erstattung des belasteten Betrages verlangt werden. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Hinweis: Bitte das SEPA-Lastschriftmandat auf dem Postweg zurücksenden.

Dieses Mandat gilt ab sofort oder ab dem:

gültig ab

Kontoinhaber:

Vorname		Nachname	
_____		_____	
Straße		Hausnr.	E-Mail-Adresse
_____		_____	_____
PLZ	Ort	Telefon	
____ ____ ____ ____ ____	_____	_____	

Bankverbindung:

IBAN	BIC
DE _____	_____
Name der Bank	

Name des Versicherungsnehmers (wenn nicht Kontoinhaber)

Vor- und Nachname / Firmenname

Ort	Datum	Unterschrift des Kontoinhabers (ggf. auch Firmenstempel)
_____	_____	_____

Die Athora Lebensversicherung AG wird die erste Abbuchung rechtzeitig, spätestens jedoch fünf Arbeitstage vor dem Abruftermin, ankündigen und die Mandatsreferenz mitteilen. Weitere Abrufe werden dann nur noch angekündigt, sofern sich der Beitrag ändert (zum Beispiel bei vereinbartem Dynamikplan).

(5449) KD 188 (07.18)