

SEPA-Lastschriftmandat

Ergänzung

zum Antrag/zur unverbindlichen Anfrage vom:

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

Versicherungsschein-Nr. _____

Antrags-Nr. _____

Versicherungsnehmer _____

Einzugs-ermächtigung Ich ermächtige/Wir ermächtigen die HDI Global SE, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der HDI Global SE 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.

Abbuchung der Prämien Die fälligen Prämien werden ab sofort von Ihrem Konto abgebucht. Dies gilt auch für die jetzt fälligen Prämien. Der Kontoauszug gilt als Quittung.

Frist für die Vorabinformation: Der Zahlungsempfänger informiert den Zahlungspflichtigen (Vertragspartner) spätestens fünf Tage vor dem Abbuchungstermin über den anstehenden Einzug.

Die Mandatsreferenz werden wir Ihnen separat mitteilen.

Kontoinhaber w m Name _____ Vorname _____
 Firma _____ Land _____
 Straße _____ Haus-Nr. _____ PLZ _____ Ort _____

Bankdaten Kreditinstitut _____ BIC _____
 IBAN _____
l Länder- code l Prüzfiffer l (Deutschland: Bankleitzahl) l (Deutschland: Kontonummer) l

Unterschrift Ort/Datum _____ Kontoinhaber 
ggf. Firmenstempel

Bitte senden Sie das Formular ausgefüllt und unterschrieben an:

DMFV Service GmbH
Rochusstraße 104-106
53123 Bonn

Email: service.gmbh@dmfv.de

Fax: 0228-9785060