

# SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT



Bitte Formular unterschreiben und per Post oder E-Mail senden:



CosmosDirekt, 66101 Saarbrücken



info@cosmosdirekt.de

**Versicherungsnehmer:**

Herr  Frau  Firma

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Vertragsnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße/Hausnummer	PLZ	Ort

**Erteilung/Änderung einer Ermächtigung zum Beitragseinzug:**

Erteilung einer Ermächtigung zum Beitragseinzug  Änderung der Bankverbindung  Änderung des Beitragszahlers und der Bankverbindung

**Änderung der Zahlungsweise (dadurch kann sich Ihr Versicherungsbeitrag ändern):**

Künftig zahle ich:  monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich

Die monatliche, vierteljährliche und halbjährliche Zahlungsweise ist nur in Verbindung mit dem Lastschriftverfahren möglich.

**Angaben gültig für:**

alle Verträge

diese Verträge

**Ermächtigung zum Beitragseinzug:**

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Cosmos Lebensversicherungs-AG (Gläubiger-Identifikationsnummer DE27ZZZ00000028680) bzw. die Cosmos Versicherung AG (Gläubiger-Identifikationsnummer DE22ZZZ00000028673), oben kurz mit CosmosDirekt bezeichnet, Beiträge von meinem/unserem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die dieses Konto betreffenden Lastschriften der Cosmos Lebensversicherungs-AG bzw. von der Cosmos Versicherung AG einzulösen. Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Frist, mit der mir/uns der SEPA-Lastschrifteneinzug spätestens vorab angekündigt wird, auf 5 Tage verkürzt wird. Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum bei meinem/unserem Kreditinstitut die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Bankverbindung:**

Länder-Code Bankleitzahl Kontonummer (in Deutschland max. 10 Stellen) weitere Felder für andere Länder

IBAN

SWIFT-Code (BIC)

Name des Kreditinstituts

**Kontoinhaber:**

Diese Angaben brauchen wir nur, wenn wir die Beiträge nicht von Ihrem Konto, sondern vom Konto einer anderen Person abbuchen sollen. Z.B. vom Konto Ihres Ehepartners.

Herr  Frau  Firma

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße/Hausnummer	PLZ	Ort
<input type="text"/>		
Beziehung zum Versicherungsnehmer? Z.B. Ehepartner, Elternteil, usw.		

Sofern ich als Kontoinhaber nicht Versicherungsnehmer bin, willige ich ein, dass alle Mitteilungen im Zusammenhang mit dem SEPA-Lastschriftmandat an den Versicherungsnehmer gesendet werden - mit der Bitte um Weiterleitung an mich.

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers, wenn abweichend

**Versicherungsnehmer/Antragsteller:**

Datum

**Wichtig - bitte unterschreiben!**

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Die gesetzlich vorgeschriebenen Informationen zum Datenschutz finden Sie unter [www.cosmosdirekt.de/datenschutz](http://www.cosmosdirekt.de/datenschutz).