COSMOS DIREKT

INC 852 (03.21)

SEPA-Lastschriftmandat

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

CosmosDirekt, 66101 Saarbrücken

info@cosmosdirekt.de

Versicherungsnehmer:

◯ Herr ◯ Frau ◯ Firma

Nachname | Vorname | Vertragsnummer

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, vierteljährige und halbjährige Zahlungsweise ist nur in Verbindung mit dem Lastschriftverfahren möglich.

Angaben gültig für:

☐ **alle meine Verträge** ☐ **folgende Verträge**

Ermächtigung zum Beitragseinzug:

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Cosmos Lebensversicherungs-AG (Gläubiger-Identifikationsnummer DE27ZZZ00000028680) bzw. die Cosmos Versicherung Aktiengesellschaft (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 Aktiengesellschaft einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum bei meinem/unserem Kreditinstitut die Erstattung des belasteten Betrages 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 der Bank

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

Nachname | Vorname | In welchem Verhältnis stehen Sie zum Versicherungsnehmer? Z.B. Ehepartner, Elternteil, usw.

Straße/Hausnummer | PLZ | Ort

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.