

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, vierteljährliche und halbjährliche 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: <input style="width: 100%;" type="text"/>			
SWIFT-Code (BIC): <input style="width: 50%;" type="text"/>		Name der Bank <input style="width: 100%;" type="text"/>	

## 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:

	<b>Wichtig – bitte unterschreiben!</b>	
Datum		Unterschrift des Versicherungsnehmers

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