

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikations-Nr. **DE49ZZZ00000086872**

Dieses SEPA-Lastschriftmandat (Mandatsreferenz zu diesem Rahmenmandat wird Ihnen separat mitgeteilt) gilt für die Vereinbarung zu der/den Versicherung(en) mit:

Versicherungsnehmer Herr Frau Firma

Vorname Name
Straße und Hausnummer
Postleitzahl, Wohnort

zur Lastschrift

für alle Versicherungen des oben angegebenen Versicherungsnehmers bei der RheinLand Lebensversicherung AG

für Versicherungsschein-Nummer

für **Policendarlehenszinsen** zur Versicherungsschein-Nr.

Erklärung des Kontoinhabers

Ich ermächtige die RheinLand Lebensversicherung AG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der RheinLand Lebensversicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

ist identisch mit dem oben genannten Versicherungsnehmer (weiter mit Kontodaten)

ist abweichend vom Versicherungsnehmer (bitte zusätzl. Name und Anschrift des Kontoinhabers angeben)

Herr Frau Firma

Vorname Name
Straße und Hausnummer
Postleitzahl, Wohnort

Kontodaten

Name Kreditinstitut	
IBAN D E	BIC

Das Lastschriftmandat muss vom Kontoinhaber erteilt und unterschrieben werden.

Ort und Datum

RL 4403 10/2013

Unterschrift des KONTOINHABERS