

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT



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



CosmosDirekt, 66101 Saarbrücken



info@cosmosdirekt.de

Versicherungsnehmer:

Herr Frau Firma

Name	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 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

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße/Hausnummer	PLZ	Ort

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:

	Wichtig - bitte unterschreiben!	
Datum		Unterschrift des Versicherungsnehmers

Die gesetzlich vorgeschriebenen Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.cosmosdirekt.de/datenschutz.