DEURAG
Deutsche Rechtsschutz Versicherung AG

Abraham-Lincoln-Str. 3
65189 Wiesbaden

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE20ZZZ00000006205

Mandatsreferenz-Nr.: - wird nachgereicht, bei neuer Mandatserteilung -

Ich ermächtige die DEURAG Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DEURAG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich bin damit einverstanden, dass mir der SEPA Basis-Lastschrift-Einzug spätestens 1 Kalendertag vorab angekündigt wird.

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.

Zutreffendes bitte ankreuzen

Dieses Mandat gilt für ☐ wiederkehrende Zahlungen ☐ einmalige Zahlung

☐ 1/1 Zahlungsweise ☐ ½ Zahlungsweise ☐ ¼ Zahlungsweise ☐ 1/12 Zahlungsweise

Versicherungsscheinnummer

Versicherungsnehmer, Name, Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut

D	E																				

IBAN

BIC

bzw. Kontonummer

Bankleitzahl

Name, Anschrift Kontoinhaber, wenn nicht Versicherungsnehmer

Datum, Ort und Unterschrift