

Ergänzung zum Versicherungsantrag

Antragsdatum

auf Abschluss einer _____-Versicherung

0 1 | | | 2 0 | |

Angaben zum Antragsteller

PNR des Antragstellers (wenn bekannt)

Herr Frau

Name/Titel/Firmenname,
Gesellschaftsform

Vorname

Straße, Postfach/
Zustellergängung

Haus-Nr.

Geburts-
datum

Postleitzahl,
Wohnort

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften

- für vom **Antragsteller abweichende Beitragszahler**

für **wiederkehrende** Zahlungen

- für ein **ausländisches** Geldinstitut

für **einmalige** Zahlung

einziehende Gesellschaft: **HanseMerkur Versicherungen**

Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR)

Siegfried-Wedells-Platz 1

20354 Hamburg

Gläubiger-Identifizierungs-Nummer: DE74 ZZZO 0000 0661 49

Mandatsreferenz wird/ist die Versicherungsnummer

Angaben zum Beitragszahler

PNR des Beitragszahlers (wenn bekannt)

Herr Frau

Name des/der
Beitragszahler/s

Vorname

Straße, Postfach/
Zustellergängung

Haus-Nr.

Postleitzahl,
Wohnort

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die HanseMerkur Versicherungen GbR zugunsten der im Antrag genannten HanseMerkur-Versicherungsgesellschaften Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich meinen/weisen wir unseren Zahlungsdienstleister an, die von HanseMerkur Versicherungen GbR auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsdienstleister (Name des Geldinstituts)

BIC

Prüfziffer

Bankleitzahl

Konto-Nummer

IBAN: DE

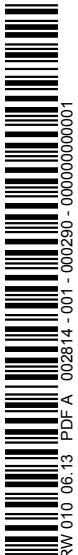
ausländisches Geldinstitut:

IBAN:

Länder-
code

Ort, Datum

Unterschrift des/der Beitragszahler/s



RW 010 06.13 PDF A 002814 -001 - 000290 - 000000000001