

SEPA-Lastschrift-Mandat

Mandatsreferenznummer *

Versicherungsnehmer (17)

* wird vor dem ersten Abruf bekanntgegeben

Antrags-/Vertragsnummer der Versicherung (19)

Bitte füllen Sie den Auftrag in Druckbuchstaben aus.

Zahlungsempfänger: LPV Lebensversicherung AG

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

Hinweis:

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

Die LPV Lebensversicherung AG wird mich vor dem Fälligkeitstermin informieren, falls sich der Fälligkeitstermin oder die Höhe der Zahlungen ändert. Wird die Änderung durch die LPV Lebensversicherung AG veranlasst (z. B. bei einer vereinbarten dynamischen Anpassung), so wird diese Information spätestens 5 Tage vor Fälligkeit erstellt.

Erfolgt die Änderung auf Wunsch des Versicherungsnehmers, so kann sich diese Frist auf bis zu einen Tag verkürzen, wenn dadurch die gewünschte Änderung beim Lastschrifteinzug berücksichtigt wird.

Hinweis der LPV Lebensversicherung AG

Den zum oben genannten Antrag/Vertrag fälligen Beitrag ziehen wir unter Angabe der entsprechenden Mandatsreferenznummer und der unter (8) genannten Gläubiger-Identifikationsnummer von Ihrem Konto ein.

Konto-inhaber

Name/Vorname (1)

Straße, Hausnummer (2)

Postleitzahl | Ort (3)

Land (4)

IBAN (5)

BIC (6)

Name des Zahlungsempfängers (7)	LPV Lebensversicherung AG
Gläubiger-Identifikationsnummer (8)	DE24ZZZ00000007782
Straße, Hausnummer (9)	Proactiv-Platz 1
Postleitzahl, Ort (10)	40721 Hilden
Land (11)	Deutschland
Art des Mandats (Zahlart) (12)	Wiederkehrende Zahlung

Hinweis

Diese Vereinbarung ist auch bei Verträgen gegen Einmalbeitrag z. B. zur Abwicklung von vereinbarten Zuzahlungsoptionen erforderlich.

Datum | Ort (13)

Unterschrift

Kontoinhaber

X

Hinweis:

Meine Rechte zu diesem Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich von meinem Kreditinstitut erhalten kann.

SEPA-Lastschrift-Mandat

Mandatsreferenznummer *

Versicherungsnehmer (17)

* wird vor dem ersten Abruf bekanntgegeben

Antrags-/Vertragsnummer der Versicherung (19)

Bitte füllen Sie den Auftrag in Druckbuchstaben aus.

Zahlungsempfänger: LPV Lebensversicherung AG

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

Hinweis:

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

Die LPV Lebensversicherung AG wird mich vor dem Fälligkeitstermin informieren, falls sich der Fälligkeitstermin oder die Höhe der Zahlungen ändert. Wird die Änderung durch die LPV Lebensversicherung AG veranlasst (z. B. bei einer vereinbarten dynamischen Anpassung), so wird diese Information spätestens 5 Tage vor Fälligkeit erstellt.

Erfolgt die Änderung auf Wunsch des Versicherungsnehmers, so kann sich diese Frist auf bis zu einen Tag verkürzen, wenn dadurch die gewünschte Änderung beim Lastschrifteinzug berücksichtigt wird.

Hinweis der LPV Lebensversicherung AG

Den zum oben genannten Antrag/Vertrag fälligen Beitrag ziehen wir unter Angabe der entsprechenden Mandatsreferenznummer und der unter (8) genannten Gläubiger-Identifikationsnummer von Ihrem Konto ein.

Konto-inhaber

Name/Vorname (1)

Straße, Hausnummer (2)

Postleitzahl | Ort (3)

Land (4)

IBAN (5)

BIC (6)

Name des Zahlungsempfängers (7)	LPV Lebensversicherung AG
Gläubiger-Identifikationsnummer (8)	DE24ZZZ00000007782
Straße, Hausnummer (9)	Proactiv-Platz 1
Postleitzahl, Ort (10)	40721 Hilden
Land (11)	Deutschland
Art des Mandats (Zahlart) (12)	Wiederkehrende Zahlung

Hinweis

Diese Vereinbarung ist auch bei Verträgen gegen Einmalbeitrag z. B. zur Abwicklung von vereinbarten Zuzahlungsoptionen erforderlich.

Datum | Ort (13)

Unterschrift

Kontoinhaber

X

Hinweis:

Meine Rechte zu diesem Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich von meinem Kreditinstitut erhalten kann.