

Bitte zurück an:
Sparkassen-Versicherung Sachsen
Lebensversicherung AG
Allgemeine Versicherung AG
An der Flutrinne 12
01139 Dresden

Erteilung Lastschriftinzug

Bitte senden Sie das Dokument **und** das beigefügte Lastschriftmandat ausgefüllt und unterschrieben, gern auch per Mail an ZentraleDienste@sv-sachsen.de oder per Fax an 0351 4235-9898 zurück.

Änderungen gültig ab:

Die Bankverbindung gilt für:

- alle bestehenden Verträge
 nachfolgend genannte Verträge

Bitte Versicherungsnummer angeben:

.....
.....
.....

Ihre Daten:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift des **Versicherungsnehmers**

zusätzliche Angaben bei einem vom Versicherungsnehmer abweichenden Beitragszahler

Angaben zum Beitragszahler:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift des **Beitragszahlers**

Wichtig bei Lebens-/Rentenversicherungen

In welcher Beziehung (Verwandtschaftsverhältnis) stehen Sie zum Versicherungsnehmer?

.....

Bitte reichen Sie eine beglaubigte Kopie des Personalausweises vom Beitragszahler ein. Wir sind dem Geldwäschegesetz nach verpflichtet, einen vom Versicherungsnehmer abweichenden wirtschaftlich Berechtigten zu identifizieren.

Bitte zurück an:
 Sparkassen-Versicherung Sachsen
 Lebensversicherung AG
 Allgemeine Versicherung AG
 An der Flutrinne 12
 01139 Dresden

Antragsnummer
 Versicherungsnummer
 Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt

Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) die Sparkassen-Versicherung Sachsen Lebensversicherung AG (Gläubiger-Identifikationsnummer DE97ZZZ00000039642) und die Sparkassen-Versicherung Sachsen Allgemeine Versicherung AG (Gläubiger-Identifikationsnummer DE19ZZZ00000039688), An der Flutrinne 12, 01139 Dresden, wiederkehrende Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber

Vorname
 Name
 Straße, Hausnummer
 Postleitzahl Ort

Bankverbindung

IBAN
 BIC
 Kreditinstitut

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

Spätestens zwei Tage vor der ersten Lastschrift werde ich/wir über die bevorstehenden Abbuchungen informiert.

Datum Ort

Unterschrift Kontoinhaber