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

Antragsnummer
Versicherungsnummer
Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt

Lastschriftmandat

Wir ermächtigen die Sparkassen-Versicherung Sachsen Lebensversicherung AG (Gläubiger-Identifikationsnummer DE97ZZZ00000039642), wiederkehrende Zahlungen von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Ihnen auf unserem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber

Name _____

_____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Bankverbindung

IBAN

BIC

Kreditinstitut _____

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

Spätestens zwei Tage vor der ersten Lastschrift werden wir über bevorstehende Abbuchungen informiert.

Datum 07.10.2024 Ort _____

Unterschrift Kontoinhaber/
Firmenstempel _____

elektronisch unterschreiben