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

Antragsnummer
Versicherungsnummer
Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt

Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Sparkassen-Versicherung Sachsen Allgemeine Versicherung AG (Gläubiger-Identifikationsnummer DE19ZZZ00000039688), wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber

Vorname _____

Name _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Bankverbindung

IBAN

BIC

Kreditinstitut _____

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.
Spätestens zwei Tage vor der ersten Lastschrift werde ich über bevorstehende Abbuchungen informiert.

Besondere Hinweise für den Kontoinhaber (falls nicht Versicherungsnehmer):
Aufgrund der EU-Datenschutzgrundverordnung informieren wir Sie darüber, dass wir im Zusammenhang mit dem oben genannten Vorgang Ihren Namen, Ihre Anschrift und die für die Abwicklung des Vorgangs erforderlichen personenbezogenen Daten verarbeiten. Detaillierte Informationen zur Verarbeitung (z. B. dem Zweck, der Rechtsgrundlage, dem Verantwortlichen, den Empfängern personenbezogener Daten, der Dauer der Speicherung und den Ihnen zustehenden Rechten) finden Sie auf unserer Homepage im Internet unter www.sv-sachsen.de/datenschutzhinweise-sas. Soweit erforderlich, können wir Ihnen die Datenschutzhinweise auf Anforderung auch postalisch zur Verfügung stellen.

Datum _____ Ort _____

Unterschrift Kontoinhaber
bzw. gesetzliche/-r Vertreter* _____

*Hinweis: Hat der Kontoinhaber das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, müssen Kontoinhaber und gesetzliche/-r Vertreter unterschreiben.