

SEPA-Lastschriftmandat



CLERICAL MEDICAL

Bitte senden Sie das ausgefüllte und von allen Versicherungsnehmern unterschriebene Formular an unseren Servicepartner:

Heidelberger Leben Service Management GmbH, Im Breitspiel 2-4, 69126 Heidelberg, Deutschland
Fax: 06221 872-2701 (aus Deutschland) bzw. +49 (0) 6221 872-2751 (aus Österreich)
E-Mail für Deutschland: kundenservice@clericalmedicaladmin.eu
E-Mail für Österreich: austria@clericalmedicaladmin.eu

Ich ermächtige die Scottish Widows Limited, für die Servicemarke Clerical Medical Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Scottish Widows Limited gezielten Lastschriften einzulösen.

SEPA-Lastschriftmandat zu Vertragsnummer:

Gläubiger-Identifikationsnummer der Scottish Widows Limited:

GB16CMISDDDEUT0000000120510

Gläubiger-Anschrift:

Scottish Widows Limited, 25 Gresham Street, London EC2V
7HN, Vereinigtes Königreich

Mandatsreferenznummer:

Diese erhalten Sie nachträglich mit der „Ankündigung zum Lastschritfeinzug“.

Mandatstyp:

- Mandat für wiederkehrenden Lastschritfeinzug
 Mandat für einmaligen Lastschritfeinzug (z.B. für bestehende Beitragsrückstände)

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Der Lastschritfeinzug wird mir jeweils spätestens 3 Kalendertage im Voraus unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine angekündigt.

Bankverbindung und Kontoinhaber

Kontoinhaber

IBAN

Kreditinstitut

BIC

Wird der Beitrag nicht von dem Versicherungsnehmer eingezogen, benötigen wir zusätzlich die folgenden Angaben von dem abweichenden Beitragszahler*:

Pass-/Personalausweisnummer (bitte Kopie der Vorder- und Rückseite des Ausweises diesem Formular beifügen)

Titel, Vorname(n)

Nachname

Geburtsdatum des Kontoinhabers

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Beziehung zum Versicherungsnehmer

Grund für abweichende Beitragszahlung

* Bei abweichendem Beitragszahler fügen Sie bitte eine Ausweiskopie des Kontoinhabers bei. Handelt es sich bei dem Kontoinhaber um eine juristische Person, so ist das Zusatzformular Geldwäschegesetz (Referenz NGF399) beizufügen.

Unterschrift Kontoinhaber bzw. Bevollmächtigter

Ort (zwingend erforderlich)

Datum (zwingend erforderlich)

Ich bin/Wir sind mit der Beitragszahlung durch den oben zeichnenden abweichenden Beitragszahler einverstanden. Ich stimme/Wir stimmen zu, dass die Vertragsnummer unter Angabe meines Namens/unserer Namen im Rahmen der Ankündigung eines geänderten Lastschritfeinzugs meines/unseres Vertrags dem abweichenden Beitragszahler mitgeteilt wird (falls zutreffend).

Unterschrift Versicherungsnehmer

Ort (zwingend erforderlich)

Datum (zwingend erforderlich)

Unterschrift 2. Versicherungsnehmer

Ort (zwingend erforderlich)

Datum (zwingend erforderlich)

Herausgegeben von:

Scottish Widows Limited. Eingetragen in England und Wales unter der Registernummer 3196171. Eingetragener Sitz im Vereinigten Königreich, 25 Gresham Street, London EC2V 7HN. Zugelassen durch die Prudential Regulation Authority und beaufsichtigt durch die Financial Conduct Authority und die Prudential Regulation Authority. Financial Services Register Nummer 181655.
Clerical Medical ist eine Handelsmarke der Scottish Widows Limited. Die Heidelberger Leben Service Management GmbH ist der Servicepartner von Scottish Widows Limited.

Servicepartner:

Heidelberger Leben Service Management GmbH, Im Breitspiel 2-4, 69126 Heidelberg, Deutschland
Tel. (DEU) +49 (0)6221 872-2700, Fax +49 (0)6221 872-2701
Tel. (AUT) +49 (0)6221 872-2750, Fax +49 (0)6221 872-2751
Die Heidelberger Leben Service Management GmbH ist eingetragen im Handelsregister Mannheim unter HRB 703416.
www.clericalmedical.de / www.clericalmedical.at