

# 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 Europe S.A., für die Servicemarke Clerical Medical Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Scottish Widows Europe S.A. gezogenen Lastschriften einzulösen.

SEPA-Lastschriftmandat zu Vertragsnummer:

Gläubiger-Identifikationsnummer der Scottish Widows Europe S.A.:

LU32ZZZ00000000000000001598

Gläubiger-Adresse:

Scottish Widows Europe S.A., 20, Rue De la Poste, Luxembourg, L-2346

Mandatsreferenznummer:

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

Mandatstyp:

- Mandat für wiederkehrenden Lastschrifteinzug  
 Mandat für einmaligen Lastschrifteinzug (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 Lastschrifteinzug 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 Lastschrifteinzugs 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 Europe S.A., ist eine Société anonyme nach luxemburgischem Recht. Der Sitz der Gesellschaft ist 20, Rue De la Poste, Luxembourg, L-2346. Eingetragen im Handels- und Firmenregister Luxemburg unter der Nummer B228618. Die Gesellschaft ist ein zugelassenes Versicherungsunternehmen unter der Aufsicht des Commissariat aux Assurances. Die Marke Clerical Medical ist Eigentum von Scottish Widows Europe. Heidelberger Leben Service Management GmbH ist der Servicepartner der Scottish Widows Europe S.A.

## 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](http://www.clericalmedical.de) / [www.clericalmedical.at](http://www.clericalmedical.at)