

SEPA-Lastschriftmandat



CLERICAL MEDICAL

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

Clerical Medical Customer Services, 37 Bd Joseph II, 1840
Luxembourg Fax: +352 27 94 16 13
Email: kundenservice@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.: Gläubiger-Anschrift:
Mandatsreferenznummer:

LU45ZZZ50000000000000001598
Scottish Widows Europe S.A., 2, rue Albert Borschette, L-1246 Luxembourg
Diese erhalten Sie nachträglich mit der „Ankündigung zum Lastschrifteinzug“.

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 (TTMMJJJJ) (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/unsere Namen im Rahmen der Ankündigung eines geänderten Lastschrifteinzugs meines/unsere Vertrags dem abweichenden Beitragszahler mitgeteilt wird (falls zutreffend).

Unterschrift Versicherungsnehmer

Ort (zwingend erforderlich)

Datum (TTMMJJJJ) (zwingend erforderlich)

Unterschrift 2. Versicherungsnehmer

Ort (zwingend erforderlich)

Datum (TTMMJJJJ) (zwingend erforderlich)

Herausgegeben von:

Clerical Medical ist ein Handelsname von Scottish Widows Europe. Das Unternehmen wurde als "Société Anonyme" nach dem Recht des Großherzogtums Luxemburg gegründet. Es hat seinen Sitz in 2, rue Albert Borschette, L-1246 Luxembourg und ist unter der Nummer B228618 im luxemburgischen Handelsregister eingetragen. Das Unternehmen ist eine Versicherungsgesellschaft, die vom Commissariat aux Assurances zur Erbringung von Versicherungstätigkeiten zugelassen ist. Scottish Widows Limited ist der Markeninhaber der eingetragenen Marke "Clerical Medical", und Scottish Widows Europe sind Nutzungsrechte an dieser Marke eingeräumt worden.

Clerical Medical Customer Services
37 Bd Joseph II
1840 Luxembourg

Tel.: +49 40 82 21 69 752
Fax: +352 27 94 16 13

Email: kundenservice@clericalmedicaladmin.eu

www.clericalmedical.de / www.clericalmedical.at