SEPA-Lastschriftmandat

CM 1824 CLERICAL MEDICAL

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

LV Bestandsservice 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.: LU45ZZZ5000000000000001598

Gläubiger-Anschrift: Scottish Widows Europe S.A., Europe Building, 1, Avenue du Bois, Limpertsberg, L-1251 Luxemburg

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 Europe Building, 1, Avenue du Bois, Limpertsberg, L-1251 Luxemburg, Eingetragen im Handels- und Firmenregister Luxemburg unter der Nummer B228618. Die Gesellschaft ist ein zugelassenes Versicherungsunternehmen unter der Aufsicht des Commissariat aux Assurances.

Clerical Medical ist ein Handelsname von Scottish Widows Europe S.A. Die Marke ist Eigentum von Scottish Widows Limited und lizenziert an Scottish Widows Europe S.A. LV Bestandsservice GmbH ist der Servicepartner der Scottish Widows Europe S.A.

Servicepartner:
LV Bestandsservice 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 LV Bestandsservice GmbH ist eingetragen im Handelsregister Mannheim unter HRB 740652.
www.clericalmedical.de /www.clericalmedical.at

NGF700/0319