

Dialog Lebensversicherungs-AG  
Postfach 10 15 43  
86005 Augsburg

Fax-Nr. +49 0821 319-1533

Gläubiger-Identifikationsnummer  
DE95ZZZ00000029008

Mandatsreferenz  
WIRD SEPARAT MITGETEILT

### SEPA-Lastschriftmandat zur Versicherungsnummer:

(bitte immer alle betroffenen Versicherungsnummern angeben\*)

Versicherungsnehmer/Antragsteller:

Versicherte Person/en:

\*Sie erteilen uns hiermit ein Einzelmandat für jede genannte Versicherungsnummer und erhalten für jeden Vertrag eine eigene Mandatsreferenznummer. Sie können somit für jeden einzelnen Vertrag Ihr Mandat ändern oder widerrufen.

### Einzugsermächtigung

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Dialog Lebensversicherungs-AG, Beiträge (einen einmaligen Beitrag - bei Einmalbeitragsversicherungen) von meinem/unserem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/ weisen wir mein/ unser Kreditinstitut an, die dieses Konto betreffenden Lastschriften der Dialog Lebensversicherungs-AG einzulösen.

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass ich /wir die Vorab-Ankündigung des SEPA-Lastschrifteinzugs in der Regel 14 Kalendertage, in Einzelfällen bis spätestens einen Tag, vor Fälligkeit erhalte/n.

**Hinweis:** Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, bei meinem/unserem Kreditinstitut die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

### Kontoinhaber

Titel, Vor- und Nachname der/s Kontoinhaber/s:

Anschrift der/s Kontoinhaber/s:

### Bankverbindung

IBAN

BIC

Name und Ort des Kreditinstituts

Ort

Datum

X

Unterschrift(en) Kontoinhaber