

Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

Proxalto Lebensversicherung AG  
Postfach 102305  
  
20016 Hamburg

**Versicherungsnehmer:**

Name, Vorname bzw. Firma

Geburtsdatum

## SEPA-Lastschriftmandat

**Gläubiger-Identifikationsnummer der Proxalto Lebensversicherung AG: DE 51 ZZZ 000000 28636**  
**Mandatstyp: Mandat für wiederkehrende Zahlungen**

Ich ermächtige die Proxalto Lebensversicherung AG, Adenauerring 7, 81737 München, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Proxalto Lebensversicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**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 SEPA-Basislastschrift-Einzug wird mir spätestens 3 Kalendertage im Voraus unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine angekündigt.

\_\_\_\_\_  
Weitere Versicherungsnummer(n)

### Angaben zum Kontoinhaber

Kontoinhaber abweichend vom Versicherungsnehmer  
(bitte ankreuzen, falls zutreffend und Näheverh. angeben)

Näheverhältnis:     Ehepartner     Sonstige

Herr    Frau    Firma

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Titel/Nachname/Firmenname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
IBAN (Internationale Kontonummer)

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Kontoinhaber)