

SEPA-Lastschriftmandat

ADVOCARD
ANWALTS LIEBLING

Versicherungs-Nummer:

ADVOCARD
Rechtsschutzversicherung AG
20066 Hamburg

Gläubiger-Identifikations-Nr.
DE 47 ZZZ 000000 28805

Das Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen

Abweichend hiervon gilt das Mandat nur für eine einmalige Zahlung

Mandatsreferenz

Die Mandatsreferenz teilt Ihnen ADVOCARD vor der ersten Abbuchung mit.

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige/Wir ermächtigen ADVOCARD, Beiträge von meinem/unserem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die dieses Konto betreffenden Lastschriften der ADVOCARD Rechtsschutzversicherung AG einzulösen.

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

Herr Frau Firma

Titel, Name, Vorname		
Straße, Hausnummer		
Land	Postleitzahl	Wohnort

Bankverbindung

IBAN	
Name des Kreditinstituts	BIC

Ort, Datum und Unterschrift(en) Kontoinhaber

Ort	Datum	Unterschrift(en) Kontoinhaber
-----	-------	-------------------------------

Versicherungsnehmer/Antragsteller

Bitte ausfüllen, wenn der Versicherungsnehmer/Antragsteller nicht der o. a. Kontoinhaber ist.

Herr Frau Firma

Titel, Name, Vorname			
Straße, Hausnummer			
Land	Postleitzahl	Wohnort	Geb.-Datum