

Skandia Lebensversicherung AG  
Postfach 210150  
10501 Berlin

Versicherungs-Nr.:

Versicherungsnehmer:

Name, Vorname bzw. Firma



Geburtsdatum

Per Fax an: 06102 / 833 34 63

## SEPA-Lastschriftmandat

**Gläubiger-Identifikationsnummer der Skandia Lebensversicherung AG: DE30ZZZ00000042303**  
**Mandatstyp: Mandat für wiederkehrende Zahlungen**

Ich ermächtige die Skandia Lebensversicherung AG, Dornhofstrasse 36, 63263 Neu-Isenburg, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Skandia 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

Herr  Frau  Firma

Titel

Vorname

Nachname/Firmenname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

IBAN (Internationale Kontonummer)

Kreditinstitut

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber