

# SEPA-Lastschrift-Mandat



Antwort: Gothaer Lebensversicherung AG, 50598 Köln

**Hinweise** Bitte **alle Felder** zur **Zahlungsart und Kontoverbindung ausfüllen**.  
**Ihre Rechte** zum SEPA-Lastschrift-Mandat sind in einem **Merkblatt** enthalten, das Sie **von Ihrem Geldinstitut** erhalten.  
Sie können **innerhalb von 8 Wochen**, beginnend mit dem Belastungsdatum, **die Erstattung des belasteten Betrages verlangen**.  
Es gelten dabei die mit Ihrem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Angaben zum Zahlungsempfänger** Gothaer Lebensversicherung AG Gläubiger ID AT06ZZZ00000005163  
Arnoldiplatz 1  
50969 Köln

**Mandatsreferenz** \_\_\_\_\_ Vom Zahlungsempfänger auszufüllen.

**Verwendungszweck** \_\_\_\_\_  
Versicherungsschein-/Antragsnummer des zugrunde liegenden Vertrages (falls bekannt)

**Ich ermächtige / Wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Geldinstitut an, die vom oben genannten Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.**  
Zugleich erkläre ich / erklären wir uns damit einverstanden, dass die Mindestfrist zur Vorab-Information einer SEPA-Basislastschrift (Pre-Notification) von 14 auf 5 Arbeitstage verkürzt wird.

**Zahlungsart**  Wiederkehrende Zahlung  Einmalige Zahlung

**Datum erster Einzug/ Gültig ab** \_\_\_\_\_

**Angaben zur Kontoverbindung des Zahlungspflichtigen**  
Anrede, Vorname, Name \_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_  
Land PLZ Ort \_\_\_\_\_  
IBAN (Internationale Bankkontonummer) \_\_\_\_\_  
BIC (Internationale Bankleitzahl des Geldinstituts) \_\_\_\_\_ Name des Geldinstituts \_\_\_\_\_

**Ort, Datum und Unterschriften**  
Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ **X** Unterschrift des Zahlungspflichtigen **X** Unterschrift des 2. Zahlungspflichtigen

**Zur Information** **Angaben zum Vertragsverhältnis zwischen Zahlungsempfänger und Zahlungspflichtigen.**

**Bei abweichendem Beitragszahler** \_\_\_\_\_ Dieses Feld nicht ausfüllen, falls Sie für sich selbst zahlen.  
Name des Versicherungsnehmers

**Beitrag** \_\_\_\_\_ EUR gemäß Zahlweise

**Abbuchungstermin**  1. eines Monats  wie bisher  Zahlschein