

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE29ZZZ00000011766

Mandatsreferenz:
wird separat mitgeteilt

Hübener Versicherungs AG
Ballindamm 37
20095 Hamburg

Versicherungsnehmer

Vorname und Nachname bzw. Firmenname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kontoinhaber (wenn abweichend)

Vorname und Nachname bzw. Firmenname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Erklärung des Kontoinhabers/der Kontoinhaber

Ich/wir ermächtige/ermächtigen die Hübener Versicherungs AG, Ballindamm 37, 20095 Hamburg Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir unser unten genanntes Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Die zukünftig fälligen Prämien werden von meinem/ unserem Konto abgebucht. Dies gilt jedoch nicht für bereits erhobene Prämien. Der Versicherer informiert den Zahlungspflichtigen (Versicherungsnehmer) spätestens fünf Tage vor dem Abbuchungstermin über den anstehenden Einzug.

Dieses SEPA-Basis-Lastschriftmandat gilt für den Vertrag _____.
 alle Verträge des vorgenannten Versicherungsnehmers.

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Name des Kreditinstituts

Postleitzahl und Ort

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers und ggf. Stempel