

Versicherungsnummer: _____

Ich ermächtige die DELA Lebensversicherungen N.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen unten genannten Zahlungsdienstleister an, die von DELA auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bitte buchen Sie auch rückständige Beiträge mit ab!

Name, Vorname des Kontoinhabers _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Name des Bankinstituts _____

IBAN DE _____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers