

SEPA Lastschrift-Mandat

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.

Name, Vorname des Kontoinhabers

Straße, Hausnummer

PLZ | Ort

Name des Bankinstituts

IBAN

DE

Datum

Ort

X

Unterschrift des Kontoinhabers