

## SEPA-LASTSCHRIFT-MANDAT

<b>Hinweise:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bitte alle Felder zur Zahlungsart und Kontoverbindung ausfüllen.</li> <li>• Ihre Rechte zum SEPA-Lastschrift-Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das Sie von Ihrem Geldinstitut erhalten.</li> <li>• Sie können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.</li> <li>• Es gelten dabei die mit Ihrem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.</li> </ul>
<b>Angaben zum Zahlungsempfänger:</b>	Janitos Versicherung AG <b>Gläubiger ID:</b> DE02ZZZ00000038248 <b>Verwendungszweck:</b> _____ Im Breitspiel 2-4      Versicherungsschein- / Antragsnummer des zugrunde liegenden Vertrages 69126 Heidelberg
Ich ermächtige/wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von oben genanntem Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Zugleich erkläre ich/erklären wir uns damit einverstanden, dass die Mindestfrist zur Vorankündigung einer SEPA-Basislastschrift (Pre-Notification) von 14 auf 5 Arbeitstage verkürzt wird.	
<b>Zahlungsart:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung
<b>Angaben zur Kontoverbindung des Zahlungspflichtigen</b>	_____ Name, Vorname
	_____ Straße und Hausnummer
	_____ Land                      PLZ                      Ort
	_____ IBAN (Internationale Kontonummer)
	_____ BIC (Internationale Bankleitzahl des Geldinstitutes)
	_____ Name des Geldinstitutes
<b>Ort, Datum und Unterschriften</b>	_____      _____      _____      _____ Ort                                      Datum                                      Unterschrift des Zahlungspflichtigen      Unterschrift des 2. Zahlungspflichtigen
<b>Zur Information</b>	Angaben zum Vertragsverhältnis zwischen Zahlungsempfänger und Zahlungspflichtigen
<b>Bei abweichendem Beitragszahler</b>	_____ (Dieses Feld nicht ausfüllen, wenn Sie für sich selbst zahlen.) Name des Versicherungsnehmers