

Ergänzung zum Versicherungsantrag

Antragsdatum

auf Abschluss einer _____-Versicherung

0 1 | | | 2 0 | | |

Angaben zum Antragsteller

PNR des Antragstellers (wenn bekannt)

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Herr Frau

Name/Titel/Firmenname,
Gesellschaftsform

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Vorname

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Straße, Postfach/
Zustellergänzung

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Haus-Nr.

_____|_____|

Geburts-
datum

_____|_____|_____|

Postleitzahl,
Wohnort

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften

- für vom **Antragsteller abweichende Beitragszahler**
- für ein **ausländisches** Geldinstitut

für **wiederkehrende** Zahlungen

für **einmalige** Zahlung

einziehende Gesellschaft: **HanseMerkur Versicherungen**
Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR)
Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Hamburg

Gläubiger-Identifizierungs-Nummer: DE74 ZZZO 0000 0661 49
 Mandatsreferenz wird/ist die Versicherungsnummer

Angaben zum Beitragszahler

PNR des Beitragszahlers (wenn bekannt)

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Herr Frau

Name des/der
Beitragszahler/s

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Vorname

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Straße, Postfach/
Zustellergänzung

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Haus-Nr.

_____|

Postleitzahl,
Wohnort

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die HanseMerkur Versicherungen GbR zugunsten der im Antrag genannten HanseMerkur-Versicherungsgesellschaften Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich meinen/weisen wir unseren Zahlungsdienstleister an, die von HanseMerkur Versicherungen GbR auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsdienstleister (Name des Geldinstituts)

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

BIC

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Prüfziffer

Bankleitzahl

Konto-Nummer

IBAN: DE

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

ausländisches Geldinstitut:

IBAN:

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Länder-
code

Ort, Datum

_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Unterschrift des/der Beitragszahler/s

_____|_____|_____|_____|_____|_____|

