

Bitte senden Sie dieses Druckstück ausgefüllt und unterschrieben an  
ATHORA LEBENSVERSICHERUNG AG



BITTE HIER ABSENDER EINTRAGEN

ATHORA LEBENSVERSICHERUNG AG  
Abteilung KD  
Söhnleinstraße 8  
65201 Wiesbaden

---

---

---

Versicherung Nr.: \_\_\_\_\_  
Gläubiger-ID: DE87ZZZ00000071056

Kollektivvertrag: \_\_\_\_\_

### SEPA-Lastschriftmandat

Die Athora Lebensversicherung AG wird ermächtigt, Zahlungen von unten genanntem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich wird das Kreditinstitut angewiesen, die von der Athora Lebensversicherung AG auf das genannte Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Beginnend mit dem Belastungstermin kann innerhalb von acht Wochen die Erstattung des belasteten Betrages verlangt werden. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Hinweis: Bitte das SEPA-Lastschriftmandat auf dem Postweg zurücksenden.**

Dieses Mandat gilt ab sofort oder ab dem:

gültig ab

#### Kontoinhaber:

Vorname		Nachname	
Straße		Hausnr.	E-Mail-Adresse
PLZ	Ort	Telefon	

#### Bankverbindung:

IBAN	BIC
DE	
Name der Bank	

#### Name des Versicherungsnehmers (wenn nicht Kontoinhaber)

Vor- und Nachname / Firmenname

Ort	Datum	Unterschrift des Kontoinhabers (ggf. auch Firmenstempel)
-----	-------	---

Die Athora Lebensversicherung AG wird die erste Abbuchung rechtzeitig, spätestens jedoch fünf Arbeitstage vor dem Abruftermin, ankündigen und die Mandatsreferenz mitteilen. Weitere Abrufe werden dann nur noch angekündigt, sofern sich der Beitrag ändert (zum Beispiel bei vereinbartem Dynamikplan).