

ASKUMA AG
Prager Ring 2
66482 Zweibrücken

Versicherungsscheinnummer:

Bitte tragen Sie die auf dem Antrag angezeigte
Versicherungsscheinnummer vollständig ein.

Mandatsreferenznummer:

Die Nummer wird Ihnen nachträglich mitgeteilt.

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE13ZZZ00000039117

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift ab sofort für die fällige Prämie einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von **ASKUMA AG** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Frau Herr Firma

Ich bin Versicherungsnehmer/in ja nein

Name und Anschrift des Zahlers/der Zahler:

Kreditinstitut:

BIC:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

IBAN:

Ort, Datum, Unterschrift des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin/des Bevollmächtigten