Mecklenburgische
VERSICHERUNGSGRUPPE

Bitte zurücksenden an:

Mecklenburgische Versicherungs-Gesellschaft a. G.
DA23 / Inkasso
30619 Hannover

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Versicherungsscheinnummer _____ – _____ Name _____ Name des Kontoinhabers (falls abweichend) _____

Zahlungsempfänger:
Mecklenburgische Versicherungs-Gesellschaft a. G.,
Mecklenburgische Lebensversicherungs-AG,
Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG,
Anschrift: Platz der Mecklenburgischen 1, 30625 Hannover

Gläubiger ID:
DE26ME000000178466
DE30MEL00000178200
DE03MEK00000178201

Das Mandat wird nur den Zahlungsempfängern erteilt, mit denen die genannten Verträge geschlossen wurden.

Ich ermächtige die Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von den Zahlungsempfängern 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.

Der Lastschrifteinzug wird mir spätestens fünf Kalendertage vor der Fälligkeit des nächsten Beitrages unter Angabe weiterer Fälligkeitstermine angekündigt. Die Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt.

IBAN: _____ _____

Kreditinstitut: _____

Dieses Mandat soll
- ☐ für alle meine Versicherungen gelten (als Sammel-Einzelmandat)
- ☐ nur zu folgenden Versicherungen gelten (als Sammel-Einzelmandat)

  _____ – _____ _____ – _____
  _____ – _____ _____ – _____

- ☐ nur für die oben genannte Versicherung gelten

Die Abbuchung soll
- ☐ für noch nicht gezahlte Beitragsrechnungen erfolgen
- ☐ erst für künftige Beitragsrechnungen erfolgen

Datum _____ Unterschrift des Kontoinhabers _____