

Bitte Formular unterschreiben und entweder per Post an  
CosmosDirekt, 66101 Saarbrücken  
oder per Fax an die 0681-9 66 66 33 senden.

# SEPA-Lastschriftmandat

## Ermächtigung zum Beitragseinzug

**24 Stunden**  
persönlich für Sie da:  
Telefon 0681-9 66 66 66  
Telefax 0681-9 66 66 33  
www.cosmosdirekt.de

**Cosmos Lebensversicherungs-AG**  
**Cosmos Versicherung Aktiengesellschaft**  
**66101 Saarbrücken**

Ich erteile jeweils ein Mandat zu folgenden Vertragsnummern (bitte alle angeben):

für laufende Zahlungen

für eine einmalige Zahlung

### Ermächtigung zum Beitragseinzug:

Ich ermächtige die Cosmos Lebensversicherungs-AG (Gläubiger-Identifikationsnummer DE27ZZZ00000028680) bzw. die Cosmos Versicherung Aktiengesellschaft (Gläubiger-Identifikationsnummer DE22ZZZ00000028673), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Cosmos Lebensversicherungs-AG bzw. von der Cosmos Versicherung Aktiengesellschaft auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Mandatsreferenz wird mir vor dem ersten SEPA-Lastschrifteinzug separat mitgeteilt.

Ich bin damit einverstanden, dass die Frist, mit der mir der SEPA-Lastschrifteinzug spätestens vorab angekündigt wird, auf 5 Tage verkürzt wird.

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.

### Kontoinhaber:

Herr  Frau  Firma

Nachname/Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ

Ort

Sofern ich als Kontoinhaber nicht Versicherungsnehmer bin, willige ich ein, dass alle Mitteilungen im Zusammenhang mit dem SEPA-Lastschriftmandat an den Versicherungsnehmer gesendet werden – mit der Bitte um Weiterleitung an mich.

### Bankverbindung:

IBAN: Länder-Code Bankleitzahl Kontonummer (in Deutschland max. 10 Stellen) weitere Felder für andere Länder

SWIFT-Code (BIC):

Name der Bank

### Ort, Datum, Unterschrift Kontoinhaber:

**Wichtig – bitte unterschreiben!**

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

### Versicherungsnehmer/Antragsteller:

Bitte nur ausfüllen, wenn der Versicherungsnehmer/Antragsteller nicht der oben genannte Kontoinhaber ist.

Nachname/Vorname

Sofern ich als Versicherungsnehmer nicht Kontoinhaber bin, werde ich alle Mitteilungen im Zusammenhang mit dem SEPA-Lastschriftmandat an den Kontoinhaber weiterleiten.