

Bitte Formular unterschreiben und entweder per Post an
CosmosDirekt, 66101 Saarbrücken
oder per E-Mail an info@cosmosdirekt.de senden.

Ermächtigung zum SEPA-Lastschriftmandat

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

Versicherungsnehmer:

Herr Frau Firma

Nachname/Vorname

Straße/Hausnummer

Bitte mindestens eine gültige Vertragsnummer angeben

PLZ Ort

Erteilung/Änderung einer Ermächtigung zum Beitragseinzug:

Erteilung einer Ermächtigung zum Beitragseinzug Änderung der Bankverbindung Änderung des Beitragszahlers und der Bankverbindung

Änderung der Zahlungsweise (dadurch kann sich Ihr Versicherungsbeitrag ändern):

Künftig zahle ich: monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Bitte beachten Sie: Die monatliche, vierteljährliche und halbjährliche Zahlungsweise ist nur in Verbindung mit dem Lastschriftverfahren möglich.

Angaben gültig für:

alle meine Verträge

folgende Verträge

PLZ Ort

PLZ Ort

PLZ Ort

PLZ Ort

Ermächtigung zum Beitragseinzug:

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Cosmos Lebensversicherungs-AG (Gläubiger-Identifikationsnummer DE27ZZZ00000028680) bzw. die Cosmos Versicherung Aktiengesellschaft (Gläubiger-Identifikationsnummer DE22ZZZ00000028673), oben kurz mit CosmosDirekt bezeichnet, Beiträge von meinem/unserem Konto per Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die dieses Konto betreffenden Lastschriften der Cosmos Lebensversicherungs-AG bzw. von der Cosmos Versicherung Aktiengesellschaft einzulösen.

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

Bankverbindung:

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

SWIFT-Code (BIC):

Name der Bank

Kontoinhaber:

Herr Frau Firma

Nachname/Vorname

Straße/Hausnummer

Wenn abweichend – Bitte Verhältnis Beitragszahler zum Versicherungsnehmer angeben.

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.

Ort, Datum, Unterschrift des Kontoinhabers:

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Versicherungsnehmer/Antragsteller:

Nachname/Vorname

Unterschrift Versicherungsnehmer

Die gesetzlich vorgeschriebenen Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.cosmosdirekt.de/datenschutz.

**Wichtig – bitte
unterschreiben!**