



## SEPA Lastschriftmandat

---

SHB-Allgemeine Versicherung VvAG, Johannes-Albers-Allee 2, 53639 Königswinter, Telefon 02223 9217-0  
Gläubiger-Identifikationsnummer der SHB Allgemeine Versicherung VvAG: **DE09SHB00000281107**

---

### Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates

Ich ermächtige die SHB Allgemeine Versicherung VvAG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der SHB Allgemeine Versicherung VvAG 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.

**Vorname, Name (Kontoinhaber)**

**Straße, Hausnummer**

**PLZ, Ort**

**Name der Bank (Kreditinstitut)**

**IBAN**

**BIC**

---

### Das Mandat gilt für:

**alle Verträge der Mitgliedsnummer**

**nur für Vertragsnummer**

---

Bitte informieren Sie uns, wenn sich Ihre Bankverbindung zwischenzeitlich geändert hat.

Die SHB Allgemeine Versicherung VvAG verpflichtet sich, rechtzeitig vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift eine schriftliche Information zu versenden.

Der Zahlungsempfänger vereinbart hiermit mit dem Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber), dass die gesetzlich vorgeschriebene Vorabinformation, abweichend mit einer Frist von mindestens 5 Kalendertagen vor dem Fälligkeitstag, versendet wird.

---

Datum

---

Unterschrift des Kontoinhabers