

SEPA – Lastschriftmandat

Darlehensnummer:

Bitte beachten Sie: Dieses Mandat darf nur und ausschließlich durch einen Darlehensnehmer dieses Immobiliär-Verbraucherdarlehensvertrages erteilt werden.

Ich ermächtige die Deutsche Ärzteversicherung AG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Ärzteversicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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. Ich bin damit einverstanden, dass die Frist für die Ankündigung des Lastschritfeinzugs von 14 Kalendertagen auf 5 Kalendertage vor Fälligkeit der Lastschriftzahlung verkürzt wird. Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen Lastschriftbeiträgen genügen eine einmalige Ankündigung vor dem ersten Lastschritfeinzug und die Angabe der Fälligkeitstermine.

Zahlungsempfänger

Gläubiger: Deutsche Ärzteversicherung AG, Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23G0100000066097
Mandatsreferenz: wird gesondert mitgeteilt

Kontoinhaber

Anrede:
Vorname:
Nachname:
Geburtsdatum:
Straße, Hausnummer:
Postleitzahl, Wohnort:
Kreditinstitut (Name Bank):
IBAN:

Bei vorgenommenen Änderungen / Streichungen im SEPA-Lastschriftmandat können keine Lastschriften ein gezogen werden. Ich damit einverstanden, dass die Deutsche Ärzteversicherung AG auch alle bestehenden offenen Posten per SEPA-Lastschrift einzieht.

Bei mehreren Kontoinhabern erklären sich alle Kontoinhaber damit einverstanden.

Ort, Datum:

Unterschrift aller Kontoinhaber: