

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

MML VersicherungsService GmbH Hermann-Köhl-Straße 2a 93049 Regensburg

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)
DE57ZZZ0000281310

Mandatsreferenz
wird separat mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]	MML VersicherungsService Gm
-------------------------------	-----------------------------

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)
--

Kreditinstitut

BIC:	IBAN DE
------	------------

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

bitte tragen Sie hier Ihre E-Mail-Adresse zum Versand der Unterlagen ein:

E-Mail-Adresse 1: _____

E-Mail-Adresse 2: _____

Telefonnummer: _____

Ihre Kontaktdaten verwenden wir ausschließlich für die Korrespondenz zu Ihrem Versicherungsvertrag

