

# SEPA-Lastschriftmandat

BUF-001 07.21

An die  
uniVersa  
Lebensversicherung a.G.  
Inkassobuchhaltung  
90333 Nürnberg

Versicherungsnummer

Gilt auch für meine anderen Verträge

Versicherungsnehmer:

Name

Vorname

Firma

Bitte ausgefüllt und unterschrieben an die nebenstehende Adresse oder per Telefax +49 911 5307-1701 bzw. Mail: [ibh@universa.de](mailto:ibh@universa.de) zurück senden.

## SEPA-Lastschriftmandat

**Zahlungsempfänger:** uniVersa Lebensversicherung a.G., Sulzbacher Straße 1-7, 90489 Nürnberg, Deutschland

**Hinweis:** Soweit es sich um Zahlungen handelt, die der uniVersa Allgemeine Versicherung AG oder der uniVersa Krankenversicherung a.G. zustehen, ist die uniVersa Lebensversicherung a.G. zum Lastschrifteinzug berechtigt; sie handelt insofern im Namen und für Rechnung dieser Unternehmen.

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE16ZZZ00000102598

**Mandatsreferenznummer:** Wird separat bekannt gegeben

### SEPA-Einzelmandat für wiederkehrende Lastschriften

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die uniVersa Lebensversicherung a.G., Zahlungen von meinem (unserem) nachstehend genannten Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) nachstehend genanntes Kreditinstitut an, die von der uniVersa Lebensversicherung a.G. auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Ich bin (Wir sind) damit einverstanden, dass die Frist, mit der mir (uns) der SEPA-Basis-Lastschrifteinzug spätestens vorab angekündigt wird, von 14 auf fünf Kalendertage verkürzt wird. Zum Zweck dieser Vorabankündigung gebe ich (geben wir) Änderungen meiner (unserer) Adresse rechtzeitig bekannt.

Gültig ab (Datum)

Abbuchung zum:  1. des Monats  15. des Monats

### Kontoinhaber

Name/Firma  Vorname

Straße  Hausnummer

Postleitzahl  Ort/Firmensitz

**Kreditinstitut** (Name des Zahlungsdienstleisters)

**IBAN**

D  E

Ort  Datum  **Unterschrift/en Kontoinhaber** (Name/Vorname/bei Firmen Unterschrift/en des/der Zeichnungsberechtigten)

### Bitte beachten Sie auch unsere nachfolgenden Datenschutzhinweise/Informationen zu den Betroffenenrechten:

Wir möchten Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach der Europäischen Datenschutzgrundverordnung zustehenden Rechte informieren. Diese Informationen können Sie im Internet, in der jeweils aktuellen Fassung, unter [www.universa.de/ds-info](http://www.universa.de/ds-info) abrufen oder in Papierform bei uns anfordern.

Bitte informieren Sie auch weitere von der Datenverarbeitung betroffene Personen entsprechend.