

Bitte zurücksenden an  
Deutsche Post   
ANTWORT

AllSecur Deutschland AG  
Postfach 200119  
60605 Frankfurt

**Vertragsführende Gesellschaft**  
AllSecur Deutschland AG

**Gläubiger-Identifikationsnummer**  
DE66ZZZ00000063480

**Mandatsnummer**  
-wir teilen Ihnen Ihre Mandatsnummer später mit-

**Antragsnummer / Vertragsnummer**

## SEPA-Lastschriftmandat

**Ich ermächtige** die vertragsführende Gesellschaft, alle Forderungen zu diesem Vertrag (insbesondere Beiträge, Zinsen, Gebühren) bei Fälligkeit von meinem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Diese Ermächtigung gilt auch für künftig vereinbarte Änderungen zu diesem Vertrag (z. B. Abschluss weiterer Versicherungsbausteine).

Mein Geldinstitut **weise ich an**, die Lastschriften der vertragsführenden Gesellschaft einzulösen, die von meinem Konto eingezogen werden.

Der Lastschritteinzug wird mir spätestens fünf Kalendertage vor dem ersten Einzug angekündigt.

Ich kann innerhalb von acht Wochen – beginnend mit dem Datum der Kontobelastung – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Dabei gelten die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

*(Bitte prüfen Sie die nachfolgenden Angaben und informieren Sie uns umgehend, falls diese nicht korrekt sind. Nehmen Sie bitte keine eigenen Korrekturen vor, da wir handschriftliche Vermerke nicht berücksichtigen können. Vielen Dank.)*

### Versicherungsnehmer

### Kontoinhaber



### Geldinstitut

### IBAN

### BIC

Ort, Datum

NQ99

Unterschrift des Kontoinhabers

**Rücksendemöglichkeiten:**

- per Post an die AllSecur Deutschland AG, Postfach 200119, 60605 Frankfurt
- per Fax an 069 / 99999 199
- als Scan/Foto an