

Bitte Formular unterschreiben und entweder per Post an die Süddeutsche Lebensversicherung a.G., Postfach 1923, 70709 Fellbach oder per Fax an die 0711 / 7372 7266 senden.

**Süddeutsche Lebensversicherung a.G.**  
**Postfach 1923**  
**70709 Fellbach**

Ich erteile ein Mandat für folgende Lebensversicherungen (bitte alle angeben):

### SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften

Empfänger

Süddeutsche Lebensversicherung a.G.  
Raiffeisenplatz 11  
70736 Fellbach

Gläubiger-ID

DE58SDL00000061781

Mandatsreferenznummer

wird nachträglich mitgeteilt

Ich ermächtige/Wir ermächtigen Sie **wiederkehrend** Zahlungen mittels Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich meinen/weisen wir unseren unten genannten Zahlungsdienstleister an, die von Ihnen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Bankname

IBAN

BIC

Name und Anschrift des Zahlers:

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Hinweise:

Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Mit der Verkürzung der Ankündigungsfrist für fällige Beiträge von 14 auf 5 Tage bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift(en) des Zahlers/der Zahler