



**ALLCURA**  
Versicherungs-Aktiengesellschaft

---

## SEPA-Lastschriftmandat

bitte zurücksenden an:

(Name und Anschrift des Zahlungsempfängers)  
ALLCURA Versicherungs-Aktiengesellschaft  
Postfach 11 23 69  
20423 Hamburg

Absender:

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon / E-Mail für Rückfragen: \_\_\_\_\_

**Betrifft: SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften (Mandat für wiederkehrende Zahlungen)**

Ich / wir ermächtige(n) die

ALLCURA Versicherungs-Aktiengesellschaft, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE56ZZZ00000277642

Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich / wir mein / unseren Zahlungsdienstleister an, die von der ALLCURA Versicherungs-Aktiengesellschaft 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 Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Name des Kontoinhabers

Anschrift des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IBAN

BIC

DE

Kreditinstitut

\_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_