

SEPA – Lastschriftmandat

Bitte übermitteln Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular an das genannte Postfach.

Alternativ als Anhang einer E-Mail an: fpbservicecenter@aviva.com

Aviva
Postfach 18 36

53708 Siegburg

Friends Plan Nummer:
Versicherungsnehmer:

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen (A) Aviva, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Aviva auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

Kontoinhaber:
IBAN: SWIFT/BIC:
Name des Zahlungsempfängers: Gläubiger-Identifikationsnummer:

Wenn Kontoinhaber nicht Versicherungsnehmer:

Straße/Hausnr.:
PLZ / Wohnort:
Geburtsort:
Ausweisnr.:
 Reisepass Personalausweis
Ausstellungsdatum: Behörde:
Die Beitragszahlungen stammen aus: Erbschaft Ersparnis Beruflichem Einkommen
 Sonstiges bitte auf separatem Blatt erläutern.

Sofern ich als Kontoinhaber nicht Versicherungsnehmer bin, willige ich ein, dass alle Mitteilungen im Zusammenhang mit dem SEPA-Lastschriftmandat an den Versicherungsnehmer gesendet werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Sofern ich als Versicherungsnehmer nicht Kontoinhaber bin, werde ich alle Mitteilungen im Zusammenhang mit dem SEPA-Lastschriftmandat an den Kontoinhaber weiterleiten.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Ort, Datum

Gegebenenfalls Unterschrift des Beraters