

# SEPA – Lastschriftmandat

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

Alternativ als Anhang einer E-Mail an: [fpbservicecenter@aviva.com](mailto: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:

Aviva Life & Pensions  
UK Limited

GB92ZZZSDDMIDL62344840025051231081

## Wenn Kontoinhaber nicht Versicherungsnehmer:

Straße/Hausnr.:

PLZ / Wohnort:

Geburtsort:

Ausweisnr.:

Reisepass  Personalausweis

Ausstellungsdatum:  Behörde:

datum:

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