



LASTSCHRIFTMANDAT

Hiermit ermächtige ich die BDAE Holding GmbH, welche von der BDAE Expat GmbH zur Vertragsverwaltung sowie zum Inkasso bevollmächtigt ist, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BDAE Holding GmbH für den Versicherer gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Einzug ist erkennbar an der Gläubiger-Identifikationsnummer DE23ZZZ00000131378 sowie an der Mandatsreferenznummer. Der Einzug wird immer zum ersten eines Monats erfolgen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht angenommen.

Name/Firma (Kontoinhaber):
Vorname(n) (Kontoinhaber):
Anschrift (Kontoinhaber):
Versicherungs-/Rahmenvertragsnummer der versicherten Person(en):
Name(n)/Vorname(n) der versicherten Person(en):
Bank (Name/Ort):
IBAN:
BIC:

DABEI BITTE ICH UM FOLGENDE ZAHLWEISE:

Zahlweise*: (*bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> jährlich	<input type="checkbox"/> halbjährlich (+2%)	<input type="checkbox"/> vierteljährlich (+3%)	<input type="checkbox"/> monatlich (+5%)
-----------------------------------	-----------------------------------	---	--	--

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel Kontoinhaber

Stand: 01.05.2015