

Ihr Fels in der Brandung.

Bitte senden Sie das Formular ausgefüllt und unterschrieben zurück an:

kundenservice@wuerttembergische.de

oder per Post an:

Württembergische Versicherung AG
70801 Kornwestheim

Eine Blankovorlage finden Sie auf unserer Homepage www.wuerttembergische.de unter dem Suchbegriff „Sepa-Mandat“

SEPA-Lastschriftmandat

Württembergische Versicherung AG

Gläubiger-Identifikations-Nummer: DE81ZZZ00000052734

Dieses SEPA-Lastschriftmandat verwenden für die vertragliche Vereinbarung mit (Vertragspartner)

Vorname und Name bzw. Firma (Vertragspartner) bzw. Name/TU-Nr. (Trägerunternehmen)

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für:

Versicherungsvertrag Nr. (xx-xxxxxxx-xx)
Unterstützungskassen (U-Verw.grp. 02-...)
Hypothekendarlehen (Nr. 7- ...)

Bitte immer angeben!

und **ALLE weiteren** Versicherungsverträge des oben genannten Vertragspartners beim Konzernverbund „Wüstenrot und Württembergische“

und **folgende weitere** Versicherungen

Änderung gültig ab:

sofort

dem

Angaben zum Konto

Kreditinstitut (Name)

BIC

IBAN

LKZ

Prüfz.

BLZ

Kontonummer

Abweichender Kontoinhaber (Angaben erforderlich, wenn Kontoinhaber nicht Vertragspartner)

(Hinweis: Ein abweichender Kontoinhaber ist nicht bei Verträgen im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung zulässig. Bei Riester-Renten ist nur der Ehegatte bzw. eingetragene Lebenspartner möglich, falls eine gemeinsame Veranlagung erfolgt.)

Vorname, Zuname bzw. Firma

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Die Württembergische Versicherung AG führt das Inkasso im Auftrag für die folgenden Unternehmen aus dem Konzernverbund „Wüstenrot und Württembergische“ aus:

Württembergische Versicherung AG, Württembergische Lebensversicherung AG, Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG, Württembergische Krankenversicherung AG und für die Unterstützungskassen Versorgungseinrichtung Karlsruhe e. V., Arbeitnehmer Vorsorge Management Karlsruhe e.V. und VdVA Unterstützungskasse e.V.

Ich/Wir ermächtige/n die Württembergische Versicherung AG, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meine/unsere Bank an, die von der Württembergische Versicherung AG von meinem/unserem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Datum der Abbuchung, den abgebuchten Betrag zurückfordern. Es gelten dabei die mit meiner/unserer Bank vereinbarten Bedingungen. Ich weiß/Wir wissen, dass durch diese Rückerstattung mein/unser Versicherungsschutz bzw. meine Versorgung (bei Unterstützungskassen) gefährdet wird, da der Versicherungsbeitrag bzw. die Zuwendung (bei Unterstützungskassen) rückwirkend als nicht bezahlt gilt. Die Rechtsfolgen entnehme ich/entnehmen wir den allgemeinen Versicherungsbedingungen meines/unseres Vertrags bzw. den Bestimmungen der Unterstützungskasse. Der Versicherer bzw. die Unterstützungskasse wird spätestens 5 Tage vor Einreichung der ersten Lastschrift und bei Änderungen über den Lastschriftbetrag und das Datum der Abbuchung informieren. Ich verpflichte mich/wir verpflichten uns, dem Versicherer bzw. der Unterstützungskasse meine/unsere aktuellen Adressdaten zu melden.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers bzw. des Trägerunternehmens

