

Versicherungsnummer:

ADVOCARD**Rechtsschutzversicherung AG**

Postfach: 20066 Hamburg

Adresse: Überseering 2, 22297 Hamburg

Gläubiger-Identifikations-Nr.
DE 47 ZZZ 000000 28805

Das Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen

 Abweichend hiervon gilt das Mandat nur für eine einmalige Zahlung**MANDATSREFERENZ**

Die Mandatsreferenz teilt Ihnen ADVOCARD vor der ersten Abbuchung mit.

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Ich ermächtige/Wir ermächtigen ADVOCARD, Beiträge von meinem/unserem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die dieses Konto betreffenden Lastschriften der ADVOCARD Rechtsschutzversicherung AG einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, bei meinem/unserem Kreditinstitut die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

KONTOINHABER Herr Frau Firma

Titel, Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Land	Postleitzahl	Wohnort
------	--------------	---------

BANKVERBINDUNG

IBAN

Name des Kreditinstituts	BIC
--------------------------	-----

ORT, DATUM UND UNTERSCHRIFT(EN) KONTOINHABER

Ort	Datum	Unterschrift(en) Kontoinhaber 
-----	-------	--

VERSICHERUNGSNEHMER/ANTRAGSTELLER

Bitte ausfüllen, wenn der Versicherungsnehmer/Antragsteller nicht der oben angegebene Kontoinhaber ist.

 Herr Frau Firma

Titel, Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Land	Postleitzahl	Wohnort	Geb.-Datum
------	--------------	---------	------------