

Dialog Versicherung AG  
Adenauerring 7  
81737 München

**Dialog Versicherung AG**  
**81718 München**

**Gläubiger-Identifikationsnummer**  
**DE 98 ZZZ 000021 03396**

Das Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen.

Abweichend hiervon gilt das Mandat nur für eine einmalige Zahlung.

## Mandatsreferenz

Die Mandatsreferenz teilt Ihnen die Dialog Versicherung AG vor der ersten Abbuchung mit.

## Einzugsermächtigung

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

### Hinweis:

Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, verlangen, dass der belastete Betrag zurückerstattet wird. 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 nur ausfüllen, wenn der Versicherungsnehmer / Antragsteller nicht der o. a. Kontoinhaber ist.

Herr  Frau  Firma

Titel, Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Land Postleitzahl Wohnort Geburtsdatum