WWK SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen



2021-05

Bitte das ausgefüllte und unterschriebene Formblatt zurück an die:

WWK Versicherungen, 80292 München

Ich ermächtige die WWK Versicherungen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein unten genanntes Kreditinstitut an, die von den WWK Versicherungen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Der SEPA-Basislastschrift-Einzug wird mir spätestens fünf Kalendertage im Voraus mit der Angabe der weiteren Fälligkeitstermine angekündigt.

Das Mandat ist nur vollständig ausgefüllt und mit Datum und Unterschrift des Kontoinhabers gültig. Mandatsreferenznummer: Ihre Mandatsreferenznummer erhalten Sie nachträglich.

Dieses Mandat gilt	ab so	ofort	t ode	er a	b de	em:																
_							Dε	atum							_							
Bankverbindung:				ı	1							l					ĺ		ĺ			
	IBAN		<u> </u>						1 1													
BIC						N	amı	e de	s Kre	ditir	netit	ıte										
						1 4	anne	, acc	3 1(10	uitii	ioni	ato										
Kontoinhaber:																						
Anrede, Titel, Vorname u	nd No.	-bnon																				
Anrede, Titel, Vorname u	na ivad	cnnan	ne																			
Straße, Hausnummer, Po	stleitz	ahl, W	Vohno	rt un	ıd La	nd																
Geburtsdatum	seburtsdatum Geburtsor						<u></u>									Staatsangehörigkeit						
Copurioualani	Gebuits datum Gebuits of					•									Ū	iuu	Journ	9011	ongice	J.(.		
Versicherungsneh	mer:	(wenr	1 nich	t Kor	ntoinh	naber	')															
Anrede, Titel, Vorname u	nd Nac	chnan	ne																			
Straße, Hausnummer, Po	ostleitza	ahl, W	Vohno	rt un	nd La	nd																
Geburtsdatum	rtsdatum Geburtso					urtsor	t	<u>t</u>								Staatsangehörigkeit						
D: 05544 / 1 /	. .			_											,	.					,	5
Dieses SEPA-Lastschri		_							abge	escr	าเดรร	sene	n Ve	erträ	ge. I	J di	e na	achs	tehe	end a	utge	führten Verträge.
Der Kontoinhaber		-		_		Man	dat	t:														
(Bitte mindestens eine Ve	Bitte mindestens eine Vertragsnummer angeben)					Versicherungsnummer								Versicherungsnummer								
Weitere Verträge:						ŭ							Ü									
								_									_					
Ort und Datum							—	Ū	nters	schr	ift de	es Ko	onto	inha	bers	;						
WWK Lebensversicherung a. G. Vorstand: Jürgen Schrameier (V.), Rainer Gebhart (stv. V.), Dirk Fassott Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Frank Schindelhauer Sitz München Registergericht München HR B 211 Ust-ID DE129274155 Gl. Id. DE81WWK00000069127	chrameier (V.), Vorstand: Jürgen Schran Rainer Gebhart (stv. V.), Vorsitzender des Aufsich nauer Prof. Dr. Peter Reiff Sitz München nchen HR B 211 Registergericht Müncher 55 Ust-ID DE181215896			hrameier V.), Dirk sichtsra chen HR 0 0200 44	neier (V.), un Dirk Fassott G ottsrats: S R U U n HR B 5553 G			WWK Vermögensverwaltungs und Dienstleistungs CmbH Geschäftsführer: Karl Ruffing, Stefan Sedlmeir Sitz München Registergericht München HR B 76323 Ust-ID DE815128290 Gl. Id. DE38WWK00000069125					WWK Pensionsfonds AG Vorstand: Karl Ruffing, Georg Steinlein Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dirk Fassott Sitz München Registergericht München HR B 146295 Ust-ID DE226897193 Gl. Id. DE65WWK00000069124							WWK IT GmbH Geschäftsführer: Erik Trum Sitz München Registergericht München HR B 257638 Ust-ID DE271418995		
Konto: Bayern LB München IBAN: DE96 7005 0000 0000 0355 40, BIC: BYLADEMMXXX									schrift: I E-Mail: i								9 (89)	51 14-	0 · Fax	(+49 (89	3) 51 14	-23 37

3200-1182