

Bitte zurücksenden an

Frankfurt Münchener Lebensversicherung AG  
Postfach 82 01 17  
81801 München

**Vertragsführende Gesellschaft**  
Frankfurt Münchener Lebensversicherung AG

**Gläubiger-Identifikationsnummer**  
DE86ZZZ00000009479

**Mandatsreferenznummer**  
vergibt die vertragsführende Gesellschaft

**Vertragsnummer/n** (für die das Mandat gelten soll)

## SEPA-Lastschriftmandat

**Ich ermächtige** die vertragsführende Gesellschaft, alle Forderungen zu den o.g. Verträgen (insbesondere Zinsen, Tilgung, Gebühren) bei Fälligkeit von meinem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Diese Ermächtigung gilt auch für künftig vereinbarte Änderungen zu diesen Verträgen (z.B. Abschluss weiterer Versicherungsbausteine).

Mein Geldinstitut **weise ich an**, die Lastschriften der vertragsführenden Gesellschaft einzulösen, die von meinem Konto eingezogen werden.

Der Lastschrifteinzug wird mir spätestens fünf Kalendertage vor dem ersten Einzug angekündigt.

Ich kann innerhalb von acht Wochen - beginnend mit dem Datum der Kontobelastung - die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Dabei gelten die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Beitragszahler  
(Kontoinhaber)

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Bankinstitut

IBAN

BIC

Versicherungsnehmer

Name, falls abweichend vom Beitragszahler

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers

**Rücksendemöglichkeiten**

per Post: Frankfurt Münchener Lebensversicherung AG, Postfach 82 01 17, 81801 München  
per Email: [anfrage.fml@flgruppe.de](mailto:anfrage.fml@flgruppe.de)