

Per Fax: 030/31007-2600 oder 030/31007-2602

Versicherungs-Nr.: _____

Skandia Lebensversicherung AG
Postfach 21 01 50

Versicherungsnehmer:

Name, Vorname bzw. Firma

Geburtsdatum

Versicherte Person:

(wenn abweichend zum Versicherungsnehmer)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Einzugsermächtigung

Bitte vollständig in Blockschrift ausfüllen

Hiermit ermächtige ich die Skandia Lebensversicherung AG widerruflich, zukünftige und ggf. vorhandene rückständige Beiträge zu meinem Vertrag von folgendem Konto abzubuchen:

Kontoinhaber/in _____
(Name, Vorname)

Konto- Nr. _____
(kein Sparkonto)

Bankleitzahl _____

Geldinstitut _____
(Name und Ort)

Bitte buchen Sie die Beiträge ab dem ab.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers