OCC

SEPA-Lastschriftmandat

für die Kfz-Versicherung von historischen und modernen Klassikern

OCC Assekuradeur GmbH
Wielandstraße 14 b-c
23558 Lübeck
www.occ.eu Tel. +49 (0)451 871 84-0
occ@occ.eu Fax +49 (0)451 871 84-900

Bitte zurück an diese Adresse

OCC Assekuradeur GmbH
Wielandstr. 14 b-c 23558
Lübeck

Vermittlernummer	Anmelderegisternummer
05760	D-29C4-3C40H-18

Versicherungsnehmer

B e i t r a g s z a h l e r / - i n

Gläubigerin

Provinzial Nord Brandkasse AG
Sophienblatt 33
24097 Kiel

M a n d a t s r e f e r e n z

D E 5 5 P N B 0 0 0 0 0 1 0 7 6 1 9
Gläubiger-Identifikationsnummer

Ich ermächtige/wir ermächtigen die oben genannten Gläubigerinnen, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meine/weisen wir unsere Bank/Sparkasse an, die von den Gläubigerinnen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meiner/unserer Bank/Sparkasse vereinbarten Bedingungen.

Bank/Sparkasse

IBAN

Allgemeine Informationen zur Lastschriftabbuchung
Sie erhalten eine schriftliche Vorankündigung, welche wir spätestens 5 Bankarbeitstage vor der Abbuchung versenden, und zwar vor der ersten Lastschriftabbuchung nach diesem Mandat oder bei jeder folgenden Lastschriftabbuchung, bei der sich entweder der Beitrag oder das Fälligkeitsdatum ändert.
Der in der Vorankündigung genannte Betrag enthält keine eventuellen Gebühren für Mahnungen oder Rücklastschriften. Sollte eine Lastschrift mangels Kontodeckung nicht einlösbar sein, werden wir wenige Tage
später eine erneute Abbuchung vornehmen, ohne eine erneute Vorankündigung zu versenden. Eventuelle Rücklastschriftgebühren gehen zu Lasten des Beitragszahlers/der Beitragszahlerin.

Hinweis: Ihre personenbezogenen Daten werden bei uns gespeichert. Ausführliche Informationen und Hinweise zu Ihren Rechten finden Sie unter www.provinzial.de/datenschutz.

O r t / D a t u m

Unterschrift Beitragszahler/-in