

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**  
DE29ZZZ00000011766

**Mandatsreferenz:**  
wird separat mitgeteilt

Hübener Versicherungs AG  
Ballindamm 37  
20095 Hamburg

**Versicherungsnehmer**

\_\_\_\_\_  
Vorname und Nachname bzw. Firmenname

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

**Kontoinhaber (wenn abweichend)**

\_\_\_\_\_  
Vorname und Nachname bzw. Firmenname

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

**Erklärung des Kontoinhabers/der Kontoinhaber**

Ich/wir ermächtige/ermächtigen die Hübener Versicherungs AG, Ballindamm 37, 20095 Hamburg Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir unser unten genanntes Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Die zukünftig fälligen Prämien werden von meinem/ unserem Konto abgebucht. Dies gilt jedoch nicht für bereits erhobene Prämien. Der Versicherer informiert den Zahlungspflichtigen (Versicherungsnehmer) spätestens fünf Tage vor dem Abbuchungstermin über den anstehenden Einzug.

Dieses SEPA-Basis-Lastschriftmandat gilt für  den Vertrag \_\_\_\_\_.  
 alle Verträge des vorgenannten Versicherungsnehmers.

**DE** \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Name des Kreditinstituts

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers und ggf. Stempel