**Gemeinnützige Haftpflichtversicherungsanstalt Kassel**

Falderbaumstraße 41
34123 Kassel

**Service Hotline:**
Telefon 0561 50656-777 · Telefax 0561 50656-888
info@hava-kassel.de · www.hava-kassel.de

# SEPA-Basis-Lastschriftmandat

## Zahlungsempfänger

| | |
|---|---|
| Name des Zahlungsempfängers | Gemeinnützige Haftpflichtversicherungsanstalt Kassel |
| Straße, Haus-Nr. | Falderbaumstraße 41 |
| PLZ, Wohnort | 34123 Kassel |
| Land | Deutschland |
| Gläubiger-Identifikationsnummer | DE23ZZZ00000567102 |
| Mandatsreferenz | _____ |
| Versicherungs-Nr. | _____ |

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut widerruflich an, die vom Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

## Zahlungsart

☒ Wiederkehrende Zahlung ☒ Einmalige Zahlung

## Zahlungspflichtiger

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Wohnort _____

Land _____

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

BIC (8 oder 11 Stellen)

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Ort, Datum** **Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**