

**Hinweise** Bitte **alle Felder** zur **Zahlungsart und Kontoverbindung ausfüllen**.  
**Ihre Rechte** zum SEPA-Lastschrift-Mandat sind in einem **Merkblatt** enthalten, das Sie **von Ihrem Geldinstitut** erhalten.  
 Sie können **innerhalb von 8 Wochen**, beginnend mit dem Belastungsdatum, **die Erstattung des belasteten Betrages verlangen**.  
 Es gelten dabei die mit Ihrem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Angaben zum Zahlungsempfänger** Gothaer Lebensversicherung AG Gläubiger ID DE16ZZZ00000070200  
 Arnoldiplatz 1  
 50969 Köln

**Mandatsreferenz** \_\_\_\_\_ Vom Zahlungsempfänger auszufüllen.

**Verwendungszweck** \_\_\_\_\_  
 Versicherungsschein-/ Antragsnummer des zugrunde liegenden Vertrages (falls bekannt)

**Ich ermächtige / Wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Geldinstitut an, die vom oben genannten Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.**  
 Zugleich erkläre ich / erklären wir uns damit einverstanden, dass die Mindestfrist zur Vorab-Information einer SEPA-Basislastschrift (Pre-Notification) von 14 auf 5 Arbeitstage verkürzt wird.

**Zahlungsart**  Wiederkehrende Zahlung  Einmalige Zahlung

**Datum erster Einzug/ Gültig ab** \_\_\_\_\_

**Angaben zur Kontoverbindung des Zahlungspflichtigen** Anrede, Vorname, Name \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

IBAN (Internationale Bankkontonummer) \_\_\_\_\_

BIC (Internationale Bankleitzahl des Geldinstituts) \_\_\_\_\_ Name des Geldinstituts \_\_\_\_\_  
 Im europäischen Währungsraum nicht erforderlich.

**Ort, Datum und Unterschriften**

Ort	Datum	<b>X</b> Unterschrift des Zahlungspflichtigen	<b>X</b> Unterschrift des 2. Zahlungspflichtigen
-----	-------	--	---

**Zur Information** **Angaben zum Vertragsverhältnis zwischen Zahlungsempfänger und Zahlungspflichtigen.**

**Bei abweichendem Beitragszahler** \_\_\_\_\_ Dieses Feld nicht ausfüllen, falls Sie für sich selbst zahlen.  
 Name des Versicherungsnehmers

**Abbuchungstermin**  1. eines Monats  15. eines Monats (nicht bei fondsgebundenen Tarifen/nicht bei Einmalbeiträgen)  wie bisher

**Hinweise zur Datenverarbeitung und den Ihnen zustehenden Rechten nach Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)** Nach Art. 13 DSGVO möchten wir Ihnen Informationen zur Datenverarbeitung geben. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die **Gothaer Lebensversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln, E-Mail info@gothaer.de**. Alle weiteren Informationen nach Art. 13 DSGVO finden Sie im Datenschutz-Informationsblatt. Dieses enthält insbesondere Angaben zur **Kontaktmöglichkeit zum Datenschutzbeauftragten, zum Zweck und zur Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung, zu den Empfängern personenbezogener Daten, zur Speicherdauer, zu Ihren Betroffenenrechten und zu eventuell eingesetzten automatisierten Entscheidungen**. Das Informationsblatt finden Sie in der jeweils aktuellen Fassung unter [www.gothaer.de/datenschutz](http://www.gothaer.de/datenschutz).