

Zurück an:

**Deutsche Ärzteversicherung AG**  
**VFB-RW**  
**Gustav-Stresemann-Ring 12-16**  
**65189 Wiesbaden**

oder per

**Email: FB-KSRW@axa.de**  
**FAX: 0611 363-14723**

Baudarlehen:

### SEPA – Lastschriftmandat

**Bitte beachten Sie: Dieses Mandat darf nur und ausschließlich durch einen Darlehensnehmer dieses Immobiliär-Verbraucherdarlehensvertrages erteilt werden**

Ich (Wir) ermächtige(n) die **Deutsche Ärzteversicherung AG**, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich (wir) mein (unser) Kreditinstitut an, die von der Deutsche Ärzteversicherung AG auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen. 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. Ich bin (Wir sind) damit einverstanden, dass die Frist für die Ankündigung des Lastschritfeinzugs von 14 Kalendertagen auf 5 Kalendertage vor Fälligkeit der Lastschriftzahlung verkürzt wird. Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen Lastschriftbeiträgen genügen eine einmalige Ankündigung vor dem ersten Lastschritfeinzug und die Angabe der Fälligkeitstermine.

#### Zahlungsempfänger

Gläubiger: AXA Konzern AG / Deutsche Ärzteversicherung AG, Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23G0100000066097  
Mandatsreferenz: wird gesondert mitgeteilt

#### Kontoinhaber

Titel, Anrede:	
Vorname:	
Nachname:	
Geburtsdatum:	
Strasse, Hausnummer:	
PLZ, Ort, Land:	
Kreditinstitut (Name):	
IBAN:	

Bei vorgenommenen Änderungen / Streichungen im SEPA-Lastschriftmandat können keine Lastschriften eingezogen werden. Ich (Wir) bin (sind) damit einverstanden, dass die Deutsche Ärzteversicherung AG auch alle bestehenden offenen Posten per SEPA-Lastschrift einzieht.

Ort, Datum

---

Unterschrift(en) Kontoinhaber:

---