

Per Fax: 030/31007-2600 oder 030/31007-2602

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Skandia Lebensversicherung AG  
Postfach 21 01 50

**Versicherungsnehmer:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname bzw. Firma

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

**Versicherte Person:**

(wenn abweichend zum Versicherungsnehmer)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

## Einzugsermächtigung

Bitte vollständig in Blockschrift ausfüllen

Hiermit ermächtige ich die Skandia Lebensversicherung AG widerruflich, zukünftige und ggf. vorhandene rückständige Beiträge zu meinem Vertrag von folgendem Konto abzubuchen:

Kontoinhaber/in \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

Konto- Nr. \_\_\_\_\_  
(kein Sparkonto)

Bankleitzahl \_\_\_\_\_

Geldinstitut \_\_\_\_\_  
(Name und Ort)

Bitte buchen Sie die Beiträge ab dem ..... ab.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers