

1. Bitte drucken Sie das anliegende Formular aus und schicken es befüllt und unterschrieben zurück an:

**ACM Versicherung AG  
Schutz Verwaltungsservice  
Postfach 16 67  
77606 Offenburg**

2. Nach erfolgter Prüfung werden wir Sie informieren.

ACM Versicherung AG  
Schutz Verwaltungsservice  
Postfach 16 67  
77606 Offenburg

### Änderung der Zahlungsart/-intervalls

Name des Versicherungsnehmers: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kontakt E-Mail oder Tel.: \_\_\_\_\_

Produktname: Unfall \_\_\_\_\_

Versicherungsscheinnummer: \_\_\_\_\_

**Zahlungsart:**

- Überweisung (nur bei jährlicher Zahlungsweise möglich)
- SEPA- Lastschriftmandats

**Zahlungsintervalls:**

- Monatlich
- Vierteljährlich
- Halbjährlich
- Jährlich

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die ACM Versicherung AG, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der ACM Versicherung AG auf meinem/unserem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:**

Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

<b>Persönliche Daten und Bankverbindung des Prämienzahlers</b>		
<b>Persönliche Daten</b>	Titel:	_____
	Name:	_____
	Geburtsname:	_____
	Vorname:	_____
	Geburtsdatum:	_____
	Geburtsland, -ort:	_____
	Steuerwohnsitz:	_____
	Nationalität:	_____
Straße, Hausnr.:	_____	
Postleitzahl:	_____ Ort: _____	
<b>Bankverbindung</b>	IBAN:	_____
	BIC:	_____

Die ACM Versicherung AG wird mich vor dem Fälligkeitstermin informieren, falls sich der Fälligkeitstermin oder die Höhe der Zahlungen ändert. Wird die Änderung durch die ACM Versicherung AG veranlasst (z.B. bei einer vereinbarten dynamischen Anpassung), so wird diese Information spätestens 14 Tage vor Fälligkeit erstellt. Erfolgt die Änderung auf Wunsch des Versicherungsnehmers, so kann sich diese Frist auf bis zu einen Tag verkürzen, wenn dadurch die gewünschte Änderung beim Lastschrifteinzug berücksichtigt wird. Sofern zum mir bekannten Fälligkeitstermin keine ausreichende Kontodeckung besteht, darf die ACM Versicherung AG die fälligen Zahlungen ausnahmsweise innerhalb eines Monats nach dem vereinbarten Fälligkeitstermin einziehen, ohne dass es dafür einer gesonderten Information bedarf.

Die Verarbeitung der uns mit diesem Lastschriftmandat bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person richtet sich nach der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Die Datenverarbeitung und -nutzung ist dem Gläubiger und dem angegebenen Kreditinstitut vorbehalten und geschieht nur im Rahmen der Zweckbestimmung dieses Mandats. Sie haben als Betroffener nach der DSGVO ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei bei den betroffenen Stellen gespeicherten Daten.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

---

Ort, Datum

Unterschrift des Prämienzahlers