

SEPA Lastschriftenmandat

Einzugsermächtigung

Zahlungsart per sofort:

- 1/12 monatlich 1/2 halbjährlich
 1/4 vierteljährlich 1/1 jährlich

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die, Zahlungen von meinem/unserem Konto (Zeichnungsberechtigten) mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der, auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Er gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

KontoinhaberIn

Als Zahlungspflichtige/r gelten für mich die Bedingungen unter „Prämienzahlung/Gebühren/Aufwandersatz“ betreffend Prämienzahlung mit SEPA-Lastschrift sowie bei Nichtzahlung Abgeltung von Mehraufwendungen und Gebühren – auch wenn ich nicht VersicherungsnehmerIn bin.

Anrede: Frau Herr Firma

Nachname/Firmenname:Vorname:.....

Adresse:

PLZ: Ort:

IBAN: BIC:

Die Ermächtigung gilt für folgende Verträge (Bitte Polizzenummer angeben, sofern bereits bekannt):

.....

Unterschrift KontoinhaberIn

Ort/Datum: x