

SEPA-LASTSCHRIFT-MANDAT (ERMÄCHTIGUNG)

| | |
|--------------------------|---|
| Zahlungsempfänger | WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group Schottenring 30, 1010 Wien registriert beim Handelsgericht Wien unter FN 333376i, DVR 4001506 |
| Creditor-ID | AT18ZZZ00000003104 |

Ich/Wir ermächtige/n die WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Wiener Städtischen auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich/wir kann/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.

| | | |
|--------------------|---------|-------|
| Polizzenummer | | |
| Familienname | Vorname | Titel |
| Straße, Hausnummer | | |
| Postleitzahl, Ort | | |

| | |
|-------------|--|
| IBAN | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| BIC | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

| | |
|------------|-----------------|
| Ort, Datum | Unterschrift/en |
|------------|-----------------|