

Mandat für die SEPA-Basislastschrift

austrian Life Insurance AG

Rivergate, Handelskai 92, Gate 2, 4. OG, 1200 Wien, Österreich

Gläubiger-ID: AT94ZZZ00000005228

Polizzenummer: _____

Mandatsreferenz: _____

Name des Zahlers: _____

Anschrift des Zahlers: _____

Strasse, Hausnr. _____

Land, PLZ, Ort _____

E-Mail des Zahlers: _____

Geburtsdatum des Zahlers (tt.mm.jjjj): _____

IBAN: _____

BIC: _____

☒ Bitte Zutreffendes ankreuzen

☐ Zahler ist Versicherungsnehmer

☐ Zahler ist nicht Versicherungsnehmer

Ich ermächtige die austrian Life Insurance AG wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der austrian Life Insurance AG auf mein Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum

Unterschrift des Zahlers

Bitte senden Sie uns auch eine gültige Lichtbildausweiskopie des oben angeführten Kontoinhabers zu.