

SEPA-LASTSCHRIFT-MANDAT (ERMÄCHTIGUNG)

WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG
Vienna Insurance Group
Team s Versicherung
Wipplingerstraße 36-38
1010 Wien

Polizzenummer (Mandatsreferenz): _____

Versicherungsnehmer (Titel, Vorname, Zuname oder Firmenname, Rechtsform)	
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort, Staat

Ich/Wir ermächtige/n den Zahlungsempfänger

WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG
Vienna Insurance Group
Schottenring 30
1010 Wien
Creditor-ID: AT18ZZZ00000003104

Zahlungen von nachstehender Bankverbindung mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der WIENER STÄDTISCHEN Versicherung AG Vienna Insurance Group auf dieses Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Bitte IBAN eintragen (International Bank Account Number = 20 Stellen – bitte jeweils 4 Stellen eintragen):

IBAN (International Banking Account Number)

BIC (Bank Identifier Code)

Kontowortlaut (falls nicht ident mit Versicherungsnehmer)

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

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers