

Vorname, Name des Versicherungsnehmers
(wird vom Vermittler ausgefüllt)

Versicherungsnummern(n)

ERGO Versicherung AG Deutschland,
Niederlassung für Österreich
1110 Wien

SEPA-Basislastschriftmandat für wiederkehrende Zahlung

Zahlungsempfänger	Gläubiger-ID
ERGO Versicherung AG Deutschland, Niederlassung für Österreich Modecenterstr. 17, 1110 Wien	AT671910000048055000

Der Kontoinhaber erteilt je Vertrag ein Mandat. Das jeweilige Mandat wird nur dem Zahlungsempfänger erteilt, mit dem ein Vertrag geschlossen wird/besteht.

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

Hinweis: Ich kann/Wir 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.

Der Lastschritfeinzug wird spätestens fünf Kalendertage im Voraus unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine angekündigt.

Kontoinhaber

☐ Frau ☐ Herr ☐ Firma ☐ ja ☐ nein
Ich bin Versicherungsnehmer

Vorname

Name, Firma

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

E-Mail Adresse (optional)

IBAN

BIC

Name des Kreditinstituts

Das oben angegebene Konto soll zum ☐ 1. ☐ 8. ☐ 16. ☐ 24. des Fälligkeitsmonats belastet werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers