

# SEPA-Lastschrift-Mandat



Zu Polizzenummer \_\_\_\_\_

Mandatsreferenz	WIRD SEPARAT MITGETEILT
Zahlungsempfänger	GARANTA Österreich Versicherungs-AG 5020 Salzburg, Moserstraße 33 Österreich
Creditor-ID	AT78ZZZ00000002606

Zahlungsart	Wiederkehrende Zahlung
-------------	------------------------

Ich/Wir ermächtigen die GARANTA Österreich Versicherungs-AG Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von GARANTA Österreich Versicherungs-AG 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. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger				
Nachname	_____	Vorname	_____	
Straße, Hausnummer	_____			
PLZ, Ort	_____			
Kreditinstitut Name	_____			
IBAN	_____	BIC	_____	
Zahlweise	monatlich	vierteljährlich	halbjährlich	jährlich

Angabe des Versicherungsnehmers bei <u>abweichendem Prämienzahler</u>				
Falls Sie die Zahlung aufgrund eines Versicherungsvertrages zwischen der GARANTA Österreich Versicherungs-AG und einer anderen Person (Versicherungsnehmer) tätigen, tragen Sie bitte den Namen des Versicherungsnehmers hier ein.				
Dieses Feld nicht ausfüllen, wenn Sie für Ihren eigenen Versicherungsvertrag bezahlen!				
Nachname	_____	Vorname	_____	

<input type="checkbox"/> Ich/Wir wünsche(n), dass für die Lastschriften zu diesem Versicherungsvertrag das bereits bestehende Mandat zum unten angegebenen Versicherungsvertrag herangezogen wird. Dadurch entsteht bei der Abbuchung für mehrere Versicherungsverträge nur eine einzelne Buchungszeile.
Vertragsnummer bzw. Mandatsreferenznummer: _____

### Hinweis:

Ihre Rechte zu obigem Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das Sie von Ihrem Kreditinstitut erhalten können.

Für die Vorabinformation (Pre-Notification) im Sinn des SEPA-Lastschriftverfahrens wird eine Frist von 3 Tagen vereinbart

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Zahlungspflichtigen \_\_\_\_\_