



## SEPA-Lastschriftmandat

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Zahlungsempfänger</b> | HDI Versicherung AG<br>Edelsinnstraße 7-11, A-1120 Wien<br>Firmenbuchnummer: 91142 h<br>Firmenbuchgericht: Handelsgericht Wien<br>UID: ATU15364102 |
| <b>Creditor-ID</b>       | AT96ZZZ00000002670   |

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die HDI Versicherung AG Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der HDI Versicherung AG auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich kann/Wir können innerhalb von 56 Tagen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

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

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

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