

A 9020 Klagenfurt am Wörthersee  
Domgasse 21  
Telefon: 0463 5818-0  
Telefax: 0463 5818-600  
E-Mail: [anfragen@klv.at](mailto:anfragen@klv.at) | [www.klv.at](http://www.klv.at)

DVR: 0027511 | FN 97361d | LG Klagenfurt  
UID: ATU 25275706  
Bankverbindung: BKS  
Konto-Nr.: 100-112876 | BLZ 17000  
IBAN: AT73 1700 0001 0011 2876  
BIC: BFKKAT2K

## SEPA-Lastschriften-Mandat (Ermächtigung)

### Auftraggeber

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

IBAN: 

A	T																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mandatsreferenz (Polizzennr.) \_\_\_\_\_

Creditor-ID: **AT34ZZZ00000006696**  
**Kärntner Landesversicherung aG**  
**Domgasse 21, 9020 Klagenfurt am Wörthersee, Telefon: 0463 5818-0**

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die **Kärntner Landesversicherung aG**, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der **Kärntner Landesversicherung 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.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) der (des) Ermächtigungsgeber(s)