

## SEPA-LASTSCHRIFT-MANDAT (ERMÄCHTIGUNG)

<b>Zahlungsempfänger</b>	WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group Schottenring 30, 1010 Wien  registriert beim Handelsgericht Wien unter FN 333376i, DVR 4001506
<b>Creditor-ID</b>	<b>AT18ZZZ00000003104</b>

Ich/Wir ermächtige/n die WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Wiener Städtischen auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich/wir kann/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.

Polizzenummer		
Familienname	Vorname	Titel
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl, Ort		

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

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