

## SEPA-Lastschrift-Mandat

Zahlungsempfänger: Europäische Reiseversicherung AG  
Kratowjlestrasse 4  
A-1220 Wien

Gläubiger-Identifikationsnummer  
(Creditor ID): **AT37ZZZ00000002762**

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen die Europäische Reiseversicherung AG, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Europäischen Reiseversicherung AG auf mein/ unser Konto gezogenen 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.

**Vermittlernummer:** \_\_\_\_\_

**Name/Firma des Zahlungspflichtigen**  
(Kontoinhaber): \_\_\_\_\_

Anschrift des Zahlungspflichtigen:

\_\_\_\_\_  
Vorname Nachname (Firma) Titel

\_\_\_\_\_  
Straße Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl Ort

**IBAN** \_\_\_\_\_

**BIC\*** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\*(Nur für Auslandsüberweisungen erforderlich)

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) des/der Kontozeichnungsberechtigten