

Ermächtigung zum Einzug von Prämien mit SEPA-Lastschrift

Polizze Nr.:

Versicherungsnehmer:

Geb.Datum:

Zahlungsempfänger: ERGO Versicherung Aktiengesellschaft
(Kreditoridentifikationsnr: AT20ZZZ00000002777),
ERGO Center, Businesspark Marximum / Objekt 3, Modecenterstraße 17, 1110 Wien, registriert beim
Handelsregister Wien, FN 101528 g, UID-NR. ATU 15366306.

Ich (Wir) ermächtige(n) die ERGO Versicherung AG, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der ERGO Versicherung AG auf mein (unser) Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich (wir) informieren einen eventuell abweichenden Zahler über die Zahlungsformalitäten. Vor der ersten Abbuchung oder bei Änderungen informiert die ERGO Versicherung AG vor Durchführung der SEPA-Lastschrift unter Angabe der Mandatsreferenz. Diese wird separat mitgeteilt. Die Frist für die Vorabinformation im Sinne des SEPA-Lastschriftverfahrens wird auf 7 Tage gekürzt.

Hinweis: Ich (Wir) kann (können) innerhalb von 8 Wochen ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bankdaten des Prämienzahlers:

Name und Geburtsdatum des Prämienzahlers (wenn **abweichend** vom Versicherungsnehmer):

Name:

Geb.datum:

Adresse des Prämienzahlers (wenn **abweichend** vom Versicherungsnehmer):

IBAN:

BIC:

bei (genaue Bezeichnung des Kreditunternehmens):

Zahlungsempfänger:

ERGO Versicherung Aktiengesellschaft
ERGO Center
Businesspark Marximum / Objekt 3
Modecenterstraße 17
1110 Wien
Österreich

Ort, Datum

Unterschrift des/der Kontozeichnungsberechtigten