

Einzugsermächtigung

Grazer Wechselseitige Versicherung AG
8010 Graz, Herrengasse 18-20
Creditor-ID: AT18ZZZ00000002425



SEPA Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Grazer Wechselseitige Versicherung AG, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Grazer Wechselseitigen Versicherung AG auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich bin/Wir sind einverstanden, die Informationen der Lastschrift mit der Polizze, jedoch spätestens einen Werktag vor dem Bankeinzugstag, zu erhalten.

Name: _____

Anschrift: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Pol.Nr.: _____ gilt auch für alle übrigen Polizzen

1. Prämienabbuchung erfolgt zur Vertragsfälligkeit
 15. Tag des Monats bzw. am darauffolgenden Werktag

Mandatsreferenz: WIRD SEPARAT MITGETEILT

Ort, Datum

Unterschrift(en) des (der)
Kontozeichnungsberechtigten