

SEPA-LASTSCHRIFT-MANDAT

Bitte füllen Sie dieses Formular in DRUCKBUCHSTABEN aus.

Für Vermerke des Zahlungsempfängers: Bitte Versicherungsnummer angeben



Bitte vergewissern Sie sich, dass Ihre Bank/Bausparkasse die SEPA-Richtlinien erfüllt, bevor Sie dieses Formular ausfüllen. Falls Ihre Bank die SEPA-Richtlinien nicht erfüllt, wählen Sie bitte eine andere Zahlungsmethode.

Ich ermächtige (A) Allianz Care, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein Kreditinstitut an, die von Allianz Care auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: 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. Hinweis: Meine/ Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich/ wir von meinem/ unserem Kreditinstitut erhalten kann/ können.

ZÄHLUNGSEMPFÄNGER

Name **ALLIANZ WORLDWIDE CARE**
 Adresse **15 JOYCE WAY, PARK WEST BUSINESS CAMPUS, NANGOR ROAD, DUBLIN 12, IRLAND**
 Identifikationsnummer **GB06632SDDCIT00000022121137**
 Zahlungsart Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

ZÄHLUNGSPFLICHTIGER

Name des Kontoinhabers/Namen der Kontoinhaber
 Adresse des Kontoinhabers/der Kontoinhaber
 Ort
 Postleitzahl
 Land
 Versicherungsnummer
 Name des Kreditinstituts
 Adresse des Kreditinstituts
 Bankkontonummer Bankleitzahl
 Internationale Bankkontonummer - IBAN
 Internationale Bankleitzahl des Instituts

Unterschrift(en)
 Name(n) in Druckbuchstaben
 Unterzeichnet in
 Datum

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns wichtig.

Um unseren Datenschutzhinweis zu lesen, gehen Sie bitte auf: <https://www.allianzcare.com/de/datenschutz.html>

BITTE SENDEN SIE DAS AUSGEFÜLLTE UND UNTERZEICHNETE FORMULAR AN:

Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland