

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, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein Kreditinstitut an, die von Allianz 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.

Zahlungsempfänger

Name ALLIANZ WORLDWIDE CARE
Adresse 15 JOYCE WAY, PARK WEST BUSINESS CAMPUS, NANGOR ROAD, DUBLIN 12, IRLAND
Identifikationsnummer GB06632SDDCITI00000022121137
Identifikationsnummer ☒ Wiederkehrende Zahlung ☐ Einmalige Zahlung

Zahlungspflichtiger

Name des Kontoinhabers/Namen der Kontoinhaber
Adresse des Kontoinhabers/der Kontoinhaber - Straße und Hausnummer

Ort
Postleitzahl
Land
Versicherungsnummer
Name des Kreditinstituts
Adresse des Kreditinstituts

Bankkontonummer Bankleitzahl
Internationale Bankkontonummer - IBAN
Swift/BIC

Unterschrift(en)
Name(n) in Druckbuchstaben

Unterzeichnet in
Datum T T / M M / J J J J

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