

# 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 meine Bank an, die von Allianz auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meiner Bank vereinbarten Bedingungen. Hinweis: Meine Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich von meiner Bank erhalten kann.

## Zahlungsempfänger

Name AWP HEALTH & LIFE SA  
 Adresse 7 RUE DORA MAAR, 93400 ST OUEN SUR SEINE, FRANCE  
 Identifikationsnummer FR31ZZZ8A79D3  
 Zahlungsart ☐ Wiederkehrende Zahlung ☐ Einmalige Zahlung

## Zahlungspflichtiger

Name des Kontoinhabers

Adresse des Kontoinhabers - Straße und Hausnummer

Ort

Postleitzahl

Land

Referenznummer

Name der Bank

Adresse der Bank

Bankkontonummer

Bankleitzahl

Internationale Bankkontonummer - IBAN

Internationale Bankleitzahl der Bank

Unterschrift(en)

Name(n) in Druckbuchstaben

Unterzeichnet in

Datum (TT/MM/JJJJ) / /

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns wichtig. Um unseren Datenschutzhinweis zu lesen, gehen Sie bitte auf: [www.allianzcare.com/de/datenschutz.html](http://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, D12 XE93, Irland