



HYPO-VERSICHERUNG AG
JUNGFERNGASSE 10
8010 GRAZ
AUSTRIA
Creditor-ID: AT59ZZZ00000003821

Einzugsermächtigung / SEPA Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die HYPO-VERSICHERUNG AG, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der HYPO-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:	
IBAN:	BIC:
Kreditinstitut:	
Polizzennummer:	
Mandatsreferenz: Wird separat mitgeteilt	

gilt auch für alle übrigen Polizzen

Ort, Datum

Unterschrift(en) des (der) Kontozeichnungsberechtigten