

**Zahlungsempfänger:** Europäische Reiseversicherung AG  
Kratowjlestraße 4  
A-1220 Wien

**Gläubiger-Identifikationsnummer**  
(Creditor ID): **AT37ZZZ00000002762**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Europäische Reiseversicherung AG, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Europäischen Reiseversicherung AG auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

**Polizzenummer** \_\_\_\_\_

**Name/Firma des Zahlungspflichtigen**  
(Kontoinhaber):

\_\_\_\_\_  
Vorname Nachname (Firma) Titel

**Anschrift des Zahlungspflichtigen:**

\_\_\_\_\_  
Straße Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ Ort

**IBAN** \_\_\_\_\_

**BIC** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) des / der Kontozeichnungsberechtigten