



Kundenstammlblatt SEPA-Lastschrift-Mandat

Zahlungsempfänger: SK Versicherung AG
Bräuhausgasse 7-9
1050 Wien

Gläubiger-Identifikationsnummer:
(Creditor ID) AT59ZZZ00000002948

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die SK Versicherung AG, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der SK Versicherung 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/Geschäftsfallnummer:

Name / Firma des Zahlungspflichtigen

Kontoinhaber: Nachname (Firma) Vorname Titel

Anschrift des Zahlungspflichtigen: Geburtsdatum

Straße Hausnummer

Postleitzahl Ort

IBAN / BIC: IBAN

BIC
(nur bei ausl. Konten erforderlich)

Damit wir in Zahlungsverkehrs-Angelegenheiten einfach mit Ihnen in Verbindung treten können, ersuchen wir Sie, uns entweder eine Mailadresse oder eine Telefonnummer bekannt zu geben:

E-Mail: Tel.:

Für die Vorabinformation (Pre-Notification) im Sinne des SEPA-Lastschriftverfahrens wird eine Frist von mindestens 2 Tagen vereinbart.

Ort, Datum _____
Unterschrift(en) des / der Kontozeichnungsberechtigten

Aufsichtsbehörde: Finanzmarktaufsicht (FMA), Otto-Wagner-Platz 5, 1090 Wien
Beschwerdestelle: Etwaige Beschwerden können Sie per Post, gerichtet an die Beschwerdestelle, oder per e-mail unter beschwerde@sk-versicherung.at an den Versicherer senden.