

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Versicherungsgesellschaft

Name _____
Straße _____
PLZ / Ort _____

creditor-ID _____

Hiermit ermächtige ich die oben genannte Versicherung, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Versicherung auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen.

Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Versicherungsnehmer:in

Name _____
Straße _____
PLZ / Ort _____
Kreditinstitut _____
IBAN _____
Polizzennr. _____
(falls bereits vorhanden)

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Des Weiteren bevollmächtige ich die Versicherungsagentur

INVO GmbH

Linzer Straße 17
4100 Ottensheim

Firmenbuch FN 632 970 p
GISA 37 42 01 47

Geschäftsführung

Eduard Weber
akadem. Finanzdienstleister

t 0650 580 864 5
m office@invo.gmbh

mich im Rahmen der jeweiligen Agenturverhältnisse zu vertreten bzw. für mich tätig zu werden.

Die Vollmacht umfasst, soweit nicht in die Rechte berufsmäßiger Parteienvertreter:innen eingegriffen wird:

- SEPA-Lastschriftmandate für Anträge / Verträge in meinem Namen in Auftrag zu geben bzw. zu ändern

Dieses Vollmachtsverhältnis wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen und kann jederzeit ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gelöst werden.

Datum

X _____
Unterschrift Kundin / Kunde