

SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz (Pol.Nr.): _____

ZAHLUNGSEMPFÄNGER:

APK Versicherung AG
Thomas-Klestil-Platz 13
1030 Wien
Österreich

Creditor-ID: AT75ZZZ00000002854

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die APK Versicherung AG, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der APK Versicherung AG auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA-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.

Name: _____

Anschrift: _____

Bank: _____

IBAN: _____ BIC: _____

gültig ab _____

Betrag monatlich _____ Betrag jährlich _____

Betrag vierteljährlich _____ Betrag einmalig _____

Betrag halbjährlich _____

Automatische Indexanpassung mit 1.1. von _____%

Ort, Datum _____

Unterschrift _____