

# 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 \_\_\_\_\_