

Mandat für die SEPA-Basislastschrift

FWU Life Insurance Austria AG

Rivergate, Handelskai 92, Gate 2, 4. OG, 1200 Wien, Österreich

Gläubiger-ID: AT94ZZZ00000005228

Polizzenummer: _____

Mandatsreferenz: wird gesondert bekanntgegeben

Name des Zahlers: _____

Anschrift des Zahlers:
Strasse, Hausnr. _____

Land, PLZ, Ort _____

E-Mail des Zahlers: _____

Geburtsdatum des Zahlers (tt.mm.jjjj): _____

IBAN: _____

BIC: _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Zahler ist Versicherungsnehmer

Zahler ist nicht Versicherungsnehmer

Ich ermächtige die FWU Life Insurance Austria AG wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der FWU Life Insurance Austria AG auf mein Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum

Unterschrift des Zahlers