

# Einzugsermächtigung

Grazer Wechselseitige Versicherung AG  
8010 Graz, Herrengasse 18-20  
Creditor-ID: AT18ZZZ00000002425



---

## SEPA Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Grazer Wechselseitige Versicherung AG, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Grazer Wechselseitigen Versicherung AG auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich bin/Wir sind einverstanden, die Informationen der Lastschrift mit der Polizze, jedoch spätestens einen Werktag vor dem Bankeinzugstag, zu erhalten.

---

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Pol.Nr.: \_\_\_\_\_  gilt auch für alle übrigen Polizzen

Mandatsreferenz: WIRD SEPARAT MITGETEILT

---

Ort, Datum

---

Unterschrift(en) des (der)  
Kontozeichnungsberechtigten