

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n) den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto einzuziehen (Prämie durch die Zurich Insurance Europe AG (Gläubiger-ID: DE38ZZZ00000023244), Gebühren durch die Zürich Beteiligungs-Aktiengesellschaft (Deutschland) (Gläubiger-ID: DE82ZZZ00000061155)). Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich/Wir kann/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.

**VERTRAGSNR.:** \_\_\_\_\_ (bitte eintragen)

Name des Versicherungsnehmers:
IBAN (IBAN und BIC finden Sie auf Ihrem Kontoauszug oder Ihrer EC-Karte; die deutsche IBAN ist immer <b>22 Stellen</b> lang):
BIC:
Genaue Bezeichnung des Kreditinstitutes:
Datum und Unterschrift(en) des Versicherungsnehmers nebst Firmenstempel:

<b>Name, Anschrift und Unterschrift des Kontoinhabers, falls nicht identisch mit dem Versicherungsnehmer:</b>
Name des Kontoinhabers:
Anschrift des Kontoinhabers:
Datum und Unterschrift(en) des Kontoinhabers nebst Firmenstempel:

**Bitte das Formular zurücksenden an:**

Zurich Insurance Europe AG  
Credit Lines / \*CICLUWS\*  
Postfach 90 04 16  
60444 Frankfurt am Main  
oder als gescanntes Dokument an: [delcredere.invoicing@zurich.com](mailto:delcredere.invoicing@zurich.com)