

zur Deckung

vom

zum Vertrag

Kontoinhaber
(Mandatsgeber)

Herr Frau Firma

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Interlloyd Versicherungs-AG, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Interlloyd auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

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.
Um mir (uns) eine Disposition meines (unseres) Bankkontos zu ermöglichen, informiere mich (uns) die Interlloyd mit der Jahresrechnung spätestens 5 Kalendertage vor dem Abbuchungszeitpunkt („Pre-Notification“).

Kreditinstitut
(kein Sparkonto)

Zahlungsempfänger

Interlloyd Versicherungs-AG
ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE98ZZZ00000008196

Unterschrift Kontoinhaber/Bevollmächtigter