

# Erteilung einer Einzugsermächtigung

Dieses Formular zur Erteilung einer Einzugsermächtigung ist vom Kontoinhaber bzw. Bevollmächtigten auszufüllen und zu unterzeichnen. Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an unseren Servicepartner in Österreich: Clerical Medical Österreich, Zweigniederlassung der Heidelberger Leben – Clerical Medical Management GmbH, Handelskai 94-96, A-1200 Wien. Sie können das Formular auch per Fax an die folgende Nummer senden: +43 1 205 1575 6001. Falls Sie weitere Informationen benötigen, finden Sie diese in den Polizzabedingungen. Sie können sich auch an Ihren Versicherungsvermittler wenden.

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeiten zulasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Damit ist auch meine/unsere kontoführende Bank ermächtigt, die Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich/Wir habe(n) das Recht, innerhalb von 42 Kalendertagen ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner/unserer Bank zu veranlassen.

## A. Vertragsinformationen

Polizzenummer:

Rückständige Prämien in Höhe von  € bitte ebenso einziehen.

€ wurden bereits überwiesen. Bitte die Folgeprämien einziehen.

sofort einziehen      Datum (TT/MM/JJJJ) Einzug am

Zahlungsempfänger    CLERICAL MEDICAL INVESTMENT GROUP LIMITED

## B. Kontoinhaber

Nachname/Vorname(n)

Adresse des Kontoinhabers

**Hinweis: Falls der Kontoinhaber vom Versicherungsnehmer abweicht, ist eine Passkopie des Kontoinhabers erforderlich.**

## C. Kontoinformationen

Name der Bank

Kontonummer       Bankleitzahl

IBAN       BIC

## D. Unterschrift

Unterschrift(en) des/der Kontoinhaber(s)/Bevollmächtigten

Datum (TT/MM/JJJJ)

Beziehung zum Versicherungsnehmer