Allianz

Bitte zurücksenden an

Deutsche Post
ANTWORT

Allianz Versicherungs-AG
10900 Berlin

Mandatsnummer
Wir teilen Ihnen Ihre Mandatsnummer später mit

Antragsnummer / Vertragsnummer

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die vertragsführende Gesellschaft, alle Forderungen zu diesem Vertrag (insbesondere Beiträge, Zinsen, Gebühren) bei Fälligkeit von meinem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Diese Ermächtigung gilt auch für künftig vereinbarte Änderungen zu diesem Vertrag (z. B. Abschluss weiterer Versicherungsbausteine).

Mein Geldinstitut **weise ich an**, die Lastschriften der vertragsführenden Gesellschaft einzulösen, die von meinem Konto eingezogen werden.

Der Lastschrifteinzug wird mir spätestens fünf Kalendertage vor dem ersten Einzug angekündigt.

Ich kann innerhalb von acht Wochen – beginnend mit dem Datum der Kontobelastung – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Dabei gelten die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

*(Bitte tragen Sie alle Angaben in Großbuchstaben auf die vorgegebenen Linien ein.
Zusätzliche handschriftliche Vermerke können wir leider nicht berücksichtigen.)*

Versicherungsnehmer

Name, Vorname (bzw. Firma)

Kontoinhaber (wenn nicht Versicherungsnehmer)

Name, Vorname (bzw. Firma)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Vertragsführende Gesellschaft mit Gläubiger-Identifikationsnummer:

- ☐ Allianz Versicherungs-AG
  DE10ZZZ00000051878
- ☐ Allianz Lebensversicherungs-AG
  DE07ZZZ00000063475
- ☐ Allianz Private Krankenversicherungs-AG
  DE40ZZZ00000063851
- ☐ Deutsche Lebensversicherungs-AG
  DE77ZZZ00000063476
- ☐ Allianz Pensionsfonds AG
  DE57ZZZ00000085855

Geldinstitut

IBAN

BIC

Ort, Datum

NQ99

Unterschrift des Kontoinhabers

Rücksendemöglichkeiten:
- per Post an die Allianz Versicherungs-AG, 10900 Berlin
- per Fax an 08 00.44 00 101
- als Scan/Foto an die sachversicherung@allianz.de
- durch Rückgabe an Ihren Vermittler

ALLG-0082Z0_00

PESVA02510