SEPA-Lastschriftmandat (für deutsche Kontoverbindung)

☐ **zum Antrag** vom

☐ **zum Vertrag** mit ARAG Vertrags-Nummer

Die Mandatsreferenznummer wird Ihnen von der ARAG separat mitgeteilt.

Kontoinhaber

Name, Vorname, Titel

☐ Herr
☐ Frau

Straße, Hausnummer, ggf. Adresszusatz

PLZ (nur Inland) Wohnort

D-

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die ARAG SE, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der ARAG SE 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, informiert mich (uns) die ARAG mit der Jahresrechnung spätestens 5 Kalendertage vor dem Abbuchungszeitpunkt („Pre-Notification").

Name des Kreditinstituts (kein Sparkonto)

5/5 FDL 2022

IBAN (22 Stellen)

BIC/SWIFT (8 oder 11 Stellen)

Zahlungsempfänger

ARAG SE, ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE35ZZZ00000034259

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber/Bevollmächtigter

OCR 01005