

☐ zum Antrag	vom Datum 	
☐ zum Vertrag	ARAG Vertrags-Nr.: 	Mandatsreferenz-Nr.:
Kontoinhaber Mandatsgeber	☐ Der Versicherungsnehmer bzw. Antragsteller ist gleichzeitig der Kontoinhaber/Mandatsgeber. ☐ Herr ☐ Frau ☐ Firma Name, Vorname, Titel, Firma Adresszusatz oder Rechtsform bei Firma Straße, Hausnummer PLZ Ort 	
Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die ARAG Krankenversicherungs-AG, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der ARAG Krankenversicherungs-AG 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 spätestens 5 Kalendertage vor dem Abbuchungszeitpunkt („Pre-Notification“).		
Kreditinstitut kein Sparkonto	Name IBAN BIC/SWIFT (8 oder 11 Stellen) 	
Zahlungsempfänger	ARAG Krankenversicherungs-AG Hollerithstraße 11, 81829 München Gläubiger-Identifikationsnummer: DE70ZZZ00000009476	
Unterschrift Kontoinhaber/ Bevollmächtigter	Ort, Datum 	Unterschrift Kontoinhaber/Bevollmächtigter