

**Zahlungsempfänger:** Europäische Reiseversicherung AG  
Kratochwilstraße 4  
A-1220 Wien

**Gläubiger-Identifikationsnummer**  
(Creditor ID): **AT37ZZZ00000002762**

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen die Europäische Reiseversicherung AG, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Europäischen Reiseversicherung AG auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Polizzenummer**

---

**Name/Firma des Zahlungspflichtigen**  
(Kontoinhaber):

---

Vorname

Nachname(Firma)

Titel

**Anschrift des Zahlungspflichtigen:**

---

Straße

Hausnummer

---

PLZ

Ort

**IBAN**

---

**BIC\***

---

(\* nur für Auslandsüberweisungen erforderlich)

---

Datum, Ort

---

Unterschrift(en) des/der Kontozeichnungsberechtigten