

**Zahlungsempfänger:** Europäische Reiseversicherung AG  
Kratochwilestraße 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.

**Polizzennummer** \_\_\_\_\_

**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**