

Klemmer International Versicherungsmakler GmbH
Am Sägbach 3
83674 Gaißach

Ich/Wir ermächtige(n) den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem oben genannten Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

Gläubiger-Identifikationsnummer:
Mandatsreferenz:

DE39ZZZ00000544310
Wird separat mitgeteilt

Kontoverbindung

Nachname

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

E-Mail

Kreditinstitut

DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _
IBAN BIC

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Verträge:

Sprachcaffe

Reisen GmbH

Versicherungsnehmer Nachname

Versicherungsnehmer Vorname

45003458-01 (Reisekrankenversicherung), 45003458-02 (Reisehaftpflichtversicherung), 45003458-03
(Reiseunfallversicherung)

Versicherung(en)

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Klemmer International Versicherungsmakler GmbH
Am Sägbach 3
83674 Gaißach

Herewith I / we allow the above-named payee, to get payments from my/our account via direct debit. I/We assign my/our bank to cash the payments from my/our account to the above-named payee.

Note: I/We can demand a payback for eight weeks, started from the debit. This apply to the terms and conditions from my/our bank.

creditor ID: DE39ZZZ00000544310
mandate reference number: will be announced separately

Account information

Last name

First name

Street, Street number

ZIP code, city

E-Mail

Name of Bank

DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _
IBAN BIC

This Sepa-direct debit mandate belongs to the following contracts:

Sprachcaffe

Reisen GmbH

First name of insuree

Last name of insuree

45003458-01 (travel health insurance),45003458-02 (travel liability insurance),45003458-03 (Travel accident insurance)

Contract(s)

<p>City, date</p>	<p>Sign of the account holder</p>
-------------------	-----------------------------------