

Name des Zahlungsempfängers: **Agria Tierversicherung**
Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE04ZZZ00002425673**
Straße und Hausnummer des Zahlungsempfängers: **Klaus- Bungert-Str. 5**
Postleitzahl des Zahlungsempfängers: **40468** Ort des Zahlungsempfängers: **Düsseldorf**
Land des Zahlungsempfängers: **Deutschland**



Das SEPA-Lastschriftmandat erleichtert Ihnen die Zahlung Ihrer Versicherung.

Dank des automatischen Einzugs können Sie immer sicher sein, dass Ihre Versicherung aktiv ist und Sie pünktlich bezahlen. Sie entscheiden selbst, ob die Einzüge von Ihrem Konto monatlich, halbjährlich oder jährlich erfolgen.

Füllen Sie die Einwilligung gleich heute aus und senden Sie sie uns zu.

SEPA Direct Debit Mandate / SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Agria Tierversicherung, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Agria Tierversicherung auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Senden Sie ihr SEPA-Lastschriftmandat an uns:

Senden Sie uns das digital ausgefüllte Formular oder eine Fotografie/einen Scan des ausgefüllten Formulars per E-Mail an:

info@agriatierversicherung.de

Sie haben keinen Internetzugang?

Senden Sie uns Ihr SEPA-Mandat per Post an folgende Adresse:

Agria Tierversicherung
Klaus-Bungert Str. 5
40468 Düsseldorf

Name des Zahlungsempfängers: **Agria Tierversicherung**
Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE04ZZZ00002425673**
Straße und Hausnummer des Zahlungsempfängers: **Klaus- Bungert-Str. 5**
Postleitzahl des Zahlungsempfängers: **40468** Ort des Zahlungsempfängers: **Düsseldorf**
Land des Zahlungsempfängers: **Deutschland**



Angaben zum Mandat

Kundennummer:
(max. 7-stellig)

Versichertes Tier:
(Name des Tieres)

Gewünschte
Zahlungsweise:

☐

Monatsbeitrag

☐

Beitrag für
6 Monate

☐

Jahres-
Beitrag

Die Zahlung wird regelmäßig im gewählten Intervall eingezogen.

Angaben zum Zahler

Vorname und Name des zahlungs-
pflichtigen Kontoinhabers:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl:

Ort:

Telefon:

(für Rückfragen)

Name und Ort des Kreditinstituts:

IBAN:

D	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Unabhängig vom vorstehenden SEPA-Lastschriftmandat
erkläre ich mich damit einverstanden, dass Versiche-
rungsleistungen, Erstattung und sonstige Zahlungen
aus dem Versicherungsverhältnis auf das oben ge-
nannte Konto ausgezahlt werden.

☐

Ja

☐

Nein

Ort und Datum:

Unterschrift: