

Bitte zurücksenden an

Allianz Esa EuroShip GmbH  
Friedrichsplatz 2  
74177 Bad Friedrichshall

## Mandatsnummer

Wir teilen Ihnen Ihre Mandatsreferenz später mit

## Antragsnummer/ Vertragsnummer

## Gläubiger-Identifikationsnummer

DE54ZZZ00000074075

## SEPA-Lastschriftmandat

**Ich ermächtige** die Allianz Esa EuroShip GmbH, Friedrichsplatz 2, 74177 Bad Friedrichshall, alle Forderungen zu diesem Vertrag (insbesondere Beiträge) bei Fälligkeit von meinem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Diese Ermächtigung gilt auch für künftig vereinbarte Änderungen zu diesem Vertrag (z.B. Abschluss weiterer Versicherungsbausteine).

**Mein Geldinstitut weise ich an**, die Lastschriften der Allianz Esa EuroShip GmbH einzulösen, die von meinem Konto eingezogen werden.

Der Lastschrifteinzug wird mir spätestens **5 Kalendertage** vor dem ersten Einzug angekündigt. Ich kann innerhalb von 8 Wochen – beginnend mit dem Datum der Kontobelastung – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Dabei gelten die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (bzw. Firma)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (bzw. Firma)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

Geldinstitut \_\_\_\_\_

IBAN

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_|\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_|\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_|\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_|\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_|\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

BIC

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_|\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift

Rücksendemöglichkeiten: - per Post an die Allianz Esa EuroShip GmbH, Friedrichsplatz 2, 74177 Bad Friedrichshall  
- per Fax an +49 7136 9513 455  
- per Scan/Foto an [info@allianz-esa.de](mailto:info@allianz-esa.de)