



zum Vertrag ARAG Vertrags-Nr.: _____ Mandatsreferenz-Nr.: _____ Wird Ihnen von der ARAG separat mitgeteilt

Kontoinhaber Mandatsgeber Herr Frau Firma Name, Vorname, Titel, Firma Adresszusatz oder Rechtsform bei Firma
Straße, Hausnummer
PLZ _____ Ort _____

Ich ermächte (Wir ermächtigen) die ARAG, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der ARAG auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:
Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Um mir (uns) eine Disposition meines (unseres) Bankkontos zu ermöglichen, informiere mich (uns) die ARAG mit der Jahresrechnung spätestens 5 Kalendertage vor dem Abbuchungszeitpunkt („Pre-Notification“).

Kreditinstitut kein Sparkonto Name _____
IBAN _____
BIC/SWIFT (8 oder 11 Stellen) _____

Zahlungsempfänger	Versicherung	Versicherungsträger	Zahlungsempfänger	Gläubiger-Identifikationsnummer
	Rechtsschutzversicherung	ARAG SE	ARAG SE	DE35ZZZ00000034259
	Sach-, Haftpflicht-, Unfallversicherung	ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	ARAG SE	DE35ZZZ00000034259
	Kraftfahrt-, Sportversicherung	ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	DE88ZZZ00000007503
	Krankenversicherung	ARAG Krankenversicherungs-AG	ARAG Krankenversicherungs-AG	DE70ZZZ00000009476

Unterschrift Kontoinhaber/ Bevollmächtigter Ort, Datum _____ Unterschrift Kontoinhaber/Bevollmächtigter _____