



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 ermächtige (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
Lebensversicherung	ARAG Lebensversicherungs-AG	ARAG Lebensversicherungs-AG	DE86ZZZ00000009479

Unterschrift
Kontoinhaber/
Bevollmächtigter

Ort, Datum Unterschrift Kontoinhaber/Bevollmächtigter