

Hinweise zur Beitragszahlung für unsere Kunden in Österreich

Für unsere Kunden und auch für uns ist der **Einzug der Beiträge durch Bankabbuchung** die **kostengünstigste** und **einfachste** Art der Beitragszahlung.

Beim **Lastschrifteneinzug** wird der jeweils fällige Beitrag termingerecht dem Kundenkonto belastet. **Kosten** fallen bei diesem Verfahren **nicht an**.

Wir empfehlen Ihnen deshalb, uns mit dem Einzug der fälligen Beiträge zu beauftragen. Die uns erteilte Einzugsermächtigung können Sie jederzeit widerrufen.

Wenn Sie mit unserem Vorschlag einverstanden sind, senden Sie uns bitte die „**Einzugsermächtigung**“ ausgefüllt und vom Kontoinhaber unterzeichnet zurück. Wir werden dann alles Weitere für Sie veranlassen. Auch bereits fällige oder rückständige Beiträge können dabei berücksichtigt werden.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an unsere Kundenbetreuung

Tel. 0821/319-1281

Fax 0821/319-1533

IMB Beitragszahlung A (01.2012)

Kreissparkasse Augsburg: BLZ 720 501 01, Konto-Nr. 30031546 [IBAN: DE18 7205 0101 0030 0315 46, BIC: BYLA DEM1 AUG] UST-ID: DE 812054254
Raiffeisenverband Salzburg: BLZ 35000, Konto-Nr. 16010779 [IBAN: AT25 3500 0000 1601 0779, BIC: RVSAAT2S] Versicherungsumsätze sind Umsatzsteuerfrei

Dialog Lebensversicherungs-AG Halderstraße 29, 86150 Augsburg, Tel: 0821 319-0, Fax: 0821 319-1533 www.dialog-leben.de
Vors. des Aufsichtsrates: Dr. Torsten Utecht www.dialog-leben.at
Vorstand: Rüdiger R. Burchardi, Dr. Christoph Ebert, Edgar Hütten
Registergericht: Amtsgericht Augsburg, HRB 6589, Sitz: Augsburg

Ein Unternehmen der  **GENERALI DEUTSCHLAND**

Einzugsermächtigung

Nicht zugelassen für Sparkonten

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Dialog Lebensversicherungs-AG wider-
rufflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten
meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Damit ist auch
meine/unsere kontoführende Bank ermächtigt, die Lastschriften einzu-
lösen, wobei für diese keine Verpflichtung besteht, insbesondere dann,
wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich/Wir
habe(n) das Recht, innerhalb von 42 Kalendertagen ab Abbuchungstag
ohne Angaben von Gründen die Rückbuchung bei meiner/unserer Bank
zu veranlassen

bereits fällige bzw. rückständige Beiträge sollen ebenfalls einge-
zogen werden.

Versicherung-Nr.: _____

Bankleitzahl: _____

Konto-Nr.: _____

Name, Anschrift _____

des _____

Geldinstituts: _____

Kontoinhaber: _____

Dialog Lebensversicherungs-AG
Postfach 10 15 43
86005 Augsburg
DEUTSCHLAND

Datum _____

Unterschrift des Kontoinhabers _____