

## GRENZÜBERSCHREITENDES SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT FÜR BESTANDSKUNDEN (03.2019)

**SEPA-Lastschriftmandat für Bestandskunden mit individueller Bankverbindung (Voraussetzung ist ein in Euro geführtes Konto bei einer Bank in einem der SEPA Teilnehmerländer).** Bitte füllen Sie das vorliegende Formular, zum Beispiel bei Änderung Ihrer Bankverbindung, **vollständig** aus. Sie können dies bequem direkt im PDF am Bildschirm tun. Bitte unterschreiben Sie das ausgedruckte Formular und senden Sie es an die Faxnummer: **+49 69 9797-1500**

oder per Post an: American Express Europe S.A. (Germany branch), Theodor-Heuss-Allee 112, 60486 Frankfurt am Main

### 1. Lastschriftgläubiger

American Express Europe S.A. (Germany branch) (siehe auch Fußzeile)

Gläubiger Identifikationsnummer (DE19ZZZ00000437097)

Mandatsreferenz **WIRD SEPARAT MITGETEILT**

### 2. Persönliche Angaben

Frau  Herr Titel \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer (private Wohnanschrift)

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Land

#### Angaben zur Bankverbindung

**SEPA-Lastschriftmandat:** Ich ermächtige American Express Europe S.A. (Germany branch) („American Express“), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von American Express auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

\_\_\_\_\_  
Name des Kreditinstituts

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Kreditinstituts

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Kreditinstituts

\_\_\_\_\_  
Land

\_\_\_\_\_  
BIC (8 oder 11 Stellen – bitte keine Leerzeichen eintragen)

\_\_\_\_\_  
IBAN (max. 34 Stellen – bitte keine Leerzeichen eintragen)

\_\_\_\_\_  
Fortsetzung IBAN (max. 34 Stellen – bitte keine Leerzeichen eintragen)

### 3. Umfang des Lastschriftmandats

Bitte diese Bankverbindung übernehmen

ab sofort  ab dem \_\_\_\_\_ TT/MM/JJJJ

Änderung gilt für die folgenden Kartennummern/Konten

Dieses Lastschriftmandat gilt **nur** für die Bezahlung von Belastungen aus Kreditkartentransaktionen, die mit folgenden Kreditkarten/-konten vorgenommen wurden.

_____ Kartennummer/Konto	_____ Kartennummer/Konto	_____ Kartennummer/Konto
_____ Kartennummer/Konto	_____ Kartennummer/Konto	_____ Kartennummer/Konto
_____ Kartennummer/Konto	_____ Kartennummer/Konto	_____ Kartennummer/Konto
_____ Kartennummer/Konto	_____ Kartennummer/Konto	_____ Kartennummer/Konto

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum (TT/MM/JJ)

X

Unterschrift