

SEPA-Lastschrift-Mandat

SEPA Direct Debit Mandate

(for Germany, Austria and Luxembourg)



Name des Zahlungsempfängers Creditor's Name	JP Morgan Chase Bank, N.A EUR DD re. International Medical Group Limited, 3rd Floor, Fitzalan House, Fitzalan Court, Cardiff, CF24 0EL, United Kingdom
Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers/ Gläubiger-Identifikationsnummer Identifier of the Creditor	GB70ZZZSDDCHAS00000041317119
Mandatsreferenz - vom Zahlungsempfänger auszufüllen Mandate Reference (to be completed by the Creditor)	

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen (A) JP Morgan Chase Bank, N.A EUR DD - International Medical Group Limited, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von JP Morgan Chase Bank, N.A EUR DD - International Medical Group Limited auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Hinweis: Meine/ Unsere Rechte sind in einem Merkblatt enthalten, das ich/ wir von meinem/ unserem Kreditinstitut erhalten kann/ können.

By signing this mandate form, you authorise (a) JP Morgan Chase Bank, N.A EUR DD - International Medical Group Limited, to send instructions to your bank to debit your account and (b) your bank to debit your account in accordance with the instructions from JP Morgan Chase Bank, N.A EUR DD - International Medical Group Limited. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Note: Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Name of Debtor(s)

Anschrift des Zahlungspflichtigen / Straße und Hausnummer

Your address / Street name and number

Postleitzahl

Postcode

Ort

City/Town

Land

Country

Referenznummer des zugrunde liegenden Vertrages

Identification number of the underlying contract (Policy No.)

Zahlungsart:

Type of Payment:

☐

Wiederkehrende Zahlung

Recurrent payment

☐

Einmalige Zahlung

One-off payment

SWIFT BIC/ Bank Identifier Code/ Internationale Bankleitzahl des Instituts des Zahlungspflichtigen

SWIFT BIC

Internationale Bankkontonummer - IBAN des Zahlungspflichtigen

Account number (IBAN)

Unterschrift(en)

Signature(s)

Unterzeichnet in

City or town in which you are signing

Datum

Date

Zur Information: Angaben zum Vertragsverhältnis zwischen dem Zahlungsempfänger und dem Zahlungspflichtigen

Details regarding the underlying relationship between the Creditor and the Debtor - for information purposes only

Name des Vertragspartners des Zahlungspflichtigen: Falls Sie eine Zahlung aufgrund einer Vereinbarung zwischen - IMG und einer anderen Person tätigen

Name of the Debtor Reference Party (if you are making a payment in respect of an arrangement between - IMG and another person)

Dieses Feld nicht ausfüllen, falls Sie für sich selbst zahlen.

If you are paying on your own behalf, leave blank.

Bitte zurücksenden an: [E: ClientFinanceIntl@imglobal.com](mailto:ClientFinanceIntl@imglobal.com)

Please return to:

3rd Floor, Fitzalan House, Fitzalan Court,
Cardiff, CF24 0EL, United Kingdom
T +44 (0) 1903 817970

0825