

Sepa Lastschriftmandat für Versicherungsverträge

Kundenname: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Ich ermächtige die Firma VVIB GmbH, ein SEPA-Lastschriftmandat für Versicherungsverträge/Versicherungsanträge zu erteilen und zu widerrufen.

Dies betrifft einmalige sowie wiederkehrende Zahlungen.

Sollten mehrere Konten bestehen oder die Kontoverbindung sich ändern, wird die VVIB GmbH das von mir gewünschte Konto benennen. Die Mandatsreferenz wird mir von der jeweiligen Versicherungsgesellschaft mitgeteilt.

Sofern ich als Kontoinhaber nicht Versicherungsnehmer bin, willige ich ein, dass alle Mitteilungen im Zusammenhang mit dem SEPA- Lastschriftmandat an den Versicherungsnehmer gesendet werden - mit der Bitte um Weiterleitung an mich.

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.

Kontoinhaber:	
Straße:	
PLZ, Ort:	

IBAN:	
BIC:	

Bankname:	
-----------	--

Datum

Unterschrift Kontoinhaber