VHV VERSICHERUNGEN

SEPA-Lastschriftmandat:					
Für diesen Vertrag wird das SEPA-Basis-Lastschriftverfahren vereinbart. Zu diesem Zweck erteile ich/erteilen wir der VHV Allgemeine Versicherung AG folgendes SEPA-Lastschriftmandat. Ich ermächtige/Wir ermächtigen Sie, Zahlungen von meinem/unseren unten angegebenen Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Hiermit weise ich mein/weisen wir unser unten genanntes Geldinstitut zugleich an, die von Ihnen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschrift 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 Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.					
IBAN					
oder (nur wenn IBAN unbekannt)	Konto		BLZ		
Bitte nur angeben, wenn der Beitragszahler/Kontoinhaber nicht Versicherungsnehmer ist					
Vorname					
Nachname					
Straße (kein Postfach)			Hausnummer		
Postleitzahl (kein Postfach)		Wohnort			
Ort, Datum und Unterschrift des Beitragszahlers					