

SEPA Lastschriftmandat

für natürliche Personen

Ich ermächtige als Versicherungsnehmer die VOV GmbH, Zahlungen von meinem u.g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der VOV GmbH auf mein u.g. Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsempfänger: VOV GmbH, Im Mediapark 5, 50670 Köln

Gläubiger-Identifikationsnummer

Mandatsreferenz

Name des Versicherungsnehmers

Straße und Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Kreditinstitut des Versicherungsnehmers

IBAN

BIC

Name des Unterzeichners

Datum, Ort und Unterschrift

Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der männlichen und weiblichen Sprachform verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichberechtigt für beide Geschlechter.