Einzugsermächtigung/
SEPA-Lastschrift Mandat

Bitte füllen Sie untenstehende Felder aus und schicken Sie das unterschriebene Formular an folgende E-Mailadresse info@vav.at.

Achtung: Wenn der/die Kontoinhaber*in und Antragsteller*in nicht identisch sind, bitte die Daten des/der Kontoinhabers/in angeben und von dieser Person unterschreiben lassen. Verwenden Sie in diesem Fall bitte unser Formular für die Einzugsermächtigung bei abweichendem/r Kontoinhaber*in.

Einzugsermächtigung/SEPA-Lastschriftmandat

Polizzennummer(n) _____

Titel _____

Vorname / Nachname _____

Straße / Hausnummer / Tür _____

Postleitzahl / Ort / Land _____

Geburtsdatum _____

IBAN _____

BIC (nur bei nicht österreichischem IBAN) _____

Creditor-Identifikation der VAV Versicherungs-Aktiengesellschaft mit Sitz in Österreich für SEPA-Lastschriften: AT78VAV00000001539

Ich ermächtige die VAV Versicherungs-Aktiengesellschaft Zahlungen von meinem Konto mittels Einzugsermächtigung bzw. SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der VAV Versicherungs-Aktiengesellschaft auf mein Konto gezogenen Lastschriften bzw. SEPA-Lastschriften einzulösen.

Innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, kann ich die Erstattung des durch eine SEPA-Lastschrift belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Sollten die Abbuchungen von Ihren Konten nicht durchgeführt werden können, erfolgt automatisch die Umstellung auf halbjährliche Zahlungsweise mittels Zahlschein. Die der VAV Versicherungs-Aktiengesellschaft dadurch entstehenden Spesen werden an Sie weiterverrechnet.

_____ _____

Ort / Datum Unterschrift Kontoinhaber*in