Einzugsermächtigung / SEPA-Lastschrift Mandat
Kontoinhaber und Versicherungsnehmer abweichend

Bitte füllen Sie untenstehende Felder aus und lassen Sie den Kontoinhaber unterschreiben, wenn dieser nicht der Versicherungsnehmer ist.

Bitte schicken Sie das unterschriebene Formular an folgende E-Mail Adresse info@vav.at oder faxen dieses an 01 716 07 DW 700

Titel	
Vorname	
Nachname	
Straße	
Hausnummer	
Postleitzahl	
Ort	
Land	
Geburtsdatum	
IBAN / Kontonummer	
BIC / BLZ	
Creditor-Identifikation der VAV Versicherungs-Aktiengesellschaft mit Sitz in Österreich für SEPA Lastschriften. Die Mandatsreferenznummer wird Ihnen mit der Polizze übermittelt.	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.

Sollte die Abbuchung von Ihrem Konto nicht durchgeführt werden können, wird automatisch auf halbjährliche Zahlungsweise mit Zahlschein und Unterjährigkeitszuschlag und Gebühr umgestellt.
Ich bin damit einverstanden, die Verständigung von der VAV Versicherungs-Aktiengesellschaft über den Einzug der SEPA-Lastschrift mindestens einen Tag vor Fälligkeit der Zahlung zu erhalten.

Datum und Ort **Unterschrift des Kontoinhabers**

Angaben zum Versicherungsnehmer:

Vorname	
Nachname	
Straße	
Hausnummer	
PLZ	
Ort	