Formular leeren

Formular drucken

Formular speichern

HVS
Hamburger Versicherungs - Service

SEPA-Lastschriftmandat

Hamburger Versicherungs-Service AG
Sachsenfeld 2
20097 Hamburg

Gläubiger-Indentifikationsnummer:
DE10ZZZ00000230067

HVS Vertragsnummer:

HVS - Kundennummer:

Ich ermächtige/wir ermächtigen die Firma Hamburger Versicherungs-Service AG von meinem /unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift Zahlungen einzuziehen.

☐ ab dieser Fälligkeit

☐ ab nächster Fälligkeit

Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Zugleich weise ich/weisen wir unseren Zahlungsdienstleister an, die von Ihnen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

☐ Frau ☐ Herr ☐ Eheleute ☐ Firma

Ich bin / wir sind Versicherungsnehmer/in ☐ ja ☐ nein

Vorname, Name

Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort

IBAN

BIC

Ort, Datum, Unterschrift des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin/des Bevollmächtigten