



Absender:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

VVM-VersMakler GmbH  
Neustraße 20  
46236 Bottrop

( ) per Fax an 02041-18256-26

**Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschriften**

Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein/-unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. Rücklastschriften gehen zu Lasten des Kontoinhabers.

Name und genaue Anschrift des Zahlungspflichtigen/Versicherungsnehmers:

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ eMail: \_\_\_\_\_

Name und genaue Anschrift des Kontoinhabers:

\_\_\_\_\_

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum und Unterschrift des Zahlungspflichtigen/Versicherungsnehmers

\_\_\_\_\_

Ort, Datum und Unterschrift des Kontoinhabers

**Bitte stets vollständig ausfüllen.**