

## SEPA Lastschriftmandat

### für juristische Personen

Der Unterzeichner ermächtigt als hierzu ausdrücklich bevollmächtigte Vertreter der Versicherungsnehmerin die VOV GmbH, Zahlungen von ihrem u.g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich wird das Kreditinstitut angewiesen, die von der VOV GmbH auf das u.g. Konto der Versicherungsnehmerin gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

**Zahlungsempfänger:** VOV GmbH, Im Mediapark 5, 50670 Köln

Gläubiger-Identifikationsnummer

Mandatsreferenz

**Name der Versicherungsnehmerin**

**Straße und Hausnummer**

**Postleitzahl, Ort**

**Kreditinstitut der Versicherungsnehmerin**

**IBAN**

**BIC**

**Name des Unterzeichners (Vorstand / Geschäftsführer)**

---

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.