

Machtiging voor Europese incasso

SEPA

Geachte relatie, via ons kantoor heeft u een of meerdere verzekeringen ondergebracht.

Omdat wij de kosten voor uw verzekeringen via ons kantoor zo laag mogelijk willen houden, zijn wij met ingang van 1 februari 2014 gestopt met het versturen van acceptgiro's.

In plaats hiervan ontvangt u een nota waarop de betalingsgegevens vermeld staan. Indien u de premie in termijnen (maand/kwartaal/halfjaar) voldoet en hiervoor een nota wilt (blijven) ontvangen rekenen wij een toeslag van € 2,50 per betalingstermijn.

Mocht u willen betalen zonder een periodieke toeslag, dan heeft u de volgende mogelijkheden:

- U kiest voor betaling per jaar (zonder toeslag) na ontvangst van onze factuur per hoofdvervaldatum**
- U machtigt ons voor automatische incasso van uw premie middels onderstaand formulier**

U wordt voorafgaand aan een afboeking, bijvoorbeeld via het contract of bij een jaaroverzicht door ons geïnformeerd over het bedrag en moment van afschrijving. Als u het niet eens bent met een betaling kunt u deze binnen 8 weken zonder opgave van redenen terug laten boeken. Hiervoor dient u contact op te nemen met uw bank.

Deze machtiging / wijziging geldt voor:

- Alle lopende polissen**
- Alleen polisnummer(s):**
-
- Tevens openstaande nota's incasseren**

Ik wens voortaan al mijn facturen digitaal te ontvangen op onderstaand e-mailadres.

- Ja, ik ga akkoord met digitale nota's**

Doorlopende machtiging

SEPA



Naam incassant : Assurantieknt. v 1887 H.M. Scheeffers BV
Adres : Singel 19
Postcode : 7411HV
Plaats : DEVENTER
Land : Nederland
Incassant ID :
Kenmerk machtiging :

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan **Assurantieknt. v 1887 H.M. Scheeffers BV** om doorlopende incasso-opdrachten te sturen naar uw bank om een bedrag van uw rekening af te schrijven overeenkomstig de opdracht van Assurantieknt. v 1887 H.M. Scheeffers BV. Als u het niet eens bent met deze afschrijving kunt u deze laten terugboeken. Neem hiervoor binnen acht weken na afschrijving contact op met uw bank. Vraag uw bank naar de voorwaarden.

Relatienummer :
Naam :
Adres :
Postcode : Woonplaats:
Land :
E-mailadres :
Rekeningnummer [IBAN] :
Plaats en datum : **Handtekening** :

Dit formulier sturen naar onderstaand adres, of per e-mail / fax:

Assurantiekantoor van 1887 HM Scheeffers BV
Telefoon (0570) 612353, Fax (0570) 611529, E-mail: info@scheeffers.nl
Web: www.scheeffers.nl, KVK: 38009711, Kifid: 300.007623, AFM: 12011407