

Skuldfærsluheimild

VÖRÐUR tryggingar hf
VÖRÐUR líftryggingar hf



Vátryggingataki

Kennitala

Heimili

Póstnúmer

Netfang

Sími

Vinnusími/GSM

Viðskiptanúmer er kennitala tryggingataka

Ég undirritaður óska eftir að öll iðgjöld og annar kostnaður vegna vátrygginga minna hjá;
Verði tryggingum hf. kt. 4410993399 / Verði líftryggingum hf. kt. 6112072040
verði skuldfærður samkvæmt neðanskráðri beiðni. Dreifið greiðslum á allt að _____ mánuði.
Vextir reiknast af eftirstöðvum iðgjalda samkvæmt gjaldskrá félaganna hverju sinni.

Boðgreiðslusamningur VISA EUROCARD Annað

KORTANÚMER				GILDIR TIL	
------------	--	--	--	------------	--

Beingreiðslusamningur Tengi gegnum netbanka Tengi gegnum bankaútibú

BANKI	Banki nr.	Höfuðbók	Reikningsnúmer
-------	-----------	----------	----------------

Tenging í beingreiðslu er alfarið á ábyrgð greiðanda

Greiðsluþjónusta BANKI Banki nr.

★ Upplýsingar um eiganda reiknings ef **annar** en vátryggður.

Reikningseigandi / korthafi

Kennitala

Heimili

Póstnúmer

Athugasemdir:

Staður/dagsetning:

Undirskrift greiðanda

Móttakandi greiðslusamnings (fyllist út af starfsmanni félagsins eða vátryggingamiðlara)