



Vorname, Name des Versicherungsnehmers/Versicherten, Versicherungsnummer
(wird vom Vermittler ausgefüllt)

Der Gesundheitsversicherer
der ERGO

DKV Deutsche Krankenversicherung AG
50594 Köln

SEPA-Basislastschriftmandat für wiederkehrende Zahlung

Zahlungsempfänger

DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Straße 300, 50933 Köln

Gläubiger-ID

DE95ZZZ00000012130

Mandatsreferenznummer: Ihre Mandatsreferenznummer erhalten Sie nachträglich.

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Der Lastschrifteinzug wird spätestens fünf Kalendertage im Voraus unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine angekündigt.

Kontoinhaber

Frau Herr Firma

Vorname

ja nein

Name, Firma

Ich bin Versicherungsnehmer

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

De-Mail-Adresse (optionale Angabe)

IBAN

BIC

Name des Kreditinstituts

Das oben angegebene Konto soll zum 1. 8. 16. 24. des Fälligkeitsmonats belastet werden.
(gilt nur für Folgebeiträge)

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers (bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten/gesetzlichen Vertreters)



Vorname, Name des Versicherungsnehmers/Versicherten, Versicherungsnummer
(wird vom Vermittler ausgefüllt)

Der Gesundheitsversicherer
der ERGO

DKV Deutsche Krankenversicherung AG
50594 Köln

SEPA-Basislastschriftmandat für wiederkehrende Zahlung

Zahlungsempfänger

DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Straße 300, 50933 Köln

Gläubiger-ID

DE95ZZZ00000012130

Mandatsreferenznummer: Ihre Mandatsreferenznummer erhalten Sie nachträglich.

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Der Lastschrifteinzug wird spätestens fünf Kalendertage im Voraus unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine angekündigt.

Durchschrift für den Vermittler

Kontoinhaber

Frau Herr Firma

Vorname

ja nein

Name, Firma

Ich bin Versicherungsnehmer

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

De-Mail-Adresse (optionale Angabe)

IBAN

BIC

Name des Kreditinstituts

Das oben angegebene Konto soll zum 1. 8. 16. 24. des Fälligkeitsmonats belastet werden.
(gilt nur für Folgebeiträge)

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers (bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten/gesetzlichen Vertreters)



Vorname, Name des Versicherungsnehmers/Versicherten, Versicherungsnummer
(wird vom Vermittler ausgefüllt)

Der Gesundheitsversicherer
der ERGO

DKV Deutsche Krankenversicherung AG
50594 Köln

SEPA-Basislastschriftmandat für wiederkehrende Zahlung

Zahlungsempfänger

DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Straße 300, 50933 Köln

Gläubiger-ID

DE95ZZZ00000012130

Mandatsreferenznummer: Ihre Mandatsreferenznummer erhalten Sie nachträglich.

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Der Lastschrifteinzug wird spätestens fünf Kalendertage im Voraus unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine angekündigt.

Durchschrift für den Kunden

Kontoinhaber

Frau Herr Firma

Vorname

ja nein

Name, Firma

Ich bin Versicherungsnehmer

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

De-Mail-Adresse (optionale Angabe)

IBAN

BIC

Name des Kreditinstituts

Das oben angegebene Konto soll zum 1. 8. 16. 24. des Fälligkeitsmonats belastet werden.
(gilt nur für Folgebeiträge)

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers (bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten/gesetzlichen Vertreters)