

Bitte senden Sie das Formular an:

Landeskrankenhilfe V.V.a.G.
Beitragsinkasso
21332 Lüneburg

SEPA-Lastschrift-Mandat

Zahlungsempfänger

Landeskrankenhilfe V.V.a.G.
Uelzener Str. 120
21335 Lüneburg
Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE73ZZZ00000371814

Mandatsreferenz (wird vom Zahlungsempfänger vergeben)

M R

SEPA-Lastschrift-Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige/Wir ermächtigen (A) den Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Landeskrankenhilfe V.V.a.G. 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.

Bitte alle mit * gekennzeichneten Felder ausfüllen.

Kontoinhaber

Vorname und Name oder Firma*

Straße, Hausnummer*

PLZ*

Ort*

Land*

Kreditinstitut (Name)*

BIC (8 bis 11-stellig)*

IBAN (max. 34-stellig)*

Ort, Datum*

Unterschrift(en) des/der Kontoinhaber(s)*

Das SEPA-Lastschrift-Mandat kann nur akzeptiert werden, solange keine „1. Mahnung nach § 193 Abs. 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zur Krankheitskostenversicherung“ versandt wurde. Nach Versand der Mahnung ist eine Teilnahme am Lastschriftverfahren erst nach Ausgleich des Beitragsrückstandes möglich.

Zusätzliche Angaben für die Zuordnung des oben erteilten Mandats (keine Pflichtangaben)

Die Zahlungen erfolgen für:

Name des Versicherungsnehmers, falls abweichend vom Kontoinhaber

zusätzl. Identifikationsmerkmal (z. B. Vers.-Nr., Geburtsdatum des Vers.-Nehmers)

Das Mandat gilt ausschließlich für Versicherung Nr.: