

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen



Zahlungsempfänger

BGV-Versicherung AG
Durlacher Allee 56
76131 Karlsruhe

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE76BAG00000122858**

Mandatsreferenznummer: **BGV** _____ (wird von der BGV-Versicherung AG ausgefüllt)

Partnernummer des Kontoinhabers: **P** _____ (sofern bekannt)

Kontoinhaber

(bitte vollständigen Namen angeben)

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Kontoverbindung

IBAN

Name des Kreditinstitutes

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen die BGV-Versicherung AG, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der BGV-Versicherung AG auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Diese Ermächtigung gilt für alle bestehenden und zukünftigen Verträge mit Versicherungsunternehmen des BGV-Konzerns, bei denen ich/ wir einen Lastschrifteinzug vom oben genannten Konto wünsche/ wünschen.

Der SEPA-Basislastschrifteinzug wird mir/ uns spätestens fünf Kalendertage im Voraus unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine angekündigt.

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.

Datum

Ort

Unterschrift des Kontoinhabers

Bitte beachten: Diese Nachricht wird maschinell verarbeitet. Für weitere Mitteilungen bitten wir um gesonderte Nachricht.