

Versicherungsnummer(n): _____

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Ihre Mandatsreferenznummer: Wird Ihnen später separat mitgeteilt.

Ich ermächtige die vigo Krankenversicherung VVaG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der vigo Krankenversicherung VVaG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich erhalte spätestens 5 Tage vor Abbuchung gesondert Nachricht über die bevorstehende Abbuchung, sofern es sich um eine erstmalige Abbuchung oder einen geänderten Abbuchungsbetrag handelt.

☐ Herr ☐ Frau ☐ Firma

Name Kontoinhaber Vorname Kontoinhaber

Straße/Hausnummer

PLZ/Wohnort

DE _____
IBAN BIC

Name des Kreditinstituts

vigo Krankenversicherung VVaG DE19ZZZ00000294410

Zahlungsempfänger

Gläubiger-Identifikationsnummer

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

Versicherungsnehmer / Antragsteller

Bitte nur ausfüllen, wenn der Versicherungsnehmer / Antragsteller nicht der o.g. Kontoinhaber ist

Name Vorname

Sofern ich als Versicherungsnehmer nicht Kontoinhaber bin, werde ich alle Mitteilungen im Zusammenhang mit dem SEPA-Lastschriftmandat an den Kontoinhaber weiterleiten.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers