SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

BGV
BADISCHE VERSICHERUNGEN

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

D	E																				

BIC

				D	E					

_____
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.*