INTER Krankenversicherung AG
Direktion · Erzbergerstraße 9-15 · 68165 Mannheim

SEPA-Lastschriftmandat

Lastschrifteinzug

Versicherungsnehmer: _____

Wie soll abgebucht werden?

Vertragsnummer: _____ ab: _____ ☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich

Vertragsnummer: _____ ab: _____ ☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich

Vertragsnummer: _____ ab: _____ ☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich

Sie als Versicherungsnehmer sind auch Kontoinhaber: ☐ ja ☐ nein

Damit die INTER Versicherungsgruppe den Lastschrifteinzug vornehmen kann, muss das SEPA-Mandat ausgefüllt und unterschrieben an die oben genannte Adresse geschickt werden.

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige die INTER Krankenversicherung AG[1)], Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der INTER Krankenversicherung AG[1)] auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Vertragsnummer(n)

_____

Vorname und Zuname (Kontoinhaber)

_____

Straße/Haus-Nr.

_____

PLZ _____ Wohnort _____

Kreditinstitut

_____

IBAN

_ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift (Kontoinhaber)

[1)] Die INTER Krankenversicherung AG, mit der Gläubiger-Identifikationsnummer: DE84ZZZ00001899172, führt den Lastschrifteinzug auch für die INTER Lebensversicherung AG und die INTER Allgemeine Versicherung AG durch.