central

Gesundheit bewegt uns.

# SEPA-Lastschriftmandat

Unterschriebenes Original bitte an die Central schicken

FD / Versicherungsnummer

**Central Krankenversicherung AG**
**Hansaring 40–50**
**50670 Köln**

**Gläubiger-Identifikationsnummer**
DE11ZZZ00000028677

## Mandatsreferenz

Die Mandats-Referenznummer teilt Ihnen die Central Krankenversicherung separat mit.

## Einzugsermächtigung

Einzelmandat für wiederkehrenden Einzug

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Central Krankenversicherung AG, Beiträge von meinem/unserem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die dieses Konto betreffenden Lastschriften der Central Krankenversicherung AG einzulösen.
**Hinweis:** Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, bei meinem/unserem Kreditinstitut die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

## Kontoinhaber

☐ Herr ☐ Frau ☐ Firma

Titel, Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Land | Postleitzahl | Wohnort

## Bankverbindung

IBAN

Name des Kreditinstituts | BIC

## Ort, Datum und Unterschrift(en) Kontoinhaber

Ort | Datum | X Unterschrift(en) Kontoinhaber

## Versicherungsnehmer/Antragsteller

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

☐ Herr ☐ Frau

Titel, Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Land | Postleitzahl | Wohnort | Geburtsdatum