

SEPA-Lastschriftmandat

Envivas Krankenversicherung AG
Gereonswall 68
50670 Köln

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE16ZZZ00000028684

Einzugsermächtigung

Einzelmandat für monatlich wiederkehrenden Einzug

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Envivas Krankenversicherung AG, Beiträge monatlich von meinem/unserem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die dieses Konto betreffenden Lastschriften der Envivas 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.

Die Mandats-Referenznummer teilt Ihnen die Envivas Krankenversicherung AG separat mit.

Kontoinhaber

Herr Frau

Titel, Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Land Postleitzahl Wohnort

Bankverbindung

IBAN

Name des Kreditinstituts

BIC

Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erhalten Sie unter [schlusserklaerung-data.pdf \(envivas.de\)](#).

Ort, Datum und Unterschrift(en) Kontoinhaber

Ort

Datum

Unterschrift(en) Kontoinhaber

Versicherungsnehmer bzw. Antragsteller

Bitte nur ausfüllen, wenn abweichend von o. a. Kontoinhaber

Herr Frau

Titel, Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Land Postleitzahl Wohnort