

Barmenia  
Krankenversicherung AG  
Barmenia-Allee 1  
42119 Wuppertal

Beitragsbuchhaltung  
bank@barmenia.de  
0202 438 3713

## SEPA-Lastschriftmandat

Damit die Barmenia Krankenversicherung AG die jeweils fälligen Versicherungsbeiträge abbuchen kann, **senden Sie bitte das folgende SEPA-Lastschriftmandat ausgefüllt und unterschrieben zurück.**

**Dieses Lastschriftmandat gilt ausschließlich für diesen Vertrag:**

Versicherungsnummer:

Versicherungsnehmer (Name, Vorname):

### Kontoinhaber/in

Name, Vorname:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN:  **D E**  Bankleitzahl  Konto-Nr. (max. 10 Stellen)

BIC (8 oder 11 Stellen):

Name des Kreditinstitutes:

### Erklärung des Kontoinhabers

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Zahlungsempfänger: Barmenia Krankenversicherung AG, Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal

Gläubiger-ID: DE38ZZZ00002227957 Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Barmenia versendet spätestens einen Tag vor dem ersten Abruf eine Mitteilung über Abbuchungsbetrag und Fälligkeitstermine.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers