



SEPA-BASISLASTSCHRIFTMANDAT

Ich ermächtige die SONO Krankenversicherung a.G., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der SONO Krankenversicherung a.G. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. Sollte eine Einlösung aus von mir zu vertretenden Gründen nicht erfolgen, werde ich die der SONO Krankenversicherung a.G. vom kontoführenden Kreditinstitut belasteten Gebühren übernehmen.

Hinweis: 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 Gläubiger-Identifikationsnummer für die SONO Krankenversicherung a.G. lautet: DE72ZZZ00000573204. Ihre Mandatsreferenz wird durch die SONO Krankenversicherung a.G. vergeben.

Angaben zum Versicherungsnehmer

Name, Vorname: _____ Telefon: _____

Anschrift des Versicherungsnehmers: _____

Mitgliedsnummer: _____

Angaben zum Kontoinhaber

Name, Vorname: _____

Anschrift des Kontoinhabers: _____
(falls nicht mit dem Versicherungsnehmer identisch)

Name des Kreditinstituts: _____

22-stellige IBAN-Nummer: DE _____

BIC: _____

Zahlungsweise bitte ankreuzen:

monatlich (Beitragsabbuchung am 1. Banktag des Monats)

vierteljährlich (Beitragsabbuchung jeweils am 1. Banktag im Januar, April, Juli, Oktober)

halbjährlich (Beitragsabbuchung jeweils am 1. Banktag im Januar, Juli)

jährlich (Beitragsabbuchung jeweils am 1. Banktag im Januar)

Die angegebene Zahlweise gilt für alle Verträge bei der SONO Krankenversicherung a.G.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

HINWEIS: Mandate sind nur mit Datum und Unterschrift gültig!

Bitte zurück an: SONO Krankenversicherung a.G., Westring 73, 46242 Bottrop