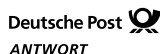


Vorname, Name des Versicherungsnehmers/Versicherten \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



ERGO Group AG  
40198 Düsseldorf

Geben Sie bitte Ihre Versicherungsnummer(n) an.  
Nur so können wir Ihr Mandat eindeutig zuordnen.

### SEPA-Basislastschriftmandat für wiederkehrende Zahlung

#### Zahlungsempfänger

ERGO Lebensversicherung AG, Überseering 45, 22297 Hamburg  
ERGO Versicherung AG, Victoriaplatz 2, 40477 Düsseldorf  
ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG, Rather Straße 110 a, 40476 Düsseldorf  
DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Straße 300, 50933 Köln  
ERGO Pensionskasse AG, Victoriaplatz 2, 40477 Düsseldorf  
Victoria Lebensversicherung AG, Victoriaplatz 2, 40477 Düsseldorf  
Europäische Reiseversicherung AG, Rosenheimer Straße 116, 81669 München

#### Gläubiger-ID

DE75ZZZ00000012102  
DE05ZZZ00000012101  
DE73DUE00000021741  
DE95ZZZ00000012130  
DE41ZZZ00000012132  
DE48ZZZ00000012103  
DE71ZZZ000000190654

Das Mandat wird nur dem Zahlungsempfänger erteilt, mit dem ein Vertrag geschlossen wird/besteht. Der Kontoinhaber erteilt je Vertrag ein Mandat.

**Mandatsreferenznummer:** Ihre Mandatsreferenznummer(n) erhalten Sie nachträglich.

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von den Zahlungsempfängern auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Der Lastschrifteinzug wird spätestens fünf Kalendertage im Voraus unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine angekündigt.

#### Kontoinhaber

Frau  Herr  Firma \_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Name, Firma  ja  nein  
Ich bin Versicherungsnehmer

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
De-Mail-Adresse (optionale Angabe)

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Name des Kreditinstituts

Das oben angegebene Konto soll zum  1.  8.  16.  24. des Fälligkeitsmonats belastet werden  
(gilt nur für Folgebeiträge).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers (bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten/gesetzlichen Vertreters)

# Hinweise und Erläuterungen zum SEPA-Basislastschriftmandat

## 1 Interner Vermerk

## 2 Rücksendeadresse

## 3 Gläubiger-Identifikationsnummer

Diese Kennung weist uns eindeutig als Zahlungsempfänger aus. Unter dieser Nummer sind wir bei der Deutschen Bundesbank registriert.

## 4 Mandatsreferenznummer

Diese Nummer vergeben wir zu Ihrem SEPA-Basislastschriftmandat. Wenn Sie mit uns über den Auftrag sprechen, nennen Sie sie uns bitte.

## 5 Kontoinhaber

Hier tragen Sie bitte Ihre Adresse ein.

Wenn Sie selbst der Versicherungsnehmer sind, kreuzen Sie „ja“ an. Möchten Sie für einen anderen Versicherungsnehmer den Beitrag zahlen, kreuzen Sie „nein“ an.

## 6 De-Mail-Adresse

Eine De-Mail-Adresse garantiert eine einfache, sichere, nachweisbare und schnelle Kommunikation zwischen uns und Ihnen, um vertrauliche Nachrichten und Dokumente austauschen zu können.

## 7 Bankdaten

Hier tragen Sie Ihre IBAN ein.

## 8 Zahlungsdetails

Hier können Sie festlegen, an welchem Tag im Monat der Beitrag abgebucht werden soll.

## 9 Unterschriftsbereich

Durch Ihre Unterschrift mit Angabe von Ort und Datum bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben. Bei Minderjährigen unterschreibt hier der Erziehungsberechtigte bzw. der gesetzliche Vertreter.

1 DMS 06032

Vorname, Name des Versicherungsnehmers/Versicherten

Deutsche Post   
ANTWORT

2 ERGO Group AG  
40198 Düsseldorf

Geben Sie bitte Ihre Versicherungsnummer(n) an.  
Nur so können wir Ihr Mandat eindeutig zuordnen.

### SEPA-Basislastschriftmandat für wiederkehrende Zahlung

#### Zahlungsempfänger

ERGO Lebensversicherung AG, Überseering 45, 22297 Hamburg  
ERGO Versicherung AG, Victoriaplatz 2, 40477 Düsseldorf  
ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG, Rather Straße 110 a, 40476 Düsseldorf  
DKV Deutsche Krankenkasse AG, Aachener Straße 300, 50933 Köln  
ERGO Pensionskasse AG, Victoriaplatz 2, 40477 Düsseldorf  
Victoria Lebensversicherung AG, Victoriaplatz 2, 40477 Düsseldorf  
Europäische Reiseversicherung AG, Rosenheimer Straße 116, 81669 München

3 Gläubiger-ID  
DE75ZZZ00000012102  
DE05ZZZ00000012101  
DE73DUE00000021741  
DE95ZZZ00000012130  
DE41ZZZ00000012132  
DE48ZZZ00000012103  
DE71ZZZ000000190654

Das Mandat wird nur dem Zahlungsempfänger erteilt, mit dem ein Vertrag geschlossen wird/besteht. Der Kontoinhaber erteilt je Vertrag ein Mandat.

#### 4 Mandatsreferenznummer: Ihre Mandatsreferenznummer(n) erhalten Sie nachträglich.

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von den Zahlungsempfängern auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Der Lastschrifteinzug wird spätestens fünf Kalendertage im Voraus unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine angekündigt.

#### 5 Kontoinhaber

Frau  Herr  Firma \_\_\_\_\_  
Vorname

ja  nein  
Ich bin Versicherungsnehmer

Name, Firma

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

#### 6 De-Mail-Adresse (optionale Angabe)

#### 7 IBAN

#### 7 Name des Kreditinstituts

8 Das oben angegebene Konto soll zum  1.  8.  16.  24. des Fälligkeitsmonats belastet werden  
(gilt nur für Folgebeiträge).

#### 9 Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers (bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten/gesetzlichen Vertreters)

1 DMS 14000