

R+V BKK  
65215 Wiesbaden

oder per Fax an: 0611 99909-152

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**  
DE83ZZZ00000090916

**Mandatsreferenz:**  
Wird separat mitgeteilt

---

Versichertennummer

## SEPA-Lastschriftmandat

### Mitglieder

- Mandat für einmalige Zahlung
- Mandat für wiederkehrende Zahlung

Ich ermächtige die R+V BKK, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der R+V BKK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vorname, Name (Kontoinhaber): \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut (Name): \_\_\_\_\_

BIC (8- oder 11-stellig): \_\_\_\_\_

IBAN (max. 31-stellig): \_\_\_\_\_

---

Ort / Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

#### Bei abweichendem Kontoinhaber:

- Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die gesetzliche bzw. vertragliche Zahlungsverpflichtung mit:

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_