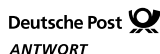


Vorname, Name des Versicherungsnehmers/Versicherten \_\_\_\_\_

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



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, ERGO-Platz 1, 40477 Düsseldorf  
 ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG, Rather Straße 110 a, 40476 Düsseldorf  
 DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Straße 300, 50933 Köln  
 ERGO Pensionskasse AG, ERGO-Platz 1, 40477 Düsseldorf  
 Victoria Lebensversicherung AG, ERGO-Platz 1, 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)

\* wenn Sie nicht Versicherungsnehmer sind,  
 siehe „Informationen zum Datenschutz“ auf Seite 3

# 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, ERGO-Platz 1, 40477 Düsseldorf  
ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG, Rather Straße 110 a, 40476 Düsseldorf  
DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Straße 300, 50933 Köln  
ERGO Pensionskasse AG, ERGO-Platz 1, 40477 Düsseldorf  
Victoria Lebensversicherung AG, ERGO-Platz 1, 40477 Düsseldorf  
Europäische Reiseversicherung AG, Rosenheimer Straße 116, 81669 München

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 gezogene 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

Name, Firma

ja  nein  
Ich bin Versicherungsnehmer\*

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

De-Mail-Adresse (optionale Angabe)

IBAN

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)

\* wenn Sie nicht Versicherungsnehmer sind, siehe „Informationen zum Datenschutz“ auf Seite 3

Seite 1

1 DMS 14000

## **Informationen zum Datenschutz für abweichende Kontoinhaber**

Für die Datenverarbeitung ist der jeweilige Zahlungsempfänger verantwortlich. Dieser verarbeitet Ihre in der Rubrik „Kontoinhaber“ angegebenen personenbezogenen Daten, um die fälligen Beiträge für die Versicherung einzuziehen. Hierzu gehören insbesondere Ihre Bankdaten.

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO. Sowohl der Versicherungsnehmer als auch der Zahlungsempfänger haben ein berechtigtes Interesse, dass die Beiträge rechtzeitig gezahlt werden.

Wir übermitteln Ihre Daten regelmäßig an die beteiligten Banken, um den Beitragseinzug durchzuführen. Innerhalb der ERGO Gruppe nehmen konzerneigene Dienstleister bestimmte Aufgaben in der Datenverarbeitung wahr. Diese haben auch Zugriff auf Ihre Daten. Unsere zentralen Dienstleister sind die ERGO Group AG und die ITERGO Informationstechnologie GmbH.

Wir speichern Ihre Daten, solange die Versicherung besteht und wir den Beitrag von Ihrem Konto einziehen. Daneben speichern wir die Daten zur Erfüllung von gesetzlichen Nachweis- und Aufbewahrungspflichten. Diese ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch und betragen bis zu zehn Jahre.

Sie haben ein Recht auf Auskunft über Ihre gespeicherten Daten. Unter bestimmten Voraussetzungen können Sie die Berichtigung Löschung und Einschränkung der Datenverarbeitung verlangen oder der Verarbeitung widersprechen.

Unseren betrieblichen Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter der Adresse des Zahlungsempfängers oder unter <mailto:datenschutz@ergo.de>, [datenschutz@ergo.de](mailto:datenschutz@ergo.de), für die DKV unter <mailto:datenschutz@dkv.com>, [datenschutz@dkv.com](mailto:datenschutz@dkv.com) bzw. für die ERV unter <mailto:datenschutz@erv.de>, [datenschutz@erv.de](mailto:datenschutz@erv.de)

Wenn Sie sich über den Umgang mit Ihren Daten beschweren möchten, können Sie sich an die jeweils zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde des Zahlungsempfängers wenden.