

Bitte ausgefüllt zurück an:



Debeka BKK  
Postfach 30 03 62  
56027 Koblenz

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich bin freiwillig versichert  Ich bin Student/in  (bitte auswählen)

Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ab: \_\_\_\_\_

Vorname, Nachname: _____	Geburtsdatum: _____
KV-Nummer: _____	
Straße, Nr.: _____	PLZ, Ort: _____

### Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Debeka Betriebskrankenkasse, Im Metternicher Feld 40, 56072 Koblenz

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE34ZZZ00000217122**

widerruflich, die von mir/uns jeweils zu entrichtenden Sozialversicherungsbeträge bei Fälligkeit zu Lasten meines / unseres nachstehenden Kontos einzuziehen.

### SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich / wir ermächtige/n die Debeka Betriebskrankenkasse Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich / weisen wir mein / unser Kreditinstitut an, die von der Debeka Betriebskrankenkasse auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

### Hinweis

Ab dem Belastungsdatum kann ich innerhalb von 8 Wochen bei meinem Kreditinstitut verlangen, dass mir der eingezogene Betrag wieder gutgeschrieben wird. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird die Debeka Betriebskrankenkasse mich / uns über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Geldinstitut: _____
IBAN: _____ BIC: _____
(Bitte IBAN und BIC immer angeben!)
Angabe zum Kontoinhaber (sofern abweichend)
Name: _____ Anschrift: _____

\_\_\_\_\_  
Datum



\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitglied



\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber (falls abweichend)