



Debeka Betriebskrankenkasse
56048 Koblenz



SEPA-Lastschriftmandat

Ich bin freiwillig versichert Ich bin Studentin bzw. Student (bitte auswählen)

Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ab: _____

Für sonstige Forderungen/Zuzahlungen

Meine personenbezogenen Daten

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	KV-Nummer
PLZ, Ort	E-Mail (freiwillige Angabe)

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Debeka Betriebskrankenkasse, Im Metternicher Feld 50, 56072 Koblenz

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE34ZZZ00000217122

widerrüflich, die von mir/uns jeweils zu entrichtenden Sozialversicherungsbeiträge bei Fälligkeit oder sonstigen Forderungen/Zuzahlungen 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!)	
Angaben zur kontoinhabenden Person (sofern abweichend)	
Name, Vorname	PLZ, Ort
Straße, Hausnummer	E-Mail (freiwillige Angabe)

Ort und Datum

Unterschrift Mitglied

Unterschrift kontoinhabende Person (falls abweichend)