

Telefon 0212 2262-230
Telefax 0212 2262-403
E-Mail beitraege@bergische-krankenkasse.de

DIE BERGISCHE KRANKENKASSE
42715 Solingen

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE19ZZZ00000095657

Betriebsnummer:

-
- Mandat für einmalige Zahlung**
 Mandat für wiederkehrende Zahlung

SEPA-Lastschriftmandat

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

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Ich ermächtige die BERGISCHE Krankenkasse, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BERGISCHEN Krankenkasse 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 die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname (bei abweichendem Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer, PLZ und Ort (bei abweichendem Kontoinhaber)

Kreditinstitut (Name)

BIC (8- oder 11-stellig)

IBAN (max. 31-stellig)

Beiträge sollen erstmalig für den Monat _____ abgebucht werden.

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 SGB V und § 94 Abs. 1 SGB XI verarbeitet. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.bergische-krankenkasse.de/datenschutz oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die BERGISCHE Krankenkasse, Postfach 19 05 40, 42705 Solingen oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@bergische-krankenkasse.de.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers