

Bankverbindung für eine einmalige Gutschrift

Damit wir Ihnen Ihr Guthaben überweisen können, benötigen wir Ihre Bankverbindung. Mit diesem Formular geben Sie uns einmalig Ihre Daten für Ihre Gutschrift. Dies ist kein SEPA-Mandat für die Abbuchung von Beiträgen.

Gleich
ausfüllen
und
absenden

1. Meine persönlichen Angaben

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

Straße/Hausnummer:

PLZ:

Ort:

E-Mail:

Telefon:

2. Meine Bankverbindung

Name des Geldinstituts:

IBAN (International Bank Account Number, 22-stellig):

D	E																					
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC (Business Identifier Code, 11-stellig):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname und Name des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller):

Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller):

Unterschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller):

Datenschutzhinweis: Die Mobil Krankenkasse (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: info@service.mobil-krankenkasse.de) als Datenverarbeiter benötigt die geforderten Angaben für die Erstattung zu Unrecht gezahlter Beiträge im Rahmen von § 26 Abs. 2 Sozialgesetzbuch (SGB) IV. Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter mobil-krankenkasse.de/datenschutz

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Senden Sie bitte diese Seite ausgefüllt zurück



Per Post:

Mobil Krankenkasse
Beiträge/Privatkunden
20091 Hamburg

Per E-Mail:

Unterlagen scannen und senden an
info@service.mobil-krankenkasse.de

Per App MOBIL ME:

Unterlagen fotografieren
und hochladen