SEPA-Lastschriftmandat

Mobil Krankenkasse
20091 Hamburg

oder per Fax an 0800 255 3002-888
per E-Mail an info@service.mobil-krankenkasse.de

Meine persönlichen Angaben

☐ Herr ☐ Frau ☐ Divers

Versichertennummer _____

Vorname _____ Name _____

Straße, Nr. _____ Geburtsdatum _____

Postleitzahl _____ Ort _____ Land _____

Telefon _____ E-Mail _____

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE86ZZZ00001158056

Ich ermächtige die Mobil Krankenkasse, Zahlungen von meinem Konto mittels Basis-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die von der Mobil Krankenkasse auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Name und Ort des Geldinstituts

Vorname und Name des Kontoinhabers

Adresse des Kontoinhabers

IBAN (International Bank Account Number) – 22-stellig

BIC (Business Identifier Code) – 11-stellig

☐ Wiederkehrende Zahlung ☐ Einmalige Zahlung

Die Einzugsermächtigung gilt ab dem (TT/MM/JJJJ):

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 den Einzug der Einnahmen im Rahmen von § 76 Abs. 1 SGB IV. Ihre Angaben werden an die Commerzbank AG weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter mobil-krankenkasse.de/datenschutz

Datum _____ Unterschrift (Kontoinhaber) _____

Das SEPA-Lastschriftmandat kann jederzeit von mir schriftlich widerrufen werden. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift wird mich die Mobil Krankenkasse über den Einzug in dieser Verfahrensart informieren.
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.