

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Mit dem SEPA-Lastschriftmandat ermächtigen Sie die Mobil Krankenkasse, Zahlungen von Ihrem Konto mittels Basis-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen Sie Ihr Geldinstitut an, unsere Lastschriften einzulösen.

GLEICH
AUSFÜLLEN
UND
ABSENDEN

1. MEINE PERSÖNLICHEN ANGABEN

Frau Mann Divers

Name, Vorname

Versicherten-Nr.

Straße/Hausnummer

Geburtsdatum

PLZ

Ort

2. ANGABEN ZUR BANKVERBINDUNG

Name des Geldinstituts

IBAN (International Bank Account Number) – 22-stellig

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

BIC (Business Identifier Code) – 11-stellig

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

Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Das SEPA-Lastschriftmandat gilt ab dem (TT/MM/JJJJ)

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

Vorname und Name des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)

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

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

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.

SENDEN SIE BITTE DIESE SEITE AUSGEFÜLLT ZURÜCK

Per Post:
Mobil Krankenkasse
20091 Hamburg

Im Internet:
mobil-krankenkasse.de/sepa

Per Fax:
0800 255 3002-888