

# SEPA-Lastschrift-Mandat

wird separat mitgeteilt.

Mandatsreferenz

Deutsche BKK  
40252 Düsseldorf

**DE76BKK00000005876**  
Gläubiger-Identifikationsnummer

## Mitgliedsdaten

Name, Vorname des Mitglieds Geburtsdatum KV-Nummer

### 1. Angaben zum Zahler

Name, Vorname (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Land

### 2. Angaben zur Bankverbindung

Kreditinstitut (Name und BIC- Bank Identifier Code)

IBAN (International Bank Account Number)

### 3. Unterschrift

#### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Deutsche BKK, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen BKK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Die Daten werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und nur zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben bei unserer Krankenkasse verwendet. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 206 SGB V (Sozialgesetzbuch V) verpflichtet. Bei Zuwiderhandlung sind die entstehenden Mehraufwendungen zu erstatten. Ferner sind wir nach § 20 SGB X verpflichtet, alle Angaben, die für die Durchführung Ihrer Mitgliedschaft benötigt werden, von Amts wegen einzuholen.