

Telefon 0212 2262-210
Telefax 0212 2262-405
E-Mail beitraege@bergische-krankenkasse.de

BERGISCHE KRANKENKASSE
42715 Solingen

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE19ZZZ00000095657

Mandatsreferenz / Kundennummer:
/

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)

Die Abbuchung der Beiträge soll erstmalig ab dem Datum (ttmmjjjj) erfolgen

Es sollen auch Beitragsrückstände abgebucht werden Ja Nein

Datum (ttmmjjjj)

Ort

Unterschrift des Kontoinhabers