

Antwort:

SECURVITA Krankenkasse
Postfach 10 58 29
20039 Hamburg

Einzugsermächtigung für freiwillige Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung

Name, Vorname, Geburtsdatum bzw. Firma / Zahlungspflichtiger
Anschrift

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die

SECURVITA Krankenkasse, Lübeckertordamm 1-3, 20099 Hamburg

widerruflich, die von mir/uns jeweils zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos einzuziehen. Diese Einzugsermächtigung gilt auch für zurückliegende Beitragszeiträume*.

Name des Geldinstituts	
Bankleitzahl	Kontonummer
Kontoinhaber (falls nicht mit Zahlungspflichtigem identisch)	

Die Beträge sollen erstmals für den
Monat

abgebucht werden.

Datum

Unterschrift Mitglied / Stempel und Unterschrift Firma

Unterschrift Kontoinhaber

* wenn nicht zutreffend, bitte streichen.