Bitte zurück an:

SECURVITA Krankenkasse
Gruppe Beitrag Selbstzahler
Postfach 10 58 29
20039 Hamburg

SEPA-Lastschriftmandat für Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge

Gläubigeridentifikationsnummer:	DE87ZZZ00000003253
Mandatsreferenz:	Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen im Rahmen des Lastschriftlaufes übermittelt.

Versichertennummer:		

Name, Vorname:		Geburtsdatum:	

Anschrift:	

Hiermit ermächtige(n) ich / wir die SECURVITA Krankenkasse widerruflich, Beiträge von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift bei Fälligkeit einzuziehen. Zugleich weise ich mein / wir unser Kreditinstitut an, die von der SECURVITA Krankenkasse auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, kann eine Erstattung des belasteten Betrages verlangt werden. Es gelten dabei die mit dem jeweiligen Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Das SEPA-Mandat gilt ab ☐ sofort oder ab T T M M J J J J

Beitragsrückstände sollen ebenfalls eingezogen werden ☐ ja ☐ nein

Kreditinstitut:	
IBAN:	**D E**
BIC:	

Name und Anschrift des Kontoinhabers (falls nicht mit dem Zahlungspflichtigen identisch)

Ort | Datum | Unterschrift des Mitglieds | Unterschrift des Kontoinhabers

Datenschutzhinweis
Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der SECURVITA Krankenkasse notwendig.
Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie unter www.securvita.de/krankenkasse/sonstiges/datenschutz oder in Papierform - rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Information gerne zu.

securvita KRANKENKASSE