

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Datenschutzhinweis: Die Lastschriftermächtigung ist freiwillig. Sollten Sie uns diese erteilen, sind Ihre Daten selbstverständlich geschützt. Die Abbuchung erfolgen unter Angabe unserer Gläubiger-Identifikations-Nr. DE33ZZZ0000022364.

ANGABEN ZUR PERSON/ARBEITGEBER

Name, Vorname	<input type="text"/>
Firma	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>
Ort	<input type="text"/>
Krankenversicherungsnummer/ Betriebsnummer	<input type="text"/>

ANGABEN ZUR BANKVERBINDUNG

Mandat gilt für	<input type="checkbox"/> wiederkehrende Zahlung	<input type="checkbox"/> einmalige Zahlung
IBAN	<input type="text"/>	
BIC	<input type="text"/>	
Geldinstitut	<input type="text"/>	
Kontoinhaber	<input type="text"/>	

Ich ermächtige die BKK MAHLE, Zahlungen von meinem/unsere(n) nachstehend aufgeführten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BKK MAHLE 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.

Datenschutzhinweis

Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Wir benötigen die geforderten Angaben für die Prüfung und Feststellung des Versicherungsverhältnisses bzw. der Mitgliedschaft im Rahmen von § 5 Sozialgesetzbuch (SGB) V, § 9 SGB V, § 186 ff. SGB V, § 20 SGB XI und für die Erhebung von Einnahmen im Rahmen von § 76 Abs. 1 SGB IV. Die Angaben zu Kontaktdaten (E-Mail und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage www.bkk-mahle.de/datenschutz.

Ort, Datum

Unterschrift