

Lieber Kunde,

wir möchten Ihnen die Beitragszahlung so bequem wie möglich machen. Das SEPA-Lastschriftmandat ist für Sie die einfachste Lösung und hilft Verwaltungskosten sparen.

Bitte senden Sie das SEPA-Lastschriftmandat ausgefüllt und unterschrieben zurück. So ist die termingerechte Zahlung sichergestellt.

Wir bitten um Verständnis, dass wir das Formular im Original benötigen. Eine Übermittlung per FAX oder per Mail ist aufgrund der derzeitigen Rechtslage nicht mehr möglich.

Versicherte/r (Name, Vorname)

KVNR

Strasse, PLZ Ort

Mandat für das SEPA-Basislastschriftverfahren – Beiträge

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

DAK-Gesundheit, Nagelsweg 27 – 31, 20097 Hamburg

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE69ZZZ00000194764

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die DAK-Gesundheit, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der DAK-Gesundheit auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird die DAK-Gesundheit mich / uns über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten und mir / uns die Mandats-ID mitteilen.

gültig für Beiträge ab

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Anschrift des Zahlungspflichtigen (des Kontoinhabers)

IBAN (22 Stellen)

DE

BIC (11 Stellen)

Name des Kreditinstituts

Ort und Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)