

# SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer der mkk - meine krankenkasse

D | E | 5 | 9 | Z | Z | Z | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 4 | 0 | 8 | 2

Versichertennummer

Einzug ab

Ich ermächtige/wir ermächtigen die mkk - meine krankenkasse Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der mkk auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber:in

Name, Vorname (n)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

BIC (Angabe ist bei deutscher Bankverbindung nicht erforderlich)

IBAN

Die Angaben sind zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden nach § 284 Abs. 1 SGB V erhoben, gespeichert und genutzt. Weitere Informationen über die Verarbeitung von personenbezogenen Daten durch uns und die Rechte der Kundinnen und Kunden nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung befinden sich auf unsere Homepage unter [www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/](http://www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/).

Ort, Datum und Unterschrift

Das Mandat kann sicher über unsere [App](#) hochgeladen werden. Alternativ auch [per E-Mail](mailto:zvkk@meine-krankenkasse.de) an [zvkk@meine-krankenkasse.de](mailto:zvkk@meine-krankenkasse.de) oder [per Post](#) an mkk - meine krankenkasse, 10857 Berlin

