

SEPA - LASTSCHRIFTMANDAT



Gläubiger-Identifikationsnummer der BKK-VBU

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

Ich ermächtige/wir ermächtigen die BKK-VBU Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der BKK-VBU 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.

Krankenversichertennummer

Einzug ab

Kontoinhaber: Name, Vorname oder Firma

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

BIC

IBAN

Ihre 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 Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage unter meine-krankenkasse.de/datenschutz/.

Ort, Datum und Unterschrift

X

Bitte senden an: per E-Mail zvkk@bkk-vbu.de oder per Fax 030 72612-8297



meine-krankenkasse.de

BKK-VBU | Lindenstraße 67 | 10969 Berlin | kostenloses 24-h-Servicetelefon 0800 1656616