

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Versichertennummer: \_\_\_\_\_



## SEPA-Lastschriftmandat

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

Gläubiger-ID: **DE51TK10000031158**  
Mandats-Referenznummer: wird nachgereicht

Ich ermächtige die Techniker Krankenkasse, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Techniker Krankenkasse auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zugleich verpflichte ich mich, die Techniker Krankenkasse bei Beendigung meines Mandats zu benachrichtigen.

Ich möchte, dass Sie die Beiträge von folgendem Konto einziehen:

**D E** \_\_\_\_\_  
IBAN

Einzug ab \_\_\_\_\_  
Monat Jahr

Ich bin die Konto-Inhaberin/der Konto-Inhaber  ja  nein, die Konto-Inhaberin/der Konto-Inhaber ist:

\_\_\_\_\_  
Name der abweichenden Konto-Inhaberin/des abweichenden Konto-Inhabers

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ Ort

Nur für Bankverbindung im Ausland

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Bankname

\_\_\_\_\_  
Ort Tag Monat Jahr Unterschrift der Konto-Inhaberin/des Konto-Inhabers

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit.

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlagen hierfür sind § 284 SGB V und § 94 SGB XI.

505486222611



Techniker Krankenkasse  
20901 Hamburg

—

—