Deutsche Post
ANTWORT

Techniker Krankenkasse
20901 Hamburg

Name _____

Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Vers.-Nr. _____

## SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID: **DE51TK100000031158**
Mandatsreferenznummer: 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 acht 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.

Einzug des Beitrags von folgendem Konto ab _____ _____
Monat Jahr

IBAN _____

Ich bin der Kontoinhaber: ☐ Ja ☐ Nein, dann bitte den abweichenden Kontoinhaber angeben

_____
Vorname, Nachname

_____
Straße, Nr.

_____ _____
PLZ Ort

Ort _____ Datum _____ _____ _____ Unterschrift _____
Tag Monat Jahr Kontoinhaber/in

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

W000913