



Techniker Krankenkasse  
20901 Hamburg

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Straße, Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Vers.-Nr. \_\_\_\_\_

**SEPA-Lastschriftmandat**

Gläubiger-ID: **DE51TK10000031158**  
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 \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

Unterschrift \_\_\_\_\_  
Kontoinhaber/in

502963058278



**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).**