Angaben zu Ihrer Person:

Titel Vorname Name

Straße Hausnummer

Postleitzahl Ort

Geschäftszeichen

Versicherungsnummer

Deutsche Post
ANTWORT

Techniker Krankenkasse
20910 Hamburg

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID: **DE51TK100000031158**

Mandatsreferenznummer: wird nachgereicht

Ich ermächtige die Techniker Krankenkasse, einmalig eine Zahlung 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.

Bitte ziehen Sie die Zuzahlungen/Forderungen aufgrund von Leistungen von folgendem Konto ein.

D E
IBAN

Einzug ab
Monat Jahr

Ich bin der Kontoinhaber ☒ ja ☐ nein, dann bitte den abweichenden Kontoinhaber angeben:

Ort

Tag Monat Jahr

Unterschrift Kontoinhaber/in

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben. Bitte teilen Sie uns Änderungen schnellstmöglich mit.

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen.
Die Rechtsgrundlage hierfür ist § 284 SGB V.