



Deutsche Post   
ANTWORT

Techniker Krankenkasse  
20901 Hamburg

## 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.

Bitte ziehen Sie die Beiträge von folgendem Konto ein.

IBAN

Einzug ab    
Monat Jahr

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

Vorname, Nachname

Straße, Nr.

PLZ

Ort

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 Rechtsgrundlagen hierfür sind § 284 SGB V und § 94 SGB XI.