

SEPA Lastschrift-Mandat für Sozialversicherungsbeiträge

Salus BKK Gläubiger-ID: DE62ZZZ00000053464

Hiermit ermächtige ich die Salus BKK, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Salus BKK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Versicherte Person

<input type="text"/>	▶ Sie haben Ihre Krankenversicherungsnummer gerade nicht zur Hand? Dann geben Sie bitte alternativ Ihr Geburtsdatum an:	<input type="text"/>
Krankenversicherungsnummer		T T M M J J J J
<input type="text"/>		
Name		
<input type="text"/>		
Vorname		
<input type="text"/>		
Straße, Hausnummer		
<input type="text"/>		
Postleitzahl	Ort	

Bankverbindung

<input type="text"/>	
IBAN	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
BIC	Kreditinstitut
<input type="text"/>	
Kontoinhaber (falls abweichend)	

Datenschutzhinweis: Die Erhebung Ihrer persönlichen Daten (Sozialdaten) ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich (§ 284 SGB V). Zur Mitteilung der erfragten Daten sind Sie nach § 206 SGB V verpflichtet. Freiwillige Angaben sind entsprechend gekennzeichnet. Wir versichern Ihnen, dass Ihre persönlichen Daten ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben verwendet werden. Ausführliche Hinweise und Informationen zum Datenschutz bei der Salus BKK finden Sie unter: www.salus-bkk.de/datenschutz

Ort, Datum

X

Unterschrift(en) (bitte auch von evtl. abweichendem Kontoinhaber)

▶ Senden, faxen oder mailen Sie uns diesen Vordruck:

Per Post an

Salus BKK
Siemensstraße 5 a
63263 Neu-Isenburg

Per Fax an

06102 2909-99

Eingescannt per E-Mail an

kvdr@salus-bkk.de



**Kennen Sie bereits
unseren Newsletter
für Versicherte?**

Anmeldung und Infos unter:
www.salus-bkk.de/newsletter