

Hanseatische Krankenkasse, Privatkunden, 22034 Hamburg

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23ZZZ00000053778

Mandatsreferenznummer: wird separat mitgeteilt

Fax 040 65696-5498

Email kontakt@hek.de

Versichertennummer

Vorname und Name

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer (Kontoinhaber)

Postleitzahl und Ort (Kontoinhaber)

Ort, Datum und Unterschrift

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Bitte ziehen Sie

☐ rechtzeitig zum gesetzlichen Fälligkeitstermin (zum 15. des Folgemonats) ein.

1. Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die HEK widerruflich, die fälligen Beiträge zu Lasten des genannten Kontos einzuziehen. Die Einzugsermächtigung gilt auch für die Prämie zu einem Wahltarif mit Anspruch auf Krankengeld.

2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die HEK, die fälligen Beiträge und die fällige Prämie zu einem Wahltarif mit Anspruch auf Krankengeld von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der HEK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: DE

Ort, Datum und Unterschrift

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich/uns die HEK über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten und mir/uns die Mandatsreferenznummer mitteilen.