

Name, Vorname
Tel.-Nr.
Straße, Nr.
PLZ, Ort



KV-Nummer

hkk Krankenkasse
Abt. Mitgliedschaft
Martinistraße 26
28195 Bremen

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats*

hkk Gläubiger-Identifikationsnummer: DE51ZZZ00000507816

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige die hkk, die von mir zu zahlenden Beträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der hkk 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. Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die zu zahlenden Beträge der oben genannten Person.

Das SEPA-Lastschriftmandat ist gültig ab Monat (MM/JJJJ):

IBAN:

Sollen Ihre Beiträge von einem Konto eingezogen werden, das NICHT Ihnen gehört, dann nennen Sie uns bitte die Daten des Kontoinhabers:

Name, Vorname
Straße, Nr.
PLZ, Ort

Ort

Datum

Unterschrift Kontoinhaber



Ihre Daten werden gemäß Art. 6 DS-GVO und § 284 SGB V für Zwecke der Kranken- und § 94 SGB XI für Zwecke der Pflegeversicherung verarbeitet. Mehr Infos erhalten Sie unter www.hkk.de/datenschutz und in unseren Geschäftsstellen. Für weitere Fragen hierzu kontaktieren Sie uns gerne.