

SEPA-Lastschriftmandat

Deutsche Post 
ANTWORT

SBK
80227 München

.....
Versichertennummer

Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 65 ZZZ 000 000 319 73

Ich ermächtige die Siemens-Betriebskrankenkasse / SBK-Pflegekasse die Beiträge zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der SBK gezogenen Lastschriften einzulösen.

.....
Beginn der Abbuchung

Geldinstitut

.....
BIC

.....
IBAN

Kontoinhaber (falls nicht mit dem Mitglied identisch)

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Neben den laufenden Beiträgen sollen alle rückständigen Beträge abgebucht werden.

Hinweise:

Sie können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit Ihrem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ist Ihr Konto nicht gedeckt, muss Ihre Bank die Abbuchung nicht einlösen. Die Bank berechnet bei einer erfolglosen Abbuchung eine Gebühr, die wir dann an Sie weitergeben müssen. Über die Höhe der abzubuchenden Beträge informieren wir Sie mit entsprechenden Beitragsmitteilungen. Sollte Ihnen noch kein Beitragsbescheid vorliegen, so erhalten Sie diesen mindestens 5 Tage vor der ersten Abbuchung.

*Die Angaben sind freiwillig und werden zum Zweck der Durchführung der Versicherung verarbeitet. Ihre Daten werden selbstverständlich geschützt und vertraulich behandelt. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Verarbeitung der Daten einverstanden. Mehr zu den von der SBK verarbeiteten Daten erfahren Sie unter sbk.org/datenschutz oder bei Ihrem persönlichen Kundenberater. Das Einverständnis können Sie jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen per E-Mail an widerruf@sbk.org oder gegenüber Ihrem persönlichen Kundenberater widerrufen.

Ort, Datum

Telefon*

Unterschrift

Unterschrift Kontoinhaber für Abbuchung (falls abweichend)