





SBK  
80227 München

Name     ^:  
Straße, Nr.:  
Postleitzahl, Ort:

Versichertennummer:

## SEPA-Lastschriftmandat

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: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut (Name, BIC): \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_\_\_\_

Kontoinhaber (falls nicht mit dem Mitglied identisch)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Sollte ich Leistungen von der SBK erstattet bekommen, so kann die Erstattung auf das gleiche Konto erfolgen:

ja  nein, Leistungserstattungen bitte auf folgendes Konto vornehmen:

Kreditinstitut (Name, BIC): \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_\_\_\_

### 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. Selbstverständlich werden wir Ihre Daten geschützt und vertraulich behandeln und nicht an einen Dritten weiter geben.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitglied

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber für Abbuchung  
(falls abweichend)