

BKK Freudenberg  
Höhnerweg 2 – 4  
69465 Weinheim

Dieses Formular können Sie bequem am  
Bildschirm ausfüllen und anschließend  
ausgedruckt und unterschrieben an uns  
per Post/E-Mail senden oder faxen.

Fax: 06201 882767  
beitraege@bkk-freudenberg.de

# SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

## PRIVATKUNDEN

Beitragskontonummer (Krankenversicherthenummer)

Mandat für einmalige Zahlung

Mandat für wiederkehrende Zahlung

Ich ermächtige die BKK Freudenberg, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.  
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BKK Freudenberg 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.

### Persönliche Daten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

### Bankverbindung

Kontoinhaber (falls abweichend von oben genannter Person)

Name der Bank

IBAN

BIC (nur bei Auslandskonto)

### Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

X