KKH Kaufmännische Krankenkasse
30125 Hannover

Sepa-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE58KKH00000263929
Betriebsnummer:
Name:
Anschrift:

Die Mandats-ID wird nächträglich von der KKH vergeben.

Ich ermächtige die KKH, **Beitragszahlungen ab Beitragsmonat/Jahr** **v**on meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der KKH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Meine Rückstände dürfen eingezogen werden: Ja

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

BIC

IBAN

Wenn abweichender Kontoinhaber bitte zusätzlich ausfüllen:

Anredeschlüssel (1= Herr, 2 = Frau, 3= Firma, 4= Divers)

Vorname und Name Kontoinhaber / Firma

Straße und Hausnummer

PLZ Ort

Datum (TT/MM/JJJJ) **Unterschrift des Kontoinhabers (ggf. gesetzlicher Vertreter o. Bevollmächtigter)**

(Diese Erklärung gilt, solange sie nicht der KKH gegenüber widerrufen wird.)

Wichtig: Das Mandat ist nur vollständig ausgefüllt mit Datum und Unterschrift gültig. Sie werden über den Lastschrifteinzug rechtzeitig informiert. Änderungen teilen Sie uns bitte schriftlich mit.