

Sie haben Fragen?
Wir helfen Ihnen gern!
Tel: 0800 / 80 100 40
(kostenfrei)

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

für Versicherte



Name, Vorname (des Versicherten)

Geburtsdatum

Anschrift

Versichertennummer

Telefon (freiwillige Angabe)

Fax (freiwillige Angabe)

Mail (freiwillige Angabe)

Mandat für einmalige Zahlung

BKK RWE-Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE35ZZZ0000096630

Mandat für wiederkehrende Zahlung

Ich ermächtige die BKK RWE, die von mir / uns zu zahlenden Beträge zum Fälligkeitstermin von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BKK RWE auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Außerdem verpflichte ich mich, die BKK RWE bei Beendigung meines Mandats zu benachrichtigen.

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.

Durch das SEPA-Lastschriftmandat können Sie die im Falle einer verspäteten Zahlung gesetzlich vorgeschriebenen Säumniszuschläge vermeiden. Für Beiträge, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, sind für jeden angefangenen Monat der Säumnis Säumniszuschläge in Höhe von 1 % des rückständigen, auf 50,00 EUR nach unten abgerundeten Betrages zu zahlen.

Geldinstitut

IBAN

Name, Vorname des Kontoinhabers (falls abweichend vom Versicherten)

Adresse des Kontoinhabers (falls abweichend vom Versicherten)

Datenschutzhinweis

Die im Formular angegebenen personenbezogenen Daten erheben und verarbeiten wir gemäß Art. 6 DS-GVO und § 284 SGB V für Zwecke der Kranken- und § 94 SGB XI für Zwecke der Pflegeversicherung zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgaben. Alle Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Ihre freiwilligen Angaben speichern und nutzen wir lediglich für die Kontaktaufnahme im Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsverhältnis. Weitere Informationen finden Sie in unseren Datenschutzgrundsätzen unter www.bkkrwe.de/Datenschutz-DSGVO oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Bitte Formular ausfüllen, unterschreiben und zurücksenden an: BKK RWE Fachteam Beiträge 29217 Celle