Bitte zurück an:
vivida bkk
78044 Villingen-Schwenningen
Oder per Fax an 0800 3755 3755 9
(kostenfrei für Mobilfunk/Festnetz)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE81ZZZ00000030521
Mandatsreferenz: **wird separat mitgeteilt**

Erteilung einer SEPA-Basislastschrift

Versichertennummer:

Name
Anschrift

SEPA-Lastschriftmandat gültig ab: ☐☐☐☐☐☐ **(TT/MM/JJ)**

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir die **vivida bkk, 78044 Villingen-Schwenningen,** Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Dieses Mandat gilt für bestehende und künftige Forderungen (z. B. Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung, Beiträge Wahltarif Krankengeld, Leistungsforderungen) die sich aus der Mitgliedschaft bei der vivida bkk ergeben. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von **der vivida bkk** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich/Wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

☐ **Mandat für wiederkehrende Zahlung** ☐ **Mandat für einmalige Zahlung**
*bei Mandatserteilung für eine einmaliger Zahlung bitten wir das Datum der gewünschten Abbuchung einzutragen

IBAN
D E ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

BIC **(bitte nur bei ausländischer Bankverbindung ausfüllen)**
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Das SEPA-Lastschriftmandat erlischt bei Rückbelastung, eine Neuerteilung ist dann erforderlich.

Ihre persönlichen Daten werden von der vivida bkk zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch erhoben, gespeichert und verarbeitet. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt.

Weitere Informationen zum Datenschutz bei der vivida bkk finden Sie unter www.vividabkk.de/datenschutz

Datum _____ Unterschrift _____