(Absenderadresse)

Einzugsermächtigung

Wir ermächtigen die Krankenkasse, die fälligen Beträge zu Lasten des unten genannten Kontos einzuziehen.

Die Einzugsermächtigung gilt ab dem Beitragsmonat ____ Monat ____ Jahr

☐ Bereits vorhandene, offene Forderungen sollen ebenfalls abgebucht werden.

Konto-Nr. _____ BLZ _____

Geldinstitut _____

IBAN D E _____

BIC _____

Kontoinhaber (bitte nur ausfüllen, wenn abweichend vom Arbeitgeber):

Name _____

Betriebsnummer _____

Gesamtsozialversicherungsbeiträge werden zum drittletzten Bankarbeitstag des jeweiligen Monats fällig, freiwillige Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge erst zum 15. des Folgemonats. Sonfern der Krankenkasse der Beitragsnachweis nicht spätestens zwei Bankarbeitstage vor dem Fälligkeitstermin vorliegt, erfolgt der Einzug in geschätzter Höhe.

Weist das Konto keine erforderliche Deckung auf, ist das Geldinstitut nicht verpflichtet, den Bankabruf durchzuführen. Wir können die Einzugsermächtigung jederzeit formlos widerrufen.

Datum ____ Tag ____ Monat ____ Jahr

Unterschrift Kontoinhaber(in) _____

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlagen hierfür sind § 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V) und § 94 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI).

Die Angabe von IBAN und BIC sind freiwillige Angaben, sind aber zukünftig notwendig.