

# SEPA-Lastschriftmandat

Deutsche Post   
ANTWORT

SBK  
80227 München

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE 65 ZZZ 000 000 319 73

Ich ermächtige die SBK/SBK-Pflegekasse die Beiträge zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der SBK gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Abbuchung erfolgt am 15. des Monats für den Vormonat (Beispiel: Beitrag für August am 15.09.).

Beginn der Abbuchung

ab sofort

ab

\_\_\_\_\_  
Monat      Jahr

\_\_\_\_\_  
Geldinstitut

\_\_\_\_\_  
IBAN

IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

BIC

**Kontoinhaber** (falls abweichend vom Versicherten)

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

Neben den laufenden Beiträgen sollen alle rückständigen Beträge abgebucht werden.

**Hinweise:**

Sie können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit Ihrem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ist Ihr Konto nicht gedeckt, muss Ihre Bank die Abbuchung nicht einlösen. Die Bank berechnet bei einer erfolglosen Abbuchung eine Gebühr, die wir dann an Sie weitergeben müssen. Über die Höhe der abzubuchenden Beträge informieren wir Sie mit entsprechenden Beitragsmitteilungen. Sollte Ihnen noch kein Beitragsbescheid vorliegen, so erhalten Sie diesen mindestens 5 Tage vor der ersten Abbuchung.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber für Abbuchung (falls abweichend)