Bitte Formular unterschreiben und entweder per Post an die Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Debitorenbuchhaltung, Postfach 1923, 70709 Fellbach oder per Fax an die 0711 7372-8597 senden.

Süddeutsche Krankenversicherung a.G.
Debitorenbuchhaltung
Postfach 1923
70709 Fellbach

Ich erteile ein Mandat für folgende Kranken- /Unfallversicherungen (bitte alle angeben):

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften

Empfänger

Süddeutsche Krankenversicherung a.G.
Raiffeisenplatz 11
70736 Fellbach

Gläubiger-ID

DE62SDK00000062000

Mandatsreferenznummer

wird nachträglich mitgeteilt

Ich ermächtige/Wir ermächtigen Sie **wiederkehrend** Zahlungen mittels Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich meinen/weisen wir unseren unten genannten Zahlungsdienstleister an, die von Ihnen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Bankname

IBAN

_ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

BIC

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Name und Anschrift des Zahlers:

Name, Vorname:	
Straße, Hausnummer:	Postleitzahl, Ort:

Hinweise:
Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Mit der Verkürzung der Ankündigungsfrist für fällige Beiträge von 14 auf 5 Tage bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift(en) des Zahlers/der Zahler