

# SEPA-Lastschriftmandat

Mit dem SEPA-Lastschriftmandat ermächtigen Sie die Mobil Krankenkasse, Zahlungen von Ihrem Konto mittels Basis-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen Sie Ihr Geldinstitut an, unsere Lastschriften einzulösen.

Gleich  
ausfüllen  
und  
absenden

## 1. Meine persönlichen Angaben

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

Straße/Hausnummer:

Geburtsdatum:

PLZ:

Ort:

## 2. Meine Bankverbindung

Name des Geldinstituts:

IBAN (International Bank Account Number, 22-stellig):

D	E																					
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC (Business Identifier Code, 11-stellig):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

wiederkehrende Zahlung  einmalige Zahlung

Das SEPA-Lastschriftmandat gilt ab dem (TT/MM/JJJJ):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname und Name des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller):

Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller):

Unterschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller):

**Datenschutzhinweis:** Die Mobil Krankenkasse (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: [info@service.mobil-krankenkasse.de](mailto:info@service.mobil-krankenkasse.de)) als Datenverarbeiter benötigt die geforderten Angaben für den Einzug der Einnahmen im Rahmen von § 76 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) IV. Ihre Angaben werden an die Commerzbank AG weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter [mobil-krankenkasse.de/datenschutz](http://mobil-krankenkasse.de/datenschutz)

Ort, Datum:

Unterschrift:

Das SEPA-Lastschriftmandat kann jederzeit von mir schriftlich widerrufen werden. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift wird mich die Mobil Krankenkasse über den Einzug in dieser Verfahrensart informieren. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

## Senden Sie bitte diese Seite ausgefüllt zurück

**Per Post:**  
Mobil Krankenkasse  
Beiträge/Privatkunden  
20091 Hamburg

**Per E-Mail:**  
Unterlagen scannen und senden an  
[info@service.mobil-krankenkasse.de](mailto:info@service.mobil-krankenkasse.de)

**Per App MOBIL ME:**  
Unterlagen fotografieren  
und hochladen