Mobil
BETRIEBSKRANKENKASSE

# SEPA-Lastschriftmandat

BKK Mobil Oil
20091 Hamburg

**oder per Fax an 0800 255 3002-888**

**Meine persönlichen Angaben**

☐ Herr ☐ Frau

Versichertennummer _____

Vorname _____ Name _____

Straße, Nr. _____ Geburtsdatum _____

Postleitzahl _____ Ort _____ Land _____

Telefon _____ E-Mail _____

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** _____

Ich ermächtige die Betriebskrankenkasse Mobil Oil, Zahlungen von meinem Konto mittels Basis-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die von der Betriebskrankenkasse Mobil Oil auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

_____
Name und Ort des Geldinstituts

_____
Vorname und Name des Kontoinhabers

_____
Adresse des Kontoinhabers

DE _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ / _ _ / _ _ / _ _ _
IBAN (International Bank Account Number) – 22-stellig BIC (Business Identifier Code) – 11-stellig

☐ Wiederkehrende Zahlung ☐ Einmalige Zahlung

Die Einzugsermächtigung gilt ab dem _____

_____ _____
Datum Unterschrift

Das SEPA-Lastschriftmandat kann jederzeit von mir schriftlich widerrufen werden. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift wird mich die Betriebskrankenkasse Mobil Oil über den Einzug in dieser Verfahrensart informieren.

**Hinweis:**
Die Angabe der IBAN und BIC ist zwingend erforderlich. Die IBAN und BIC stehen grundsätzlich auf Ihrer Bankkarte oder Ihren Kontoauszügen. Anderenfalls erfragen Sie diese bitte bei Ihrem Geldinstitut.