

# Erteilung SEPA-Lastschriftmandat

## 1 Betriebliche Angaben

Betriebsnummer	Firmenbezeichnung
Straße, Hausnummer	PLZ   Ort
Name Versicherter	

## 2 Bankverbindung

Gläubiger-Identifikationsnummer DE23ZZZ00000182206	Mandatsreferenznummer wird im Nachgang von der Heimat Krankenkasse mitgeteilt
IBAN	

Hiermit ermächtigen wir die Heimat Krankenkasse bis auf Widerruf, alle fälligen Beträge von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Heimat Krankenkasse auf unserem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Wenn unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens der kontoführenden Bank (s. o.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

Datum	Ort
Unterschrift und Firmenstempel	

**Datenschutzhinweis:**

Die datenschutzrechtlichen Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter [www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz](http://www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz) oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns an.

**Heimat Krankenkasse**

Herforder Straße 23 · 33602 Bielefeld · Fax 0521 92395-4150 · Service-Telefon 0800 1060100 (kostenfrei)



Bitte zurücksenden an:

Heimat Krankenkasse  
Herforder Straße 23  
33602 Bielefeld