

1 Betriebliche Angaben

Betriebsnummer	Firmenbezeichnung
Firmenanschrift	PLZ Ort
Name Versicherter	Telefon

2 Bankverbindung

Kontoinhaber

IBAN

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

Mandat für einmalige Zahlung Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Hiermit ermächtige(n) ich (wir) die Heimat Krankenkasse bis auf Widerruf, die fälligen Beiträge inklusive Nebenforderungen sowie rückständige Beiträge ab

Beitragsmonat

vom oben genannten Konto einzuziehen.

Zugleich weise(n) ich (wir) mein (unser) Kreditinstitut an, die von der Heimat Krankenkasse auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Wenn mein (unser) Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens der kontoführenden Bank (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

Hinweis: Ich (Wir) kann (können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Datum	Ort
-------	-----

Unterschrift und Firmenstempel

Datenschutzhinweis:
Die datenschutzrechtlichen Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter 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
Arbeitgeberservice
Herforder Straße 23
33602 Bielefeld

Oder einfach per Fax zurück an:
0521 92395-4151
Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE23ZZZ00000182206