

AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen
Firmenservice
64520 Groß-Gerau

Gläubiger-Identifikationsnummer der AOK Hessen

DE65AOK00000018490

Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt

Mandat für einmalige Zahlung

Mandat für wiederkehrende Zahlungen

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der AOK Hessen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Eine Vorabankündigung ist nicht erforderlich (vgl. Gemeinsame Grundsätze für die Übermittlung der Beitragsnachweise nach § 28b Abs. 2 SGB IV). Bitte übermitteln Sie uns die Beitragsnachweise möglichst drei Arbeitstage vor Fälligkeit.

Kontoinhaberin/Kontoinhaber:

Name des Kreditinstituts

BIC

IBAN

Name Kontoinhaberin/Kontoinhaber

Betriebsnummer

Anschrift Kontoinhaberin/Kontoinhaber

Straße

Haus-Nr.

Postleitzahl

Ort

Datum, Ort und Unterschrift Kontoinhaberin/Kontoinhaber

Bitte nur ausfüllen, wenn zahlungspflichtige Person und Kontoinhaberin/Kontoinhaber nicht identisch sind.

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für das Versicherungsverhältnis/den Vertrag mit:

Name der zahlungspflichtigen Person

Vorname

Ordnungsbegriff (z.B. Betriebsnummer/KV-Nummer)

Ich informiere die AOK Hessen, wenn sich die Angaben ändern.

Bitte senden Sie uns den Vordruck unterschrieben und im Original zurück.

MANDAT_01_FK