

Telefon 0212 2262-230  
Telefax 0212 2262-403  
E-Mail [beitraege@die-bergische-kk.de](mailto:beitraege@die-bergische-kk.de)

DIE BERGISCHE KRANKENKASSE  
Postfach 19 05 40  
42705 Solingen

Gläubiger-Identifikationsnummer:  
DE19ZZZ00000095657

Betriebsnummer:

- 
- Mandat für einmalige Zahlung  
 Mandat für wiederkehrende Zahlung

### SEPA-Lastschriftmandat

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die gesetzliche bzw. vertragliche Zahlungsverpflichtung mit

---

Name, Vorname

---

Straße und Hausnummer

---

PLZ und Ort

Ich ermächtige die BERGISCHE Krankenkasse, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BERGISCHEN Krankenkasse auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

---

Name, Vorname (bei abweichendem Kontoinhaber)

---

Straße und Hausnummer, PLZ und Ort (bei abweichendem Kontoinhaber)

---

Kreditinstitut (Name)

---

BIC (8- oder 11-stellig)

---

IBAN (max. 31-stellig)

**Beiträge sollen erstmalig für den Monat \_\_\_\_\_ abgebucht werden.**

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 SGB V und § 94 Abs. 1 SGB XI verarbeitet. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.die-bergische-kk.de/datenschutz](http://www.die-bergische-kk.de/datenschutz) oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die BERGISCHE Krankenkasse, Postfach 19 05 40, 42705 Solingen oder unseren Datenschutzbeauftragten unter [datenschutz@die-bergische-kk.de](mailto:datenschutz@die-bergische-kk.de).

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Kontoinhabers