

VIACTIV Krankenkasse  
Zentraler Posteingang  
45604 Essen

Name:

Versicherungsnummer:

## SEPA-Lastschriftmandat

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE19ZZZ00000780865**

Ich ermächtige die V I A C T I V Krankenkasse, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der V I A C T I V Krankenkasse auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zugleich verpflichte ich mich, die V I A C T I V Krankenkasse bei Beendigung meines Mandats zu benachrichtigen.

Einzug des Beitrags von folgendem Konto ab

M	M	J	J	J	J
Monat		Jahr			

IBAN:

D	E																	
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ich bin der Kontoinhaber:  Ja  Nein, dann bitte den abweichenden Kontoinhaber angeben:

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl:

Ort:

Datum:

Unterschrift Kontoinhaber/in:

# DATENSCHUTZHINWEIS

Die VIACTIV Krankenkasse, Universitätsstr. 43, 44789 Bochum, verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags als Sozialversicherungsträger. Dies ist insbesondere im Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe e der Datenschutz-Grundverordnung (kurz DS-GVO) geregelt.

Weitergehende Informationen gemäß der Artikel 12 ff. DS-GVO finden Sie in unseren

**„Informationen zum Datenschutz“**

Diese können Sie auf unserer Homepage **viactiv.de/datenschutz** lesen und herunterladen. Gerne senden wir Ihnen die „Informationen zum Datenschutz“ auch in der von Ihnen gewünschten Form zu: Rufen Sie uns einfach unter der Telefonnummer **0800 222 12 11** an oder senden Sie uns eine E-Mail an **service@viactiv.de**. Vielen Dank!

In unseren Servicecentern können Sie unsere „Informationen zum Datenschutz“ ebenfalls einsehen.