

VIACTIV Krankenkasse
Zentraler Posteingang
45604 Essen

Name

Versicherungsnummer

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE19ZZZ00000780865

Ich ermächtige die VIACTIV Krankenkasse, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der VIACTIV 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 VIACTIV 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.