

**VI**ACTIV Krankenkasse  
Zentraler Posteingang  
44775 Bochum

Name

Betriebsnummer

## SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT FÜR ARBEITGEBER

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE19ZZ00000780865

Wir ermächtigen die VI

Hinweis: Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zugleich verpflichten wir uns, die VI

Einzug des Beitrags von folgendem Konto ab

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

Monat      Jahr

IBAN: 

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

Wir sind die Kontoinhaber: ☐ Ja ☐ Nein, dann bitte den abweichenden Kontoinhaber/in angeben:

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl:

Ort:

Datum:

Unterschrift Kontoinhaber/in:

**Mandatsreferenz:** Nach Rückgabe des ausgefüllten Formulars wird für Sie eine Mandatsreferenznummer vergeben. Diese könne Sie bei jeder Abbuchung dem Verwendungszweck Ihres Kontoauszuges entnehmen.

**Datenschutzhinweise:** Die VI