

**Rücksendung per:**

E-Mail: arbeitgeber@continentale-bkk.de

Post: siehe nebenstehende Adresse

Continentale Betriebskrankenkasse  
Zentraler Posteingang  
30645 Hannover

### SEPA-Lastschriftmandat

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und senden es an uns per E-Mail oder per Post zurück!

Hiermit ermächtige ich/ermächtigen wir die Continentale Betriebskrankenkasse die nachgewiesenen Beiträge zum Fälligkeitstag, einschließlich möglicherweise bereits bestehender Forderungen (Zahlungsrückstände), von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der BKK auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Dieses Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen.

Mit der Einreichung der jeweiligen Beitragsnachweise wird die nachfolgende Abbuchung bereits genehmigt. Es ist bekannt, dass der jeweils gültige Beitragsnachweis spätestens am fünftletzten Bankarbeitstag des Monats (2 Tage vor dem Fälligkeitstag) übermittelt sein muss. Andernfalls erfolgt eine Abbuchung in Höhe der Beiträge des Vormonats. Eine eventuelle Überzahlung wird im folgenden Beitragsmonat verrechnet.

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

SEPA-Lastschriftmandat gültig ab:	<input type="checkbox"/> sofort	zum	<input type="checkbox"/>	T T M M J J J J
Arbeitgeber-/Firmenname	<input type="text"/>			
Betriebsnummer	<input type="text"/>			
Straße/Nummer	<input type="text"/>			Nr. <input type="text"/>
PLZ	Ort	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>			
Kreditinstitut (Name)	<input type="text"/>			
IBAN	<input type="text"/>			22-stellig
Datum	T T M M J J J J	Ort	<input type="text"/>	
Unterschrift/ Firmenstempel	<input type="text"/>			
<b>Nur ausfüllen, falls Zahlung für eine andere Person erfolgt:</b>				
<input type="checkbox"/>	Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die gesetzlichen bzw. vertraglichen Zahlungsverpflichtung mit: (abweichender Zahlungspflichtiger)			
Name	<input type="text"/>			
Vorname	<input type="text"/>			
PLZ	Ort	<input type="text"/>		