

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtigen wir die Continentale Betriebskrankenkasse die nachgewiesenen Beiträge zum Fälligkeitstag von unserem Konto abzubuchen. Mit der Einreichung der jeweiligen Beitragsnachweise wird die nachfolgende Abbuchung bereits genehmigt.

Uns ist bekannt, dass wir den jeweils gültigen Beitragsnachweis spätestens am fünftletzten Bankarbeitstag des Monats (2 Tage vor dem Fälligkeitstag) an die Continentale Betriebskrankenkasse übermitteln müssen. Andernfalls erfolgt eine Abbuchung in Höhe der Beiträge des Vormonats. Eine eventuelle Überzahlung wird mit dem nächsten Monat verrechnet.

Dieses SEPA-Lastschriftmandat kann jederzeit von uns widerrufen werden.

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

Ihre Firmendaten

Arbeitgeber-/Firmenname

Betriebsnummer

PLZ, Stadt

Straße, Hausnummer

Ihre Bankverbindung

Kontonummer

Bankleitzahl

IBAN

BIC

Genauere Bezeichnung des Geldinstituts

Kontoinhaber

Diese Einzugsermächtigung gilt ab:

Ort, Datum

Unterschrift/Firmenstempel

Bitte senden an: Continentale Betriebskrankenkasse, Zentraler Posteingang, 30645 Hannover
oder per Fax unter 0561 94874-5910 bzw. per E-Mail an arbeitgeber@continentale-bkk.de