

(SEPA-Lastschriftmandat)

授信方身份标识 (Gläubiger-ID): DE51TK100000031158
授权参考编号 (Mandatsreferenznummer): 后补 (wird nachgereicht)

姓氏、名字 _____
 (Name, Vorname)

街道、门牌号 _____
(Straße, Nr.)

邮编、市/镇 _____
(PLZ, Ort)

保险号 _____
(Ggf. Vers.-Nr.)

Ich ermächtige die Techniker Krankenkasse, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Techniker Krankenkasse auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.)

须知：本人可以在付款之日起的 8 周内要求退还扣除的金额。当出现这类情况时，以本人与信贷机构达成的协议条款为准。同时，本人还承诺在终止授权时会通知 Techniker Krankenkasse 医疗保险公司。

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

自

--	--	--

 起, 可从如下账户中扣取本人保费费用 (Einzug des Beitrags von folgendem Konto ab)

月 (Monat) 年 (Jahr)

IBAN **D E** |

☐ 是 ☐ 否, 请指定其他账户所有人
 (Ich bin Kontoinhaber) (Ja) (Nein – dann bitte den abweichenden Kontoinhaber angeben)

姓氏、名字 _____
 (Name, Vorname)

街道、门牌号
(Straße, Nr.)

邮编、市/镇 _____
(PLZ, Ort)

地点 _____ 日期

--	--	--	--

 账户所有人签名  _____
 (Ort) (Datum) 日 (Tag) 月 (Monat) 年 (Jahr) (Unterschrift Kontoinhaber)

我们需要您的个人资料（“社交数据”），以便能正确地完成后续工作。相应的法律基础系《德国社会保障法》第5卷（SGB V）第284条和《德国社会保障法》第6卷（SGB XII）第94条的内容。

(Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen.

Die Rechtsgrundlagen hierfür sind § 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V) und § 94 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI).