

Absender:

Postbeamtenkrankenkasse  
70467 Stuttgart

Versicherungsnummer

Mitglied (Name, Vorname)

Telefon

**SEPA-Lastschriftmandat (Änderung der Bankverbindung)**

---

Ich ermächtige die Postbeamtenkrankenkasse mit Sitz in der Maybachstraße 54/56 in 70469 Stuttgart, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Postbeamtenkrankenkasse auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Beitrag ist monatlich im Voraus am 1. eines laufenden Monats fällig.

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mitglied (Name, Vorname)

PLZ, Ort

Straße und Hausnummer

IBAN/internationale Kontonummer (22 Stellen in Deutschland, bis 28 Stellen im Ausland)

BIC/Bankidentifizierungscode (8 oder 11 Stellen)

PBeaKK-Identifikationsnummer: DE58 ZZZ0 0000 0135 72

Bei Lastschriften wird neben der PBeaKK-Identifikationsnummer Ihre Mandatsreferenz angegeben. Diese teilen wir Ihnen in einem separaten Schreiben mit. Die angegebene Bankverbindung verwenden wir für alle Ein- und Auszahlungen, somit auch für die Erstattung von Leistungen.

---

Datum, Unterschrift Mitglied oder Bevollmächtigte/r  
(bei Firmen und Behörden rechtsgültige Zeichnung)

---

Datum, Unterschrift Kontoinhaber/in (falls abweichend von  
Mitglied/Bevollmächtigte/r)

---

Bitte nur bei abweichender/m Kontoinhaber/in ausfüllen

Name, Vorname

PLZ, Ort

Straße und Hausnummer