

**SEPA-Lastschriftmandat
für Arbeitgeber**

Bitte ergänzen Sie die fehlenden Daten:

Betriebsnummer

Name:

Anschrift:

Fon:

Fax:

Ansprechpartner:

E-Mail:

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die

actimonda krankenkasse, Hüttenstr. 1, 52068 Aachen
(Gläubiger ID: DE59ZZZ00000305621)

widerruflich, die von mir/uns jeweils zu entrichtenden offenen Forderungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos einzuziehen.

Institut:

Kontoinhaber (falls nicht mit Zahlungspflichtigem identisch):

IBAN:

BIC:

Das SEPA-Lastschriftmandat gilt ab dem Beitragsmonat _____.

Falls das o.g. Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden nicht vorgenommen. Der o.g. Arbeitgeber genehmigt durch die Übersendung eines Beitragsnachweises die Abbuchung der entsprechenden Beiträge durch die actimonda krankenkasse. Für Arbeitgeber, die einen erforderlichen Beitragsnachweis nicht rechtzeitig einreichen, werden die Arbeitsentgelte und damit die Höhe der Beiträge von uns gemäß § 28f Abs. 3 SGB IV geschätzt.

Datum, Ort

Firmenstempel, Unterschrift