



Deutsche Post 

ANTWORT

Techniker Krankenkasse
20901 Hamburg

名字, 姓氏 Vorname, Nachname

出生日期: 日/月/年 Geburtsdatum: DDMMYYYY

SEPA 借记委托书 SEPA-Lastschriftmandat

债权人编号: **DE51TK10000031158**

Gläubiger-ID

授权参考编号: 将补充提供

Mandatsreferenznummer wird nachgereicht

我授权 **Techniker** 医疗保险公司从我的账户中进行扣款, 金额登记于借方。同时, 我向我的信贷机构说明, 由 **Techniker** 医疗保险公司从我账户上扣除应付的金额。

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.

提示: 我可以从代扣日起八周之内, 要求退还代扣金额。在此过程中, 适用我与信贷机构协议一致的条件。同时, 我负责在结束授权时通知 **Techniker** 医疗保险公司。

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

请您从以下账户中扣除金额。Bitte ziehen Sie die Beiträge von folgendem Konto ein.

IBAN

如果您没有德国银行账号, 请提供下列信息:

Wenn Sie kein deutsches Bankkonto haben, geben Sie bitte auch die folgenden Daten an:

BIC

收款起始日期
Einzug ab 月 Monat 年 Jahr

银行名称
Name der Bank

我是账户所有人

是

否, 如选否, 请说明账户所有人:

Ich bin der Kontoinhaber

ja

nein, dann bitte den abweichenden Kontoinhaber angeben:

名字, 姓氏 Vorname, Nachname

街道, 编号 Straße, Nr.

邮政编码 PLZ

所在地 Ort

所在地 Ort

日 Tag 月 Monat 年 Jahr

账户所有人签字 您签字确认 Unterschrift Kontoinhaber/in

您签字确认您所提供信息均正确。出现变更时, 请您立即通知我们。

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben. Bitte teilen Sie uns Änderungen schnellstmöglich mit.

我们需要您的个人信息 (社交数据), 以便正确为您完成我们的任务。对此的法律依据为德国《社会法典》第 284 条 (§ 284 SGB) 和《社会法典 XI》第 94 条 (§ 94 SGB XI)。Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlagen hierfür sind § 284 SGB V und § 94 SGB XI.