



Betriebsnummer \_\_\_\_\_

**Angaben zum Unternehmen**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Rücksendung des unterschriebenen SEPA-Lastschriftmandats:  
**Audi BKK, Postfach 100160, 85001 Ingolstadt**  
Fax: **0841 887 333** · E-Mail: **firmenkunden@audibkk.de**

**SEPA-Lastschriftmandat/Bankverbindung**

Gläubiger-ID: DE94ZZZ00000030287

Ich ermächtige die Audi BKK, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Audi BKK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name der Bank

**Kontoinhaber (falls nicht mit Zahlungspflichtigem identisch):**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

Die Beiträge sollen erstmalig ab Sollmonat \_\_\_\_\_ abgebucht werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel Kontoinhaber/Bevollmächtigter

Die Daten werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches und der Datenschutzverordnung zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben unserer Krankenkasse vertraulich verwendet. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie der Verarbeitung ein. Weitere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie unter [www.audibkk.de/datenschutz](http://www.audibkk.de/datenschutz)

	Jan.	Feb.	Mrz.	Apr.	Mai	Jun.	Jul.	Aug.	Sep.	Okt.	Nov.	Dez.
<b>Einreichungsfrist der Beitragsnachweise 2026</b>	26.01.	23.02.	25.03.	24.04.	22.05.	24.06.	27.07.	25.08.	24.09.	26.10.	24.11.	22.12.