

POST Lastschriftverfahren

Debit Direct

Formular bitte ausfüllen und uns wieder zustellen.



Belastungsermächtigung mit Widerspruchsrecht für das Postkonto

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die KVF bis auf Widerruf, die fälligen Zahlungen meinem Postkonto gebührenfrei zu belasten. Dabei behalte ich mir das Recht vor, ausgeführte Belastungen innerhalb von 30 Tagen schriftlich bei meinem Verarbeitungszentrum zu widerrufen.

Versichertennummer
Name
Vorname
Strasse
PLZ/Ort
Telefon privat
Telefon Geschäft
Postkonto-Nummer
Ort/Datum
Unterschrift