BANK Lastschriftverfahren

LSV-Ident.: KFL1W

Formular bitte ausfüllen und uns wieder zustellen.

KVF
Krankenversicherung Flaachtal

Belastungsermächtigung mit Widerspruchsrecht für das Bankkonto.

Ich ermächtige meine Bank bis auf Widerruf, die Prämienrechnungen der KVF direkt meinem Konto zu belasten. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, ist meine Bank nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen. Ich erhalte für jede Belastung meines Kontos eine Anzeige meiner Bank. Der belastete Betrag wird mir zurück vergütet, falls ich die Belastungsanzeige innerhalb von 30 Tagen unterzeichnet an meine Bank zurücksende.

Versichertennummer .....

Name .....

Vorname .....

Strasse .....

PLZ/Ort .....

Telefon privat .....

Telefon Geschäft .....

Bankkonto-Nummer .....

Name der Bank .....

Clearing-Nummer .....

Filiale/Niederlassung .....

Ort/Datum .....

Unterschrift .....

Leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt:

Berichtigung

Bankenclearing-Nummer | | | | | |

Kontonummer | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Bitte zurück an: Krankenversicherung Flaachtal, Postfach 454, 8180 Bülach