

HALLESCHE
Krankenversicherung
auf Gegenseitigkeit
70166 Stuttgart

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE89ZZZ00000031444

Mandatsreferenz
»wird nachgeliefert«

oder per Fax an die 07 11/66 03-3 33

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die HALLESCHE Krankenversicherung a.G., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der HALLESCHE Krankenversicherung a.G. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Die HALLESCHE Krankenversicherung a.G. wird spätestens 6 Kalendertage vor der Fälligkeit der Zahlung den Lastschrifteinzug ankündigen. Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen bzw. feststehenden Lastschriftbeträgen genügen eine einmalige Unterrichtung vor dem ersten Lastschrifteinzug und die Angabe der Fälligkeitstermine.

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.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich ferner, über das genannte Konto (auch) allein verfügungsberechtigt zu sein.

Vorname und Zuname (Kontoinhaber)		Geburtsdatum
Straße und Hausnummer		Postleitzahl und Ort
Zustelladresse (nur falls abweichend):		
Straße und Hausnummer bzw. Postfach		Postleitzahl und Ort
Kreditinstitut (Name und BIC)		
IBAN		

Bei Neuantrag/-anmeldung: Dieses SEPA-Lastschriftmandat ist mit dem Zeitpunkt der Abgabe der Unterschrift gültig.

Bei bestehendem Versicherungsvertrag:
Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt ab

Gültigkeitsbeginn

(Sofern kein abweichender Gültigkeitsbeginn eingetragen wird, gilt das SEPA-Lastschriftmandat mit dem Zeitpunkt der Abgabe der Unterschrift.)

Ort/Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Bitte immer ausfüllen: Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für den Versicherungsvertrag der HALLESCHE Krankenversicherung a.G. mit folgendem Versicherungsnehmer/Hauptversicherten:

Vorname und Zuname (Versicherungsnehmer/Hauptversicherter)		Geburtsdatum
Straße/Hausnummer, Postleitzahl und Ort		Versicherungsnummer (falls bekannt)