

Angaben zur Belastung der Prämien und Kostenbeteiligungen (muss nur durch den Prämienzahler ausgefüllt werden, wenn die Prämie per LSV/Debit Direct bezahlt wird)

Vorname _____ Name _____

Adresse _____

Kundennummer (sofern bekannt) _____

Bitte teilen Sie uns mit, welchem Konto Ihre Prämie und/oder die Kostenbeteiligung belastet werden soll.

- Kontoangaben für die Belastung von Prämien
- Kontoangaben für die Belastung von Kostenbeteiligungen

LSV (Lastschriftverfahren Bank)

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich meine Bank, bis auf Widerruf die ihr von *KKBirchmeier* vorgelegten Lastschriften meinem Konto zu belasten. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für meine Bank keine Verpflichtung zur Belastung. Der belastete Betrag wird mir rückvergütet, falls ich die Belastungsanzeige innerhalb von 30 Tagen unterzeichnet an meine Bank zurücksende.

Name der Bank _____ Ort der Bank _____

IBAN _____

Kontoinhaber _____

Ort/Datum _____ Unterschrift des Kontoinhabers _____

Debit Direct (Belastungsauftragsdienst Post)

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die Postfinance, bis auf Widerruf die ihr von *KKBirchmeier* vorgelegten Lastschriften meinem Postkonto zu belasten. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für Postfinance keine Verpflichtung zur Belastung. Der belastete Betrag wird mir rückvergütet, falls ich die Belastungsanzeige innerhalb von 30 Tagen schriftlich bei Postfinance widerrufe.

PC-Konto _____

Kontoinhaber _____

Ort/Datum _____ Unterschrift des Kontoinhabers _____

Leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt. LSV-Identifikation: BKK1W Kunden Nr. _____

Berichtigung

Bankenclearing

IBAN-Nummer