

Bitte unterzeichnen und per Fax an: 089/51 52-40 20 / per Post an:

Münchener Verein
Krankenversicherung a.G.
Abteilung Antrag
80283 München

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Münchener Verein Krankenversicherung a.G.:
(Die Mandatsreferenz erhalten Sie nachträglich)

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE76ZZZ00000035752

Ich ermächtige Sie, Zahlungen von meinem nachgenannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich unten genanntes Kreditinstitut an, die von Ihnen 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.

Ich bin damit einverstanden, dass die Frist, mit der mir der erstmalige Lastschrifteinzug vorab angekündigt wird, vier Kalendertage beträgt.

IBAN

BIC

Geldinstitut für den Beitragseinzug/ Kurzname und Ort

Beitrag (monatlich):

/ Zahlweise:

Versicherungsbeginn:

Kontoinhaber(in)-

Vor- und Nachname, ggf. Firma

Adresse (Straße, Haus-Nr.)

PLZ, Ort

Datum

Ort

Unterschrift Kontoinhaber(in)