

HALLESCH
Krankenversicherung
auf Gegenseitigkeit
70166 Stuttgart

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE89ZZZ0000031444

Mandatsreferenz
»wird nachgeliefert«

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

SEPA-Lastschriftmandat

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

Die HALLESCH Krankenversicherung a.G. wird spätestens 6 Kalendertage vor der Fälligkeit der Zahlung den Lastschritfeinzug ankündigen. Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen bzw. feststehenden Lastschriftbeträgen genügen eine einmalige Unterrichtung vor dem ersten Lastschritfeinzug 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 verfügbarechtigt zu sein.

Vorname und Zuname (Kontoinhaber¹) 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 Neu Antrag/-anmeldung: Dieses SEPA-Lastschriftmandat ist mit dem Zeitpunkt der Abgabe der Unterschrift gültig.

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

Ort/Datum Unterschrift des Kontoinhabers

¹ Sofern Sie als Kontoinhaber nicht zugleich Versicherungsnehmer/Hauptversicherter sind, können Sie die »Informationen zur Umsetzung der EU-Datenschutzgrundverordnung« bei Neu anträgen/-anmeldungen beim Versicherungsnehmer/Hauptversicherten einsehen. Diese Informationen finden Sie auch im Internet (unter www.hallesche.de/daten-schutz) oder können Sie auf Wunsch auch postalisch unter der o.g. Adresse, per E-Mail (unter service@hallesche.de) oder telefonisch (unter 0 800/30 20 100) anfordern.

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

Vorname und Zuname (Versicherungsnehmer/Hauptversicherter) Geburtsdatum

Straße/Hausnummer, Postleitzahl und Ort Versicherungsnummer (falls bekannt)

Zahlungsweise: monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich (3 % Skonto²)

Für den Tarif VSApplus kann keine Zahlungsweise gewählt werden, da es sich um einen »Einmalbeitrag« handelt.

Um die Zulageberechtigung nicht zu gefährden, ist im Tarif FÖRDERbar keine jährliche Zahlungsweise möglich.

² Die Gewährung des Skontos bezieht sich nicht auf den Beitrag zur Pflege-Pflichtversicherung und die Beiträge zu staatlich geförderten Tarifen.