Neues Formular Drucken

Allianz

Bitte zurücksenden an

Allianz Private Krankenversicherungs-AG
10870 Berlin

Vertragsführende Gesellschaft
Allianz Private Krankenversicherungs-AG
Königinstr. 28
80802 München

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE40ZZZ00000063851

Mandatsnummer
– Wir teilen Ihnen Ihre Mandatsnummer später mit –

Antragsnummer / Vertragsnummer
AK- _____

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die vertragsführende Gesellschaft, alle Forderungen zu diesem Vertrag (insbesondere Beiträge, Zinsen, Gebühren) bei Fälligkeit von meinem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Diese Ermächtigung gilt auch für künftig vereinbarte Änderungen zu diesem Vertrag (z. B. Abschluss weiterer Versicherungsbausteine).

Mein Geldinstitut **weise ich an,** die Lastschriften der vertragsführenden Gesellschaft einzulösen, die von meinem Konto eingezogen werden.

Der Lastschrifteinzug wird mir spätestens fünf Kalendertage vor dem ersten Einzug angekündigt.

Ich kann innerhalb von acht Wochen – beginnend mit dem Datum der Kontobelastung – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Dabei gelten die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

(Bitte tragen Sie alle Angaben in Großbuchstaben auf die vorgegebenen Linien ein. Zusätzliche handschriftliche Vermerke können wir leider nicht berücksichtigen.)

Versicherungsnehmer

Nachname, Vorname (bzw. Firma): _____

Kontoinhaber

Nachname, Vorname (bzw. Firma): _____

Geburtsdatum *): _____

Strasse, Hausnummer *): _____

PLZ *): _____ Ort *): _____

Geldinstitut: _____

IBAN

BIC

_____ ✗ _____

Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers

✗ _____

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Rücksendemöglichkeiten:
– per Post an Allianz Private Krankenversicherungs-AG 10870 Berlin
– per Scan/Foto an krankenversicherung@allianz.de
– per Rückgabe an Vermittler

*) nur bei abweichendem Beitragszahler/Kontoinhaber auszufüllen

SO-51-031Z0 (07V) 1.24
PESVA02486