

Antrag auf Zahlung mittels SEPA-Lastschriftmandat

Angaben des Zahlungspflichtigen (bitte Tabelle ausfüllen oder Vignette aufkleben)

Ich, Unterzeichnete(r),

Name	
Vorname	
	Vignette

wünsche, dass das diesem Schreiben beigefügte SEPA-Lastschriftmandat, welches ordnungsgemäß für folgende Personen vervollständigt und unterschrieben wurde, für die bei der Freien Krankenkasse unterzeichneten Verträge aktiviert wird:

Name	Vorname	Geburtsdatum	Mitgliedsnummer

für die von der Freien Krankenkasse angebotenen Versicherungen:

- Gesetzliche Krankenversicherung
- Zusätzliche Dienste
- Krankenhausversicherung
- Flämische Pflegeversicherung
- Zahnpflegeversicherung
- Ambulante Pflegeversicherung

Datum	
Unterschrift	

Senden Sie dieses Formular zusammen mit der ordnungsgemäß vervollständigt und unterschriebenen SEPA-Lastschriftmandat an: Freie Krankenkasse, Hauptstraße 2, B-4760 Büllingen

Versicherungsvertreter Nr. AfK 5004c für die VaG „Mutuelle Entraide Hospitalisation“ (Hospitalia) mit Sitz in B-1070 Brüssel, Route de Lennik 788 A, RJP Brüssel, Unternehmensnr. 0422.189.629 Nr. AfK 750/01

SEPA-Lastschriftmandat

Durch die Unterzeichnung dieses Mandats ermächtigen Sie:

- (a) die Freie Krankenkasse, Ihrer Bank Anweisungen zur Belastung Ihres Kontos zu erteilen,
- (b) Ihre Bank, Ihr Konto entsprechend den Anweisungen der Freien Krankenkasse zu belasten.

Sie haben Anspruch auf Erstattung des Betrages durch Ihre Bank, dabei gelten die mit Letzterer vereinbarten Bedingungen.

Erstattungsanträge müssen innerhalb von 8 Wochen nach Belastung Ihres Kontos gestellt werden.

Auskünfte über Ihre Rechte hinsichtlich dieses Mandats erteilt Ihnen Ihre Bank.

Frist der Mitteilung: 14 Tage

Identifikation des Mandats

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Gegenstand des Mandats: Beitragszahlung

Zahlungsart: wiederkehrend

Identifikation des Zahlungspflichtigen (Inhaber des Bankkontos) (bitte alle Angaben ausfüllen)

Name	
Vorname	
Adresse	
Kontonummer (IBAN)	
BIC	

Datum	
Unterschrift	