

Per Fax an: 089/5152-1501 / Per Post

Rückantwort

Münchener Verein

Abteilung Antrag
80283 München

Bitte Gesellschaft/en ankreuzen:		
KV <input type="checkbox"/>	LV <input type="checkbox"/>	AV <input type="checkbox"/>
Mandat gilt für:		
- Neuantrag		<input type="checkbox"/>
- Vertragsnummer:	_____	
- Alle bestehenden Verträge der oben markierten Gesellschaft/en		<input type="checkbox"/>

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Soweit ausnahmsweise nur für Einmalzahlung bitte ankreuzen

Zahlungsempfänger (entsprechend der angekreuzten Gesellschaft/en):

Münchener Verein Krankenversicherung a. G.:	Gläubiger-Identifikationsnummer	DE76ZZZ00000035752
Münchener Verein Lebensversicherung AG: Bei Antrag-/Anfragestellung im Rahmen eines Kollektivvertrags (handwerkliches Versorgungswerk/Interessengemeinschaft Mittelstand e.V.) gilt davon abweichend: Arbeitsgemeinschaft der handwerklichen Versorgungswerke e.V.	Gläubiger-Identifikationsnummer	DE79ZZZ00000035795
Münchener Verein Allgemeine Versicherungs-AG:	Gläubiger-Identifikationsnummer	DE46ZZZ00000036001
	Gläubiger-Identifikationsnummer	DE49ZZZ00000035753

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. (Die Mandatsreferenz erhalten Sie nachträglich).

_____	IBAN	_____	und/	_____	oder Kontonummer
_____	BIC	_____	und/	_____	oder Bankleitzahl

Geldinstitut für den Beitragseinzug/ Kurzname und Ort

Kontoinhaber(in): _____
Vor- und Nachname, ggf. Firma

Adresse (Straße, Haus-Nr.)

PLZ, Ort

_____	Datum	_____	Ort	_____	Unterschrift Kontoinhaber(in)
-------	--------------	-------	------------	-------	--------------------------------------

Einwilligungserklärung (nur auszufüllen, soweit Kontoinhaber vom Versicherungsnehmer abweicht)
Ich stimme zu, dass die Ankündigung des SEPA-Basislastschrift-Einzuges gemäß der „Bedingungen für den Lastschrifteinzug“ gegenüber dem Kontoinhaber erfolgt und dem Kontoinhaber hiermit in Verbindung stehende Vertragsdaten übermittelt werden.

Unterschrift Versicherungsnehmer _____