

Kundenstammdaten Familienoberhaupt

Neuaufnahme

Änderung mit Wirkung ab _____

Bei welcher Krankenkasse sind Sie derzeit versichert?
(Bitte vollständige Adresse angeben.)

1. Versicherungsnehmer/in

Herr Frau Tel. P. _____ Tel. G. _____

Name/Vorname _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

2. Prämienzahler/in (nur ausfüllen, wenn nicht mit Versicherungsnehmer/in identisch)

Name/Vorname/Behörde _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

3. Zahlungsart

Mit Einzahlungsschein	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> zweimonatlich	<input type="checkbox"/> dreimonatlich	<input type="checkbox"/> halbjährlich	<input type="checkbox"/> jährlich
LSV/BAD	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> zweimonatlich	<input type="checkbox"/> dreimonatlich	<input type="checkbox"/> halbjährlich	<input type="checkbox"/> jährlich

4. Prämienbegleichung/Auszahlungen

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die Post / die Bank, bis auf Widerruf die ihr von der kmu-Krankenversicherung vorgelegten Lastschriften meinem Konto zu belasten. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für die Post / die Bank keine Verpflichtung zur Belastung. Der belastete Betrag wird mir zurückvergütet, falls ich die Lastschrift innerhalb von 30 Tagen schriftlich widerrufe.

4. a) Belastungsauftragsdienst Post (BAD)

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

PC-Konto _____

4. b) Belastungsermächtigung mit Widerspruchsmöglichkeit (LSV/Identifikation KGW 1W)

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Name der Bank _____ PLZ/Ort _____

IBAN-Nr. _____ Clearing-Nr. _____

4. c) Auszahlungen (nur ausfüllen, wenn nicht mit Prämienbegleichung identisch)

PC-Konto _____ Unterschrift _____

Name der Bank _____ PLZ/Ort _____

Bankkonto-Nr. _____ Clearing-Nr. _____