

DURCH DEN VERSICHERTEN AUSZUFÜLLEN

ODER KLEBEN SIE EINE VIGNETTE HIER

Name :
 Vorname :
 Nationalregisternummer : oder Geburtsdatum :

Möchte das beigefügte ordnungsgemäß unterzeichnete und ausgefüllte europäische Lastschriftmandat für Verträge mit Mutualia durch folgende Personen aktivieren

Name	Vorname	Geburtsdatum	Mitgliedsnummer*

*Wenn bekannt

Für die von Mutualia angebotenen Versicherungen, die nachstehend aufgeführt sind (nichtzutreffendes streichen):

- Die Krankenkassenbeiträge;
- Voreheliches Sparen;
- Krankenversicherung

Periodizität (nicht Zutreffendes streichen) :

Monatlich – dreimonatlich – halbjährlich – jährlich

Datum und Unterschrift :

Ausgestellt zu :



Senden Sie uns dieses ordnungsgemäß ausgefüllte Formular zur schnelleren Bearbeitung über die Tab «ein Dokument senden» unseres Online Schalter «MyMutualia». In diesem Fall ist das Original nicht mehr erforderlich.

In Übereinstimmung mit der Europäischen Verordnung zum Datenschutz vom 27. April 2016 („RGPD“) teilen wir Ihnen mit, dass wir Ihre Daten im Rahmen unserer Mission zur Teilnahme an der Durchführung der obligatorischen Kranken- und Haftpflichtversicherung unter der Verantwortung der UNMN (Nationaler Union der neutralen Krankenkassen), verantwortlich für die Bearbeitung der föderalen Angelegenheiten und der SMR der neutralen Krankenkassen, verantwortlich für die Bearbeitung der regionalen Angelegenheiten. Für weitere Informationen laden wir Sie ein, unsere Datenschutzerklärung zu konsultieren oder uns unter info@mutualia.be zu kontaktieren.

Vollmacht für eine Europäische Einzugermächtigung SEPA

Mit der Unterzeichnung dieses Vollmachtsformulars erlauben Sie:

- (a) Mutualia, Neutrale Krankenkasse Anweisungen an Ihre Bank zu senden um Ihr Konto abzubuchen
- (b) Ihrer Bank Ihr Konto laut den Anweisungen der Mutualia abzubuchen.

Sie haben ein Recht auf Rückerstattung von Ihrer Bank laut den Bedingungen der Vereinbarung, die Sie mit Ihrer Bank getroffen haben. Alle Rückerstattungsanträge müssen innerhalb von acht Wochen ab dem Zeitpunkt der Abbuchung vorgelegt werden. Ihre Bank kann Ihnen nähere Auskünfte geben bezüglich Ihrer Rechte betreffend diese Vollmacht. Zeit der Benachrichtigung vor Abbuchung: 12 Tage.

Identifizierung der Vollmacht

Referenz der Vollmacht (vom Gläubiger auszufüllen)

Gegenstand der Vollmacht: Beiträge oder Prämien, die der Schuldner für die Gläubiger angebotene Versicherungs- und Dienstleistungen schuldet.

Art der Einkassierung: wiederkehrenden (kann mehrfach verwendet werden)

Identifizierung des Schuldners (Inhaber des IBAN-Konto)

Alle Felder müssen ausgefüllt werden.

Name und Vorname des Schuldners:

Strasse und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Land :

IBAN Konto-Nummer :

BIC :

Datum : Ausgestellt zu :

Unterschrift :



Senden Sie uns dieses ordnungsgemäß ausgefüllte Formular zur schnelleren Bearbeitung über die Tab «ein Dokument senden» unseres Online Schalter «MyMutualia». In diesem Fall ist das Original nicht mehr erforderlich.

In Übereinstimmung mit der Europäischen Verordnung zum Datenschutz vom 27. April 2016 („RGPD“) teilen wir Ihnen mit, dass wir Ihre Daten im Rahmen unserer Mission zur Teilnahme an der Durchführung der obligatorischen Kranken- und Haftpflichtversicherung unter der Verantwortung der UNMN (Nationaler Union der neutralen Krankenkassen), verantwortlich für die Bearbeitung der föderalen Angelegenheiten und der SMR der neutralen Krankenkassen, verantwortlich für die Bearbeitung der regionalen Angelegenheiten. Für weitere Informationen laden wir Sie ein, unsere Datenschutzerklärung zu konsultieren oder uns unter info@mutualia.be zu kontaktieren.