

HALLESCHE Krankenversicherung - 70166 Stuttgart
Frau
Xojegfjae Bcblügl-Lkjfage
Hohe Birke 12
15749 Mittenwalde

Hallesche
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit
70166 Stuttgart
Service-Telefon: 0711 6603-6603
Montag - Freitag von 8 - 20 Uhr

Telefax: 0711 6603-333
service@hallesche.de
www.hallesche.de

Versicherungsnummer:
05/61/1.643793.5
-bitte immer angeben-

Datum
07.05.2024

TEST SOMA PDF embedded

Sehr geehrte Frau Bcblügl-Lkjfage,
anbei erhalten Sie Unterlagen.

- SOMA-PDF: IN 5, 1 Seite, 0,287 MB

Haben Sie noch Fragen? Bitte rufen Sie uns an.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre HALLESCHE
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit

Hallesche
Krankenversicherung
auf Gegenseitigkeit
Bereich GRH-gb
70166 Stuttgart

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE89ZZZ00000031444

Mandatsreferenz

„wird nachgeliefert“

oder per Fax an die 0711 6603-2357

SEPA-Lastschriftmandat

Die Hallesche Krankenversicherung a.G. wird ermächtigt, Zahlungen von dem unten angegebenen Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich wird hiermit das unten genannte Kreditinstitut angewiesen, die von der Hallesche Krankenversicherung a.G. auf das angegebene Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Die Hallesche Krankenversicherung a.G. wird spätestens 6 Kalendertage vor der Fälligkeit der Zahlung den Lastschrifteinzug ankündigen. Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen bzw. feststehenden Lastschriftbeträgen genügen eine einmalige Unterrichtung vor dem ersten Lastschrifteinzug und die Angabe der Fälligkeitstermine.

Hinweis: Die Erstattung des belasteten Betrages kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, verlangt werden. Es gelten dabei die mit dem unten genannten Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mit der Unterschrift wird ferner bestätigt, dass der Gruppenvertragspartner oder die am Gruppenvertrag teilnehmende Firma über das genannte Konto (auch) allein Verfügungsberechtigt ist.

Name des Gruppenvertragspartners oder Name der am Gruppenvertrag teilnehmenden Firma

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Zustelladresse (nur falls abweichend):

Straße und Hausnummer bzw. Postfach

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN

Bei Neuverträgen: Dieses SEPA-Lastschriftmandat ist mit dem Zeitpunkt der Abgabe der Unterschrift gültig.

Bei bestehenden Verträgen:
Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt ab

Gültigkeitsbeginn

(Sofern kein abweichender Gültigkeitsbeginn eingetragen wird, gilt das SEPA-Lastschriftmandat mit dem Zeitpunkt der Abgabe der Unterschrift.)

Ort/Datum

Unterschrift des Gruppenvertragspartners oder Unterschrift der am Gruppenvertrag teilnehmenden Firma

Bitte immer ausfüllen: Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für den Vertrag der Hallesche Krankenversicherung a.G. mit folgendem Gruppenvertragspartner oder der am Gruppenvertrag teilnehmenden Firma:

Name des Gruppenvertragspartners oder Name der am Gruppenvertrag teilnehmenden Firma

Straße/Hausnummer, Postleitzahl und Ort

VWH-Nr.

Zahlungsweise: ☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich (3% Skonto¹)

In der betrieblichen Krankenversicherung (bKV) ist für die Nutzung der 50 €-Freigrenze nach § 8 Abs. 2 Satz 11 EStG zwingend eine monatliche Zahlungsweise zu vereinbaren.

Für den Tarif VSAPlus kann keine Zahlungsweise gewählt werden, da es sich um einen „Einmalbeitrag“ handelt.

Um die Zulageberechtigung nicht zu gefährden, ist im Tarif FÖRDERbar keine jährliche Zahlungsweise möglich.

¹ Die Gewährung des Skontos bezieht sich nicht auf den Beitrag zur Pflege-Pflichtversicherung und die Beiträge zu staatlich geförderten Tarifen sowie auf die Beiträge zu den Tarifen EK, Hi.Germany und Krankengeld.plus.