

**Zurück an:**

 Name, Vorname  
 Straße  
 PLZ, Ort  
 Service-Nr.:

## Auszahlung von Versicherungsleistungen aus meiner Krankenversicherung

Dauerhaftes Leistungskonto

Auf die nachstehende Bankverbindung soll bis auf Widerruf die tarifgemäße Leistung überwiesen werden:

<b>Kontoinhaber</b>	
Geldinstitut	
BIC	
IBAN	

**X**  
 Datum \_\_\_\_\_

**X**  
 Unterschrift Versicherungsnehmer oder gesetzlicher Vertreter \_\_\_\_\_

**X**  
 Datum \_\_\_\_\_

**X**  
 Unterschrift des Kontoinhabers (falls nicht Versicherungsnehmer) \_\_\_\_\_