

Allianz Private, 10870 Berlin

DV 10 0,55 Deutsche Post 

*K0377*00017701*5744*0016071*2910*



Herrn
Dr. Ewald Walzl
Ludwig-Lang-Str. 21a
82487 Oberammergau

Kundenbetreuung
10870 Berlin
Telefon: 08 00.4 10 01 09
Telefax: 08 00.4 40 01 03

Es betreut Sie:
Gerhard Krölls
Erzgießereistr. 22
80335 München

27.10.2012

*ein: 31.10.***Private Krankenversicherung 6996991-532****Beitragsrechnung November 2012***→ beantwortet 27.10.2012*

Sehr geehrter Herr Dr. Walzl,

Sie zahlen die Beiträge für diese Versicherung monatlich.

Der Monatsbeitrag beträgt derzeit
für die Pflegepflichtversicherung

64,77 EUR

Rechnungsbetrag insgesamt**64,77 EUR**

Bitte überweisen Sie den Rechnungsbetrag anhand des beigefügten Zahlungsformulars

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Allianz Private Krankenversicherungs-AG
Kranken Vertrag; Inkasso

Allianz Private
Krankenversicherungs-AG
Kundenbetreuung

10870 Berlin

Herrn
Dr. Ewald Waltl
Ludwig-Lang-Str. 21a

82487 Oberammergau

Einzugsermächtigung zur Krankenversicherung 6996991-532

() Buchen Sie bitte künftig vom folgenden Konto ab:

Kontonummer _____

Bankleitzahl _____

Geldinstitut _____

() Das Konto soll auch für Leistungsauszahlungen verwendet werden.

() Bitte senden Sie mir künftig keine Beitragsrechnungen mehr.

Sonstige Mitteilungen: _____

Ort/Datum

Unterschrift

Allianz Private Krankenversicherungs-AG
80291 München

905961100 Commerzbank AG

(Bei maschineller Buchung ist für die Quittung
der Maschinendruck maßgebend)

Beleg für den Kontoinhaber

Konto-Nr. des Kontoinhabers

EUR 64,77

6996991-532

Überweisung

Name und Sitz des überweisenden Kreditinstituts

Bankleitzahl

Den Vordruck bitte nicht
beschädigen, knicken,
bestempeln oder beschmutzen.

Zahlungsempfänger: Name, Vorname/Firma (max. 27 Stellen)

Allianz Private Krankenversicherungs-AG, 80291 München

Konto-Nr. des Zahlungsempfängers

905961100

Bankleitzahl

600 800 00

Kreditinstitut/Zahlungsdienstleister des Zahlungsempfängers

Commerzbank AG

Betrag: Euro, Cent

EUR

64,77

Rechnungs-Nr.

6996991-532

Versichertes Risiko/Amtliches Kennzeichen

Versicherungsschein-Nr.

Dr. Ewald Waltl

Versicherung

Buchungsdatum

271012

Kontoinhaber/Zahler: Name, Vorname/Firma, Ort (max. 27 Stellen, keine Straßen- oder Postfachangaben)

Konto-Nr. des Kontoinhabers

18

Datum, Unterschrift(en)