

| | |
|---|--|
| Antwort Mobil Krankenkasse 20091 Hamburg | Behandelt wurde: Nachname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Mitgliedsnummer: _____ |
|---|--|

Auszahlung der Eigenanteile an:

- die Mutter
 den Vater
 einen anderen Empfänger

ANGABE MEINER BANKVERBINDUNG

 Name und Ort des Geldinstituts

DE __ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

IBAN (International Bank Account Number) – 22-stellig

____ / ____ / ____ / ____

BIC (Business Identifier Code) – 11-stellig

 Vorname und Name des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)

 Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)

 Unterschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)

Hinweise:

Bei geschiedenen oder getrennt lebenden Elternteilen ist die Unterschrift beider Eltern auf diesem Formular erforderlich.

Wenn Ihr Kind selbst versichert ist oder das 18. Lebensjahr bereits vollendet hat, benötigen wir zusätzlich eine Unterschrift Ihres Kindes.

 Datum

 Unterschrift

 Telefonnummer/E-Mail-Adresse