

Antrag auf Zahlung einer Entschädigung auf ein Sichtkonto

FELD 1: sollen Sie ergänzen

Ich, Unterzeichnete(r),

Vorname NAME _____

Straße, Nummer, Briefkasten _____

Postleitzahl ORT _____

LAND _____

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) ____ . ____ . _____

Nummer des Nationalregisters ____ . ____ . ____ - ____ . ____

Aktezeichen _____

- habe mich eine **Berufskrankheit** zugezogen / habe einen **Arbeitsunfall** erlitten (**Nichtzutreffendes streichen**)
- bitte Sie meine Entschädigungen in Zukunft auf das nachstehende **Sichtkonto** zu überweisen, wovon, wenn Zutreffend, (Vorname, NAME) Mitinhaber(in) ist:

IBAN: BE_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ BIC: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

- ermächtige mein Finanzinstitut dazu, an Fedris jeden Betrag zurückzuzahlen, den es nach meinem Tod auf mein Konto überweist;
- verpflichte mich dazu:
 - 1 jeden Betrag, den ich ungerechterweise empfangen, unverzüglich zurückzuzahlen;
 - 2 Fedris spontan und unverzüglich von jedem Ereignis, das meinen Entschädigungsanspruch ändern kann, zu benachrichtigen;
 - 3 Fedris innerhalb von 14 Tagen eine vorschriftsmäßige Lebens- oder Personenstandsbescheinigung vorzulegen, jedes Mal wenn er darum bittet;
 - 4 Fedris zu benachrichtigen, wenn sich meine Adresse geändert hat.

Aufgestellt in _____ am (TT.MM.JJJJ) ____ . ____ . _____

Ihre Unterschrift

Gegebenenfalls die Unterschrift des/der Mitinhaber(in)(s)

FELD 2: soll vom Finanzinstitut ausgefüllt werden, bei dem Sie das oben genannte Sichtkonto eröffnet haben

Ich, Unterzeichnete(r), erkläre im Namen des nachstehenden Finanzinstituts, dass es damit einstimmt, die Entschädigungen, die auf das Sichtkonto des/der Unterzeichneten dieses Formulars überwiesen werden auszuzahlen, gemäß den Bedingungen aus seinem Abkommen mit Fedris, und, dass die Unterschrift des/der Inhaber(s) kontrolliert wurde.

Aufgestellt in _____ am (TT.MM.JJJJ) ____ . ____ . _____

Offizieller Stempel des Finanzinstituts

Unterschrift(en) im Namen des Finanzinstituts