

# RECHT AUF EIN GIROKONTO ERHALT VON GIROKONTEN

Eine Umfrage der AG SBV (Arbeitsgemeinschaft Schuldnerberatung der Verbände: (AWO, BAG-SB, DCV, DPWV, DRK, DW, vzbv))

**Soweit vorhanden bitte anonymisiert Schriftstücke beifügen (Schriftverkehr mit Bank, Ombudsstelle)!**

## Beratungsstelle (bitte immer leserlich ausfüllen)

|          |                 |                      |            |
|----------|-----------------|----------------------|------------|
| Name :   |                 | Ansprechpartner/in : |            |
| Straße   |                 | PLZ                  | Ort        |
| Telefon: | Fax oder e-mail |                      | Bundesland |

|             |      |         |
|-------------|------|---------|
| <b>Bank</b> | Name | Filiale |
|-------------|------|---------|

|                                   |   |                                       |                            |
|-----------------------------------|---|---------------------------------------|----------------------------|
| <b>Vorgang</b><br>bitte ankreuzen | <input type="radio"/> Konto verweigert    | Bank weist auf Ombuds-<br>Stelle hin? | <input type="radio"/> Ja   |
|                                   | <input type="radio"/> Konto gekündigt     |                                       | <input type="radio"/> nein |
|                                   | <input type="radio"/> Kündigung angedroht |                                       |                            |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Intervention</b><br><small>jeweils A,B,C und D ankreuzen</small> | <input type="radio"/> durch Beratungs-<br>stelle (B) | <input type="radio"/> nicht erfolgreich<br>(D)     |
| <input type="radio"/> bei Bank (A)                                  | <input type="radio"/> durch Kund/in (B)              | <input type="radio"/> erfolgreich (D)              |
| <input type="radio"/> bei Ombudsstelle<br>(A)                       | <input type="radio"/> Unterlagen beige-<br>fügt (C)  | <input type="radio"/> werden nachge-<br>reicht (C) |

## Gründe Bitte ankreuzen

|  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> grundsätzlich keine<br>Guthabenkonten            | <input type="radio"/> ZKA-Empfehlung wird nicht aner-<br>kannt |
| <input type="radio"/> negativer SCHUFA-Eintrag                         | <input type="radio"/> geringes Einkommen                       |
| <input type="radio"/> abgegebene e.V.                                  | <input type="radio"/> verringertes Einkommen                   |
| <input type="radio"/> beabsichtigtes InsO-Verfahren                    | <input type="radio"/> fehlende Zahlungseingänge                |
| <input type="radio"/> laufendes InsO-Verfahren                         | <input type="radio"/> ausstehende Kreditrate                   |
| <input type="radio"/> keine örtliche Zuständigkeit                     | <input type="radio"/> Kontenpfändung                           |
| <input type="radio"/> Schulden bei gleicher Bank                       | <input type="radio"/> nicht genehmigte Überziehung             |
| <input type="radio"/> Probleme mit früherem Konto bei<br>gleicher Bank | <input type="radio"/> Person des Kunden oder Vorkomm-<br>nisse |
| <input type="radio"/> Konto bei anderer Bank                           | <input type="radio"/> gekündigter Kredit bei anderer<br>Bank   |
| <input type="radio"/> fehl.Deckung bei Lastschrift                     | <input type="radio"/> ohne Angabe von Gründen                  |
| <input type="radio"/> Sonstiges:                                       |  |

Der Umfrage läuft vom 1.1.2005 bis zum 30.9.2005. Bitte ausgefüllte Bögen umgehend faxen an 06151/134414 mailen an [thomas.zipf@darmstadt.de](mailto:thomas.zipf@darmstadt.de) oder senden an, Landesarbeitsgemeinschaft Schuldnerberatung, Kranichsteiner Str.7, 64289 Darmstadt (Tel.:06151/132163 dienstlich)