Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG
Bundesplatz 15
6002 Luzern

Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

CH-DD-Basislastschrift (Swiss COR1 Direct Debit) auf das Postkonto der PostFinance AG oder Lastschriftverfahren LSV+ auf das Bankkonto

Versicherungsnehmer

Vers. Nr. _____

Vorname _____

Name/Firma _____

Adresse _____

PLZ, Ort _____

☐ Kontoinhaber ist nicht Versicherungsnehmer

Kunden Nr. _____

Vorname _____

Name/Firma _____

Adresse _____

PLZ, Ort _____

CONCORDIA-Aussenstelle _____

☐ Belastung des Postkontos mit CH-DD-Basislastschrift (Swiss COR1 Direct Debit)

RSPID: 41101000000621181

Hiermit ermächtigt die Kundin / der Kunde die PostFinance bis auf Widerruf, ihrem / seinem Konto die ihr von obigem Rechnungssteller angegebenen fälligen Beträge zu belasten.

IBAN (Postkonto) ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐

Wenn das Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, kann PostFinance diese mehrmals prüfen, um die Zahlung durchzuführen, ist aber nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen. Jede Belastung des Kontos wird der Kundin / dem Kunden von PostFinance in der mit ihr / ihm vereinbarten Form avisiert (z. B. mit dem Kontoauszug). Der belastete Betrag wird der Kundin / dem Kunden rückvergütet, wenn sie / er innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei PostFinance in verbindlicher Form Widerspruch einlegt.

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift des Vollmachtgebers oder Bevollmächtigten auf dem Postkonto. Bei Kollektivzeichnung sind zwei Unterschriften erforderlich.

Bitte die vollständig ausgefüllte Zahlungsermächtigung **an die oben erwähnte Adresse des Rechnungsstellers** senden.

☐ Belastung des Bankkontos mit LSV+

LSV-ID: CON1W

Hiermit ermächtige ich die Bank bis auf Widerruf, die ihr von obigem Rechnungssteller vorgelegten Lastschriften dem Konto zu belasten.

Bankname _____ PLZ, Ort _____

IBAN (Bank) ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐

Wenn das Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht für meine Bank keine Verpflichtung zur Belastung. Jede Belastung meines Kontos wird mir avisiert. Der belastete Betrag wird mir rückvergütet, wenn ich innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei meiner Bank in verbindlicher Form Widerspruch einlege. Ich ermächtige meine Bank, dem Zahlungsempfänger im In- oder Ausland den Inhalt dieser Zahlungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem der Bank geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift des Vollmachtgebers oder Bevollmächtigten auf das Bankkonto. Bei Kollektivzeichnung sind zwei Unterschriften erforderlich.

Bitte die vollständig ausgefüllte Zahlungsermächtigung an **Ihre Bank** senden.

Berichtigung (leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt)

IBAN ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐

_____
Datum

_____
Stempel und Visum der Bank

Formular drucken