



Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG
 Bundesplatz 15
 6002 Luzern

Belastungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

Versicherungsnehmer	<input type="checkbox"/> Kontoinhaber nicht analog Versicherungsnehmer
Vers. Nr. _____	Kunden Nr. _____
Vorname _____	Vorname _____
Name/Firma _____	Name/Firma _____
Adresse _____	Adresse _____
PLZ, Ort _____	PLZ, Ort _____
CONCORDIA Aussenstelle _____	

Belastung meines Postkontos (Debit Direct)

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die CONCORDIA bis auf Widerruf, die fälligen Beträge in CHF meinem Postkonto zu belasten.

Postkonto _____

Bitte die vollständig ausgefüllte Belastungsermächtigung an **die oben erwähnte Adresse** des Zahlungsempfängers einsenden.

Belastung meines Bankkontos (LSV+)

LSV IDENT. CON1W

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr von obigem Zahlungsempfänger vorgelegten Lastschriften in CHF meinem Konto zu belasten.

Bankname _____ PLZ, Ort _____

Bankverbindung IBAN _____

Bitte die vollständig ausgefüllte Belastungsermächtigung **an die Bank** senden.

Wenn mein Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, ist meine Bank bzw. PostFinance nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen. Die Belastungen sind für mich kostenlos. Ich habe das Recht, Belastungen innerhalb von 30 Tagen ab Versand des Kontoauszugs schriftlich bei meiner Bank bzw. meinem Operations Center von PostFinance zu widerrufen.

Ich ermächtige meine Bank bzw. PostFinance, dem Zahlungsempfänger im In- oder Ausland den Inhalt dieser Belastungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem ihr geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

Ort, Datum _____

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

Berichtigung (leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt)

BC-Nr IBAN

Datum _____

Stempel und Visum der Bank _____