

Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

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

sumiswalder
Spitalstrasse 47
3454 Sumiswald

Sehr geehrte Damen und Herren

Ab sofort ist die Bezahlung Ihrer Krankenkassen-Prämie und Leistungsabrechnung noch bequemer, einfacher und schneller möglich. Über Ihr Konto können Sie Ihre Prämien und Kostenbeteiligungen direkt belasten lassen. Zu diesem Zweck brauchen Sie nur diese Zahlungsermächtigung auszufüllen.

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

Teilnehmer-Nr des Rechnungssteller RS-PID: 4110100000659011

Hiermit ermächtigt der Kunde PostFinance bis auf Widerruf, die ihr von der Sumiswalder Krankenkasse angegebenen fälligen Beträge seinem Konto zu belasten.

IBAN (Postkonto) _____

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, kann PostFinance diese mehrmals prüfen, um die Zahlung durchzuführen, ist aber nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen.

Jede Belastung des Kontos wird dem Kunden von PostFinance in der mit ihm vereinbarten Form avisiert (z.B. mit dem Kontoauszug). Der belastete Betrag wird dem Kunden rückvergütet, falls er innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei PostFinance in verbindlicher Form Widerspruch einlegt.

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

Ort, Datum _____ Unterschrift(en)* _____

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

Belastung meines Bankkontos (LSV+)

LSV IDENT: SUM1W

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr von der Sumiswalder Krankenkasse vorgelegten Lastschriften meinem Konto zu belasten.

Bankname _____ PLZ, Ort _____

IBAN (Bankkonto) _____

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für meine Bank keine Verpflichtung zur Belastung. Jede Belastung meines Kontos wird mir avisiert. Der belastete Betrag wird mir rückvergütet, falls 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 Belastungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem der Bank geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

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

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

6 YfYW Hgi b[Gar nicht leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt.D

IBAN (Bankkonto) _____

Datum: _____ Stempel und Visum der Bank: _____