Krankenkasse SLKK
Hofwiesenstrasse 370
8050 Zürich

LSV-Ident SLK1W
RS-PID 41101000000521562
07.01.2020

Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

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

Versicherungsnehmer

Name:

Vorname:

Versicherten-Nr.

Adresse:

Geltungsbereich dieser Belastungsermächtigung

☐ Prämien ☐ Kostenbeteiligungen, Franchise und Selbstbeteiligungen

☐ Bankkontoverbindung

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

Belastung des Bankkontos mit LSV+

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

☐ Postkontoverbindung

Bitte senden Sie die vollständig ausgefüllte Zahlungsermächtigung an folgende Adresse:

KRANKENKASSE SLKK, 8050 Zürich.

Belastung des Postkontos mit CH-DD-Basislastschrift

Hiermit ermächtigt der Kunde die PostFinance bis auf Widerruf, die ihr von obigem Rechnungssteller angegebenen und fälligen Betrag seinem Konto zu belasten. 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.

Bankname: Bei Postkontoverbindung nicht erforderlich

Bank Adresse:

Name, Vorname Kontoinhaber:

IBAN: C H ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Unterschrift Kontoinhaber*
(falls nicht identisch)

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

Bankberechtigung: (Bitte leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt)

IBAN: C H ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐

Datum:

Stempel und Visum der Bank: