Kronenstrasse 19
Postfach 57
8840 Einsiedeln

Telefon 055 418 07 47
info@kkeinsiedeln.ch
www.kkeinsiedeln.ch

EINSIEDLER KRANKENKASSE
SEIT 1871

Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht (LSV+ / CH-DD)

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

Versicherungsnehmer

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ Versicherten-Nr.: _____

Ich wünsche in Zukunft die Belastung aller Rechnungen über unten erwähntes Konto zu belasten.

☐ Bank (LSV+) ☐ PostFinance (Swiss COR1 Direct Debit)

Belastung des Bankkontos mit LSV+

LSV+ Identifikation: BKE1W

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, sämtliche von der Einsiedler Krankenkasse vorgelegten Lastschriften (LSV+) direkt meinem Konto zu belasten. 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 zurückvergütet, falls ich innerhalb von 30 Tagen nach Avisierung 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.

Name & Vorname Kontoinhaber/In: _____

Name der Bank: _____

PLZ & Ort der Bank: _____

IBAN: C H __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Ort & Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte leer lassen. Wird von der Bank ausgefüllt.

IBAN: C H __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

BC-Nr.: __ __ __ __ __

Ort & Datum: _____ Stempel & Unterschrift: _____

Belastung des Postkontos mit CH-DD-Basislastschrift (Swiss COR1 Direct Debit)
(Teilnehmer-Nr. des Rechnungssteller RS-PID: 41101000000072646)

Hiermit ermächtigt der Kunde PostFinance bis auf Widerruf, die ihr von der Einsiedler Krankenkasse angegebenen fälligen Beträge 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. Bitte die vollständig ausgefüllte Zahlungsermächtigung **an die oben erwähnte Adresse** des Rechnungsstellers einsenden.

Name & Vorname Kontoinhaber/In: _____

IBAN: C H __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Ort & Datum: _____

Unterschrift(en)*: _____

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