assura.

LSV+

Belastungsermächtigung mit Widerrufungsrech

LSV IDENT. ASRA1 CHF

Wichtig!
Es kann für alle Personen, welche als Familie in unserem System verknüpft sind, nur eine einzige Kontoverbindung erfasst werden.

Dank dem Widerrufungsrecht können Sie die Belastung eines Betrages anfechten: Sie haben die Möglichkeit, innerhalb von 30 Tagen nach einer Belastung diese bei Ihrer Bank zu widerrufen.

Sollte Ihr Konto keine genügende Deckung aufweisen, ist die Bank nicht dazu verpflichtet, die Belastung vorzunehmen.

Begünstigte

Assura-Basis AG/Assura AG
Kranken- und Unfallversicherung
Case postale 533
1009 Pully

Mit vorliegendem Formular ermächtige ich meine Bank, die Rechnungen des obenstehenden Zahlungsempfängers bis auf Widerruf direkt meinem Bankkonto zu belasten.

Ich werde über jede Belastung meines Kontos benachrichtigt. Sollte mein Konto nicht über die erforderliche Deckung verfügen, ist die Bank nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen.

Ohne Anfechtung meinerseits innert 30 Tagen ist diese Belastungsunmöglichkeit eine legale Schuldforderung. Wenn ich die Abbuchung innert 30 Tagen nach Erhalt der Mitteilung meiner Bank in verbindlicher Form anfechte, wird mir der abgebuchte Betrag zurückerstattet.

Ich ermächtige meine Bank, den Zahlungsempfänger über den Inhalt dieser Ermächtigung sowie deren allfällige Annulation durch das ihr als angemessen erscheinende Kommunikationsmittel zu informieren.

Das Inkrafttretensdatum dieser Zahlungsart wird mir mit der ersten Belastungsanzeige bestätigt. In der Zwischenzeit verpflichte ich mich, meine Rechnungen wie bisher mit Einzahlungsscheinen zu begleichen.

Referenzperson der Familie

Police Nr. ⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮ ○ Frau ○ Herr

Name(n), Vorname(n)

Strasse ⋮⋮⋮ Nr.

PLZ ⋮⋮⋮⋮⋮ Ort

Andere betroffene Familienmitglieder

Police Nr. ⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮ Police Nr. ⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮

Police Nr. ⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮ Police Nr. ⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮

IBAN CH ⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮

oder

Bank-Konto-Nr.

Bank-Clearing-Nr. ⋮⋮⋮⋮⋮

Name der Bank

PLZ ⋮⋮⋮⋮⋮ Ort

Wenn der Kontoinhaber nicht mit der versicherten Person identisch ist

Name(n), Vorname(n)

Telefon-Nr. ⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮

Damit wir Ihre Anfrage berücksichtigen können, bitten wir Sie, nachstehendes Formular **VON IHRER BANK VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN UND UNTERSCHREIBEN ZU LASSEN*** und es uns anschliessend zurückzusenden.

Ort und Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

*Durch die Bank auszufüllen

BC-Nr./CB-Nr. ⋮⋮⋮⋮⋮

IBAN ⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮

Datum ⋮⋮⋮⋮⋮⋮

Stempel und Visum der Bank

Formulaire LSV+ – JVAU (APC) / TCLE (MRK) – 01.2022 – V3