



KPT, Postfach, CH-3001 Bern
kpt.ch

Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

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

Teilnehmer-Nr. des Rechnungsstellers: RS-PID 41101000000643006

LSV-Identifikation: KPT1W

Bitte ausfüllen, wenn Sie Rechnungen per LSV+ oder Swiss COR1 Direct Debit direkt Ihrem Bank- oder Postkonto belasten lassen möchten.

Versicherungsnehmer

Policen-Nr. _____
Vorname _____
Name _____
Zusatzadresse _____
Strasse _____
PLZ/Ort _____

Kontoinhaber

(nur ausfüllen, wenn nicht identisch mit Versicherungsnehmer)

Vorname _____
Name _____
Zusatzadresse _____
Strasse _____
PLZ/Ort _____

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie die Prämien, die Leistungen oder beides direkt belasten wollen.

Prämien

Leistungen

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

Hiermit ermächtige ich PostFinance bis auf Widerruf, die ihr von obigem Rechnungssteller angegebenen fälligen Beträge meinem Konto zu belasten.

IBAN (Postkonto)

C	H																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wenn mein 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 mir von PostFinance in der mit mir vereinbarten Form avisiert (z.B. mit dem Kontoauszug). Der belastete Betrag wird mir rückvergütet, falls ich innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei PostFinance in verbindlicher Form Widerspruch einlege.

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

Ort und Datum

Unterschrift/en*

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

Belastung des Bankkontos mit LSV+

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

Bankname _____ PLZ, Ort _____

IBAN (Bankkonto)

C	H																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 die Bank senden.

Ort und Datum

Unterschrift

Berechtigung (bitte leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt)

IBAN (Bankkonto)

C	H																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum _____

Stempel und
Visum der Bank _____