

Krankenkasse Steffisburg
Unterdorfstrasse 37
Postfach 138
3612 Steffisburg
Telefon 033 439 40 20
E-Mail info@kkst.ch

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: KKQ1W

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, sämtliche von der Krankenkasse Steffisburg 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: 41101000000683164)

Hiermit ermächtigt der Kunde PostFinance bis auf Widerruf, die ihr von der Krankenkasse Steffisburg 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.