

ZAHLUNGSERMÄCHTIGUNG MIT WIDERSPRUCHSRECHT

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

Zahlungspflichtige Person

Vorname	Name
Adresse	PLZ / Ort
Versicherten-Nr.	Geburtsdatum

Zahlungsempfänger

Atupri Gesundheitsversicherung AG
Service Center, Zieglerstrasse 29, 3001 Bern
LSV-Ident: KSB1W
RS-PID 4110000000056206

Bank

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die fälligen Beträge in CHF des oben aufgeführten Zahlungsempfängers direkt meinem Konto zu belasten. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, ist meine Bank nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen. Ich erhalte für jede Belastung meines Kontos eine Anzeige meiner Bank. Falls ich innerhalb von 30 Kalendertagen nach Avisierungsdatum bei meiner Bank verbindlich Widerspruch einlege, wird mir der Betrag zurückvergütet. Ich ermächtige meine Bank, dem Zahlungsempfänger im In- oder Ausland den Inhalt dieser Zahlungsermächtigung sowie deren mögliche spätere Aufhebung mit jedem der Bank geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel in Kenntnis zu setzen. **Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular an Ihre Bank.**

Bankname _____

PLZ / Ort _____

IBAN-Nr. _____

Ich wünsche in Zukunft sämtliche Auszahlungen auf das oben erwähnte Konto.

Bis zur vollständigen Erfassung der Ermächtigung erhalten Sie Ihre Prämien- und/oder Leistungsabrechnungen gemäss Ihrer letzten Zahlungseinstellung.

Ort und Datum

Unterschrift*

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

Auftragsbestätigung der Bank (bitte leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt).

Stempel und Unterschrift der Bank

IBAN-Nr.