

# Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

CH-DD-Basislastschrift auf das Postkonto der PostFinance AG oder Lastschriftverfahren LSV+ auf das Bankkonto



Gesundheit für Generationen

Bruggerstrasse 46, Postfach, 5401 Baden  
Tel. +41 56 203 44 44, Fax +41 56 203 44 99  
www.aquilana.ch

**Zahlungsempfänger:** Aquilana Versicherungen, Bruggerstrasse 46, 5400 Baden  
**RS-PID** 41101000000603818 **LSV-Identität:** KABB1

**Zahlungspflichtiger: Name** \_\_\_\_\_ **Vorname** \_\_\_\_\_

**Strasse, Nr.** \_\_\_\_\_ **PLZ, Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon-Nr.** \_\_\_\_\_ sofern bekannt: **Versicherten-Nr.** \_\_\_\_\_

**Prämienzahlung**  Bank (LSV+)  PostFinance AG (Swiss COR1 Direct Debit)  
\* = mit Skonto  monatlich  2-monatlich  vierteljährlich  halbjährlich\*  jährlich\*

**Zahlung Kostenbeteiligung**  Bank (LSV+)  PostFinance AG (Swiss COR1 Direct Debit)

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

Hiermit ermächtigt der Kunde PostFinance bis auf Widerruf, die ihr von obigem Rechnungssteller 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.

**IBAN (Postkonto)**

**Ort/Datum** \_\_\_\_\_ **Unterschrift(en) Kontoinhaber \*** \_\_\_\_\_

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

Bitte die vollständig ausgefüllte Zahlungsermächtigung **an Aquilana Versicherungen** senden.

## Belastung des Bankkontos mit LSV+

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

**LSV+-Identifikation KABB1** **Name der Bank** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort** \_\_\_\_\_

**IBAN (Bankkonto)**

**Ort, Datum** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** \_\_\_\_\_

Bitte die vollständig ausgefüllte Belastungsermächtigung **an die Bank** senden.

**Berichtigung** (bitte leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt)

**IBAN (Bankkonto)**

**Datum** \_\_\_\_\_ **Stempel und Visum der Bank** \_\_\_\_\_