

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



CSS Kranken-Versicherung AG  
Mailroom  
Tribtschenstrasse 21  
Postfach 2568  
6002 Luzern

LSV IDENT. CKU1W  
RS-PID 41101000000612257

## Prämienzahler

Kundennummer	Geburtsdatum
Name	Vorname
Strasse, Nr.	
PLZ, Ort	

## Ermächtigung gültig für

- Prämien und Kostenbeteiligungen (Standard bei fehlender Auswahl)     nur Prämien     nur Kostenbeteiligungen

### Belastung meines Postkontos

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 Post Finance 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 der PostFinance in verbindlicher Form Widerspruch einlegt.

Bitte die vollständig ausgefüllte und unterschriebene Zahlungsermächtigung an die **oben erwähnte Adresse** der CSS Kranken-Versicherung AG oder per E-Mail an **debitdirect@css.ch** einsenden.

### Belastung meines Bankkontos

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr von der CSS Kranken-Versicherung AG vorgelegten Lastschriften in CHF meinem Konto zu belasten.

Bankname \_\_\_\_\_

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

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 Zahlungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem der Bank geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

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

IBAN 

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

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift/-en\* \_\_\_\_\_

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

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

IBAN 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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