Zahlungsermächtigung (LSV+/CH-DD)

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

LSV IDENT. CKU1W
RS-PID 41101000000612257

Prämienzahlerin/Prämienzahler

Kundennummer _____ Geburtsdatum _____

Name _____ Vorname _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Bitte beachten Sie:
Wir benachrichtigen Sie, sobald das Lastschriftverfahren eingerichtet ist. Das dauert bis zu 6 Wochen.
Zahlen Sie bitte Rechnungen, die Sie während dieser Zeit erhalten, wie bisher.

Ermächtigung gültig für
☐ Nur Prämienabrechnung
☐ Nur Leistungsabrechnungen
☐ Prämien- und Leistungsabrechnungen

Belastung **Postkonto**

Ich ermächtige PostFinance, die fälligen Beträge von der CSS Kranken-Versicherung AG meinem Konto in CHF zu belasten. Dies gilt bis auf Widerruf.

Bitte füllen Sie die Zahlungsermächtigung vollständig aus, unterschreiben Sie und senden Sie diese an

- **CSS Kranken-Versicherung AG** (Adresse oben links) oder
- per E-Mail an **debitdirect@css.ch**

Belastung **Bankkonto**

Ich ermächtige meine Bank, die Lastschriften von der CSS Kranken-Versicherung AG meinem Konto in CHF zu belasten. Dies gilt bis auf Widerruf.

Bankname _____

PLZ, Ort _____

Bitte füllen Sie die Zahlungsermächtigung vollständig aus und senden diese an **Ihre Bank.**

Belastungsermächtigung meines Post- oder Bankkontos mit Widerspruchsrecht
Der belastete Betrag wird zurückvergütet, falls ich innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei der Bank/PostFinance in verbindlicher Form Widerspruch einlege. Wenn mein Konto nicht ausreichend gedeckt ist, verpflichtet sich die Bank/PostFinance nicht, das Konto zu belasten. Ich werde über jede Belastung meines Kontos avisiert, z. B. mit dem Kontoauszug.

IBAN C H

Ort, Datum _____ Unterschrift/en* _____

*Unterschrift Vollmachtgeberin / Vollmachtgeber oder Bevollmächtigte / Bevollmächtigter für das Konto

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

IBAN C H

Datum _____ Stempel und Visum der Bank _____

Form. 49d-09.24-pdf