

Belastungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

(LSV+ / DD)



AQUILANA
VERSICHERUNGEN

Bruggerstrasse 46, Postfach, 5401 Baden
Tel. 056 203 44 44, Fax 056 203 44 99
www.aquilana.ch

Zahlungsempfänger: Aquilana Versicherungen, Bruggerstrasse 46, 5400 Baden

Zahlungspflichtiger: Name _____ Vorname _____

Strasse, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Telefon-Nr. _____ sofern bekannt: **Versicherten-Nr.** _____

Prämienzahlung Bank (LSV+) Post (Debit Direct / DD)
= mit Skonto monatlich 2-monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich*

Zahlung Kostenbeteiligung Bank (LSV+) Post (Debit Direct / DD)

Belastungsermächtigung mit Widerspruchsrecht (LSV+) / Bankkonto

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

oder **Konto-Nr.** _____ **Bankclearing-Nr.** (sofern bekannt)

Bitte die vollständig ausgefüllte Belastungsermächtigung an die Bank senden.

Ort / Datum _____ **Unterschrift** _____

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

IBAN-Nr.

Bankclearing-Nr.

Datum _____ **Stempel und Visum der Bank** _____

Belastungsauftragsdienst der Post / Debit Direct (DD)

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die **Aquilana Versicherungen** bis auf Widerruf, die fälligen Beträge meinem Postkonto gebührenfrei zu belasten. Dabei behalte ich das Recht, ausgeführte Belastungen innerhalb von 30 Tagen ab Versand des Kontodokuments schriftlich bei meinem Operations Center zu widerrufen. Wenn mein Konto die erforderliche Bonität nicht aufweist, ist PostFinance nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen.

Postkonto-Nr. _____

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

Ort / Datum _____ **Unterschrift des Kontoinhabers** _____

(Wer noch kein Postkonto hat, eröffnet erst gratis eines auf der Poststelle oder unter www.postfinance.ch, bevor dieser Belastungsauftrag erteilt wird).