

Zahlungspflichtiger

Versicherten - Nr.

Name

Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon P

Telefon G

Zahlungsempfänger

KLuG

Krankenversicherung

Gubelstrasse 22

6300 Zug

Telefon: 041 724 64 00

Telefax: 041 724 64 01

LSV - Lastschriftverfahren der Bank; Belastungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr obigen 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 zurückvergütet, falls ich innerhalb von 30 Tagen nach Avisierung 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.

Geltungsbereich

 Prämien und Kostenbeteiligungen nur Prämien nur Kostenbeteiligungen**Konto - Angaben**

Bankkonto-Nr.

IBAN

Kontoinhaber

Name der Bank

Adresse

Ort, Datum, Unterschrift des Zahlungspflichtigen

Leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt

Bankclearing - Nr.

IBAN

Stempel und Unterschrift der Bank
