

Belastungsermächtigung mit Widerspruchsrecht für Debit Direct/LSV

Zahlungspflichtiger

Name, Vorname

Versicherten-Nr.

Telefon

Adresse

Zahlungsempfänger

LSV-Ident. AKUBW + HEV1W

Helsana Versicherungen AG

Inkasso/Exkasso FFDDK, Postfach, 8081 Zürich, Telefon 043 340 11 11

Gebührenfreie

Belastungsermächtigung mit
Widerspruchsrecht

Ich ermächtige meine Bank resp. PostFinance, Rechnungen von Helsana Versicherungen AG bis auf Widerruf gemäss obenstehenden Angaben direkt meinem Konto zu belasten. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für die Bank/PostFinance keine Verpflichtung zur Belastung.

Die Bank/PostFinance teilt mir die Belastung meines Kontos in der von mir gewohnten Avisierungsart mit. Der belastete Betrag wird mir rückvergütet, falls ich innerhalb von 30 Tagen nach der Avisierung bei der Bank/PostFinance schriftlich Widerspruch einlege.

Ich ermächtige meine Bank resp. PostFinance, Helsana Versicherungen AG den Inhalt dieser Belastungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem der Bank resp. PostFinance geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

Ich bin Bankkunde

Name, Vorname Kontoinhaber

Name der Bank

Adresse

IBAN

Ich bin Postkunde

Name, Vorname Kontoinhaber

Postkonto

IBAN

Geltungsbereich

- Prämien
 Kostenbeteiligungen
 Prämien und Kostenbeteiligungen
 Ich wünsche in Zukunft sämtliche Auszahlungen auf oben erwähntes Konto

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an uns zurück. Bis zur vollständigen Erfassung dieser Ermächtigung erhalten Sie Ihre Prämien- und/oder Leistungsabrechnungen wie bis anhin.

Ort, Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen

leer lassen, wird bei der Variante LSV von der Bank ausgefüllt

Stempel und Unterschrift der Bank

IBAN