

Belastungsermächtigung mit Widerspruchsrecht für das Bankkonto

Hiermit ermächtige ich meine Bank, bis auf Widerruf die ihr durch die Visana AG, Weltpoststrasse 19, 3000 Bern 15, 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 rückvergütet, falls ich innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei meiner Bank in verbindlicher Form Widerspruch einlege. Ich ermächtige meine Bank, der Visana den Inhalt dieser Belastungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem der Bank geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen. Dieser Service ist gebührenpflichtig. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer Bank.

Name/Vorname	
Strasse	PLZ/Ort
Versicherten-Nr.	
Name der Bank	
IBAN-Nr.	
Ort/Datum	Unterschrift
Zahlungsart	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> alle zwei Monate <input type="checkbox"/> halbjährlich
Berichtigung (Leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt)	
Bankenclearing-Nr.	Stempel Bank
IBAN-Nr.	
Ort/Datum	Visum der Bank