

Belastungsermächtigung mit Widerspruchsrecht Lastschriftverfahren LSV+ auf das Bankkonto

Angaben zum Rechnungssteller / Zahlungsempfänger

Visana AG, Weltpoststrasse 19, 3000 Bern 16

LSV IDENT **VBE2W**

Angaben zum Lastschriftzahler (Kunde)

Visana-Versicherten-Nr. und / oder AHV-Nr.

Name / Vorname

Strasse

PLZ, Ort

E-Mail

Telefon-Nr.

Belastung des Bankkontos mit LSV+

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr von obigem Zahlungsempfänger vorgelegten Lastschriften **in CHF** meinem Konto zu belasten.

Bankname

PLZ / Ort

IBAN (Bankkonto)

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, 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.

Ort / Datum

Unterschrift

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

Bankenclearing-Nr.

Stempel Bank

IBAN-Nr.

Ort / Datum

Visum der Bank

Formular bitte einsenden an:

Visana Services AG
Weltpoststrasse 19
3000 Bern 16

Weitere Informationen:

Tel. 0848 848 899
visana.ch