Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

CH-DD-Basislastschrift (Swiss COR1 Direct Debit) auf das Postkonto der PostFinance AG oder Lastschriftverfahren LSV+ auf das Bankkonto

sanagate
Gesundheit einfach versichert.

Sanagate AG
Postfach 3866
6002 Luzern

LSV IDENT. SAY1W
RS-PID 41101000000611966

Prämienzahler

Kunden- oder Antragsnummer | Geburtsdatum

Name | Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon privat | E-Mail

Ermächtigung gültig für

☐ Prämien und Kostenbeteiligungen (Standard bei fehlender Auswahl) ☐ nur Prämien ☐ nur Kostenbeteiligungen

☐ **Belastung meines Postkontos**

Hiermit ermächtigt der Kunde PostFinance bis auf Widerruf, die ihr von obigem Rechnungssteller angegebenen fälligen Beträge seinem Konto zu belasten.

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, kann Post Finance diese mehrmals prüfen, um die Zahlung durchzuführen, ist aber nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen. Jede Belastung des Kontos wird dem Kunden von PostFinance in der mit ihm vereinbarten Form avisiert (z.B. mit dem Kontoauszug). Der belastete Betrag wird dem Kunden rückvergütet, falls er innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei der PostFinance in verbindlicher Form Widerspruch einlegt.

Bitte die vollständig ausgefüllte und unterschriebene Zahlungsermächtigung **an die oben erwähnte Adresse** der Sanagate AG oder **per E-Mail an office.de@sanagate.ch** einsenden.

☐ **Belastung meines Bankkontos**

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr von der Sanagate AG vorgelegten Lastschriften in CHF meinem Konto zu belasten.

Bankname

PLZ, Ort

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 Zahlungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem der Bank geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

Bitte die vollständig ausgefüllte Zahlungsermächtigung **an die Bank** senden.

IBAN C H

Ort, Datum | Unterschrift/-en*

*Unterschrift des Vollmachtgebers oder Bevollmächtigten auf dem Konto. Bei Kollektivzeichnung sind zwei Unterschriften erforderlich.

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

IBAN

Datum | Stempel und Visum der Bank

1801d-06.18-pdf