

LSV-Ident: OEB1W  
Teilnehmer-Nr. des Rechnungsstellers (RS-PID): 41101000000631269

Vivao Sympany AG  
Peter Merian-Weg 4  
4002 Basel



## Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

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

	Versicherungsnehmer	Kontoinhaber (falls abweichend)
Versicherten-Nr.		
Name		
Vorname		
PLZ/Wohnort		

**Geltungsbereich**  Prämien und Kostenbeteiligungen  Nur Prämien

**Auszahlungskonto**  Ich wünsche in Zukunft sämtliche Auszahlungen auf unten erwähntes Konto.

### Bankkontoverbindung

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

#### 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.

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.

### Postkontoverbindung

Bitte die vollständig ausgefüllte Zahlungsermächtigung an **Vivao Sympany AG, Peter Merian-Weg 4, 4002 Basel** senden.

#### Belastung des Postkontos mit CH-DD-Basislastschrift

Hiermit ermächtige ich PostFinance bis auf Widerruf, die ihr von obigem Rechnungssteller angegebenen fälligen Beiträge meinem Konto zu belasten.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, kann PostFinance diese mehrmals prüfen, um die Zahlung durchzuführen, ist aber nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen. Jede Belastung meines Kontos wird mir von PostFinance in der mit mir vereinbarten Form avisiert (z.B. mit dem Kontoauszug). Der belastete Betrag wird mir rückvergütet, falls ich innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei PostFinance in verbindlicher Form Widerspruch einlege.

Name Bank/PostFinance-Filiale	
Adresse	
Kontoinhaber	
IBAN	CH

Ort/Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers	Unterschrift des Kontoinhabers (falls abweichend)

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

### LSV+: Bankberechtigung (Bitte leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt)

IBAN	CH
------	----

Datum	Stempel und Visum