

## Kundenstammdaten Familienoberhaupt

- Neuantrag  
 Änderungsantrag  
 Adressänderung  
 Familienbildung/-trennung „Inkassotrennung“  
 Änderung des Bank-Postkontos
- Kunden-Nr.  
Familien-Nr.  
Kollektiv-Nr.

Gültig ab

### 1. Versicherungsnehmer (bei Wochenaufenthalter Schriftenadresse)

- Herr       Frau      Telefon tagsüber erreichbar

Vorname/Name

Nationalität

Strasse

PLZ/Wohnort

Beruf

Arbeitgeber

### 2. Zweitadresse (wenn Versicherungsnehmer Wochenaufenthalter ist)

Strasse

PLZ/Wohnort

### 3. Prämienzahler (nur ausfüllen, wenn nicht mit Versicherungsnehmer identisch)

Vorname/Name/Behörde

Strasse

PLZ/Wohnort

Unterschrift Prämienzahler

### 4. Versicherte Personen

Vorname/Name

Geburtsdatum

Vorname/Name

Geburtsdatum

Vorname/Name

Geburtsdatum

Vorname/Name

Geburtsdatum

### 5. Zahlungsart

- LSV/Debit direct (bitte Formular «Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht ausfüllen»)   
 Rechnung

- jährlich       halbjährlich       vierteljährlich       monatlich

Es besteht kein Anspruch auf Rabatt, unabhängig des gewählten Zahlungsmodus. Bitte beachten Sie: Bei einer Jahresprämie unter 500 Franken ist nur die jährliche Zahlungsart möglich.

### 6. Auszahlung der Leistungen

Name der Bank

PLZ, Ort der Bank

IBAN

(Bank- oder Postkonto)

Ort und Datum

Unterschrift

## Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

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

### Angaben zur Belastung der Prämien und Kostenbeteiligung

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Kundennummer (sofern bekannt) \_\_\_\_\_

Bitte teilen Sie uns mit, welchem Konto Ihre Prämie und/oder die Kostenbeteiligung belastet werden soll.

- Kontoangaben für die Belastung von Prämien  
 Kontoangaben für die Belastung von Kostenbeteiligungen

### Belastung des Kontos mit LSV+ LSV-Identifikation: IVA1W

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

Bankname \_\_\_\_\_ PLZ, Ort der Bank \_\_\_\_\_

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. Bitte die vollständige Belastungsermächtigung an die Bank senden.

Ort/Datum

Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Berechtigung** (bitte leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt)

IBAN (Bankkonto) \_\_\_\_\_

**Datum**

**Stempel und Visum der Bank**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Belastung des Postkontos mit CH-DD-Basislastschrift (Swiss COR1 Direct Debit)

Teilnehmer-Nr. des Rechnungsstellers (RS-PID) 41101000000603721

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

IBAN (Postkonto)

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 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. Bitte die vollständig ausgefüllte Zahlungsermächtigung an die oben erwähnte Adresse des Rechnungsstellers einsenden.

Ort/Datum

Unterschriften\*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*Unterschrift des Vollmachtgebers oder Bevollmächtigten. Bei Kollektivzeichnung sind zwei Unterschriften erforderlich.