

ZAHLUNGSERMÄCHTIGUNG MIT WIDERSPRUCHSRECHT

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

Antragsnummer	
Vorname, Name	
Strasse	
PLZ / Ort	

<input type="checkbox"/> Belastung des Postkontos mit CH-DD-Basislastschrift (Swiss COR1 Direct Debit)	RSPID:	41101000001154778
---	---------------	--------------------------

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

IBAN (Postkonto)	
-------------------------	--

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

Ort, Datum	Unterschrift des Kontoinhabers (Postkonto)

Bitte die vollständig ausgefüllte Zahlungsermächtigung **dem Rechnungssteller** senden.

Zahlungsempfänger: YOUPLUS Assurance SCHWEIZ AG, Churerstrasse 25, 8808 Pfäffikon SZ

<input type="checkbox"/> Belastung des Bankkontos mit LSV+	LSV ID:	SLE1W
---	----------------	--------------

Hiermit ermächtige ich die Bank bis auf Widerruf, die ihr von obigem Rechnungssteller vorgelegten Lastschriften auf dem Konto zu belasten.

Bankname	
PLZ, Ort	
IBAN (Bank)	

Wenn das Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht für meine Bank keine Verpflichtung zur Belastung. Jede Belastung meines Kontos wird mir avisiert. Der belastete Betrag wird mir rückvergütet, wenn 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.

Ort, Datum	Unterschrift des Kontoinhabers (Bankkonto)

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

Zahlungsempfänger: YOUPLUS Assurance SCHWEIZ AG, Churerstrasse 25, 8808 Pfäffikon SZ

Berichtigung (leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt)

IBAN	
-------------	--

Ort, Datum	Stempel und Visum der Bank