

Helsana Versicherungen AG
Zahlungsverkehr
Postfach
8081 Zürich

Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

CH-DD-Basislastschrift auf das Postkonto der PostFinance AG oder Lastschriftverfahren LSV+ auf das Bankkonto

Versicherungsnehmer	Name _____ Vorname _____ Versicherten-Nr. _____ Adresse _____
Geltungsbereich dieser Ermächtigung	<input type="checkbox"/> Prämien und Kostenbeteiligungen (Standard bei fehlender Auswahl) <input type="checkbox"/> <i>Nur Prämien</i> <input type="checkbox"/> <i>Nur Kostenbeteiligungen</i>
Auszahlungskonto	<input type="checkbox"/> Ich wünsche in Zukunft sämtliche Auszahlungen auf unten erwähntes Konto.
Hinweis zur Übergangszeit	Bis zur vollständigen Erfassung dieser Ermächtigung erhalten Sie Ihre Prämien- und/oder Leistungsabrechnungen wie bis anhin.

<input type="checkbox"/> Bankkontoverbindung Bitte die vollständig ausgefüllte Zahlungsermächtigung an Ihre Bank senden.	<input type="checkbox"/> Postkontoverbindung Bitte die vollständig ausgefüllte Zahlungsermächtigung an folgende Adresse senden: Helsana Versicherungen AG, Postfach, 8081 Zürich
---	--

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.	Belastung des Postkontos mit CH-DD-Basislastschrift Hiermit ermächtigt der Kunde PostFinance bis auf Widerruf, die ihr von obigem Zahlungsempfänger angegebenen fälligen Beträge seinem Konto zu belasten. Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, kann PostFinance 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 PostFinance in verbindlicher Form Widerspruch einlegt.
---	---

Bankname _____ Bankadresse _____ _____ _____	Bei Postkontoverbindung nicht erforderlich.
---	---

Name/Vorname 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.

Bankberechtigung (Bitte leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt)	_____
IBAN _____	_____
Datum _____	Stempel und Visum der Bank _____