

**Krankenkasse
Luzerner
Hinterland**

LSV IDENT. KLH1W

Geburtsdatum

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

☐ Prämien und Kostenbeteiligungen

Bitte die vollständig ausgefüllte Zahlungsermächtigung **an die oben die Krankenkasse Luzerner Hinterland** senden

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr von der Krankenkasse Luzerner Hinterland 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 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.

[illegible]

Unterschrift/-en*

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

| |

Stempel und
Visum der Bank