

Prämienzahlungsmöglichkeiten

Versicherungs-Nr. _____ Familien-Nr. _____

Angaben zur Person (bitte in Blockschrift ausfüllen)

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Nationalität _____ Telefon privat _____ Telefon Geschäft _____

LSV – Belastungsermächtigung (mit Widerspruchsmöglichkeit)

Bitte senden Sie dieses Formular direkt Ihrer Bank!

LSV-IDENT: PRV 1W

Name der Bank _____ Adresse/Ort _____

Clearing-Nr. _____ Bankkonto-Nr. _____

IBAN _____

Gültig ab _____ Name KontoinhaberIn _____

Ort/Datum _____ Unterschrift KontoinhaberIn _____

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich meine Bank, bis auf Widerruf die ihr von der PROVITA Gesundheitsversicherung vorgelegten Lastschriften meinem Konto zu belasten. Falls mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für meine Bank keine Verpflichtung zur Belastung. Der belastete Betrag wird mir zurückvergütet, falls ich die Lastschrift innerhalb von 30 Tagen schriftlich bei meiner Bank widerrufe.

Achtung: Ein allfälliger Dauerauftrag ist zu annullieren!

DD – Debit Direct von der Post

Postkonto-Nr. _____ Name KontoinhaberIn _____

Ort/Datum _____ Unterschrift KontoinhaberIn _____

Gültig ab _____

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die Post, bis auf Widerruf die ihr von der PROVITA Gesundheitsversicherung vorgelegten Lastschriften meinem Konto zu belasten. Falls mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für die Post keine Verpflichtung zur Belastung. Der belastete Betrag wird mir zurückvergütet, falls ich die Lastschrift innerhalb von 30 Tagen schriftlich bei meinem Verarbeitungszentrum widerrufe.

Achtung: Ein allfälliger Dauerauftrag ist zu annullieren!

monatlich (nur LSV oder DD möglich) zweimonatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

e-Rechnung: mehr erfahren Sie auf www.provita.ch

Bitte wenden!

Leistungsrückvergütung

Versicherungs-Nr. _____ Familien-Nr. _____

Über Bank

Name der Bank _____ Adresse/Ort _____

Clearing-Nr. _____ Bankkonto-Nr. _____

Gültig ab _____ Name KontoinhaberIn _____

Ort/Datum _____ Unterschrift KontoinhaberIn _____

IBAN _____

Über Post

Postkonto-Nr. _____ Name KontoinhaberIn _____

Ort/Datum _____ Unterschrift KontoinhaberIn _____

Gültig ab _____

Geprüft von _____ Geschäftsstelle _____ Mutationsdatum _____

PROVITA Gesundheitsversicherung AG

Brunngasse 4
Postfach
8401 Winterthur

Tel. 052 260 02 02
Fax 052 260 02 03

info@provita.ch
www.provita.ch

