

vita surselva
Postfach 217
7130 Ilanz

Belastungsermächtigung

Versicherungsnummer:

Kontoinhaber

Name/Vorname

Strasse

PLZ/Ort

IBAN – Nr.

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die vita surselva, Postfach 217, 7130 Ilanz bis auf Widerruf, die fälligen Beträge meinem Gelben Konto zu belasten. Dabei behalte ich das Recht, ausgeführte Belastungen innerhalb von 30 Tagen, ab Versand des Kontodokuments, schriftlich bei meinem Operations Center zu widerrufen.

Diese Ermächtigung gilt für:

Prämienabrechnungen

Kostenbeteiligungsabrechnungen

Ort/ Datum

Unterschrift