



# Belastungsermächtigung mit Widerspruchsrecht für das Bankkonto (LSV+) oder das Postkonto (Debit Direct)

Ausgleichskasse Uri  
Dätwylerstrasse 11, 6460 Altdorf

Telefon 041 874 50 10  
Telefax 041 874 50 15

## 1. Persönliche Angaben

Name/Vorname oder Firma

Zusatzbezeichnung

Adresse

PLZ und Ort

Abrechnungsnummer

## 2a. Belastungsermächtigung Postkonto (Debit Direct)

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die Ausgleichskasse Uri bis auf Widerruf, die fälligen Beträge meinem Postkonto gebührenfrei zu belasten. Für jede Abbuchung von meinem Postkonto erhalte ich von der PostFinance monatlich oder ereignisorientiert eine Lastschriftanzeige. Dabei behalte ich mir das Recht vor, ausgeführte Belastungen innerhalb von 30 Tagen seit Versand des Kontodokuments schriftlich bei meinem Operations Center zu widerrufen.

Postkonto-Nummer

Ort und Datum

Unterschrift

Bitte die vollständig ausgefüllte Belastungsermächtigung **an die Ausgleichskasse Uri** senden.

## 2b. Belastungsermächtigung Bank (LSV+)

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr von der Ausgleichskasse Uri vorgelegten Lastschriften meinem Konto zu belasten. Sollte mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweisen, besteht für meine Bank keine Verpflichtung zur Belastung. Jede Belastung meines Kontos wird mir avisiert. Der belastete Betrag wird mir wieder gutgeschrieben, falls ich innert 30 Tagen nach Avisierung bei meiner Bank in verbindlicher Form Widerspruch einlege. Bei Aufhebung dieser Ermächtigung ist meine Bank berechtigt, diese Aufhebung dem Zahlungsempfänger zu kommunizieren.

Bankname

PLZ und Ort

IBAN-Nummer

Ort und Datum

Unterschrift

Bitte die vollständig ausgefüllte Belastungsermächtigung **an Ihre Bank** senden.

**Bitte leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt.**

LSV-Identifikation

ADK1W

Bankenclearing-Nummer

IBAN / Konto-Nummer

Datum, Stempel und Unterschrift der Bank