

**Bitte beide Seiten ausgefüllt zurücksenden an:**

Ausgleichskasse Zug  
Baarerstrasse 11  
Postfach  
6302 Zug

**Belastungsermächtigung mit Widerspruchsrecht  
für das Postkonto von Postfinance (Debit Direct) oder für das Bankkonto (LSV+)**

**Zahlungsempfänger**

Ausgleichskasse Zug  
Baarerstrasse 11  
Postfach  
6302 Zug

Debit-Direct-Teilnehmer-Nr.: 126441  
LSV-Identifikation: AKZ1W

**Zahlungspflichtige/r**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname oder Firma

\_\_\_\_\_  
Abrechnungs-Nr.

\_\_\_\_\_  
UID-Nr.

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon-Nr.

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

## Belastungsermächtigung für mein Konto

Bitte füllen Sie nur eine Ermächtigung aus, entweder für die Postfinance links oder die Bank rechts.

### Postkonto (Debit Direct)

Debit-Direct-Teilnehmer-Nr. 126441

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname oder Firma

\_\_\_\_\_  
Abrechnungsnummer

CH \_\_\_\_\_  
Postkonto – IBAN-Nr.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, kann PostFinance diese mehrmals prüfen, um die Zahlung durchzuführen, ist aber nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen. Die Debit-Direct-Belastungen sind für mich kostenlos. Ich habe das Recht, Belastungen innerhalb von 30 Tagen ab Versand des Kontoauszugs schriftlich bei PostFinance zu widerrufen.

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich den Zahlungsempfänger bis auf Widerruf, die fälligen Beträge meinem Postkonto zu belasten.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/-en\*

\* Für Postkonto: Unterschrift des Vollmachtgebers oder des Bevollmächtigten. Bei Kollektivzeichnung sind zwei Unterschriften erforderlich.

► Bitte die vollständig ausgefüllte Belastungsermächtigung **an die Ausgleichskasse Zug** zurücksenden.

### Bankkonto (LSV+)

LSV-Identifikation AKZ1W

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname oder Firma

\_\_\_\_\_  
Abrechnungsnummer

CH \_\_\_\_\_  
Bankkonto – IBAN-Nr.

\_\_\_\_\_  
Bankname

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

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.

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr vom Zahlungsempfänger vorgelegten Lastschriften in CHF meinem Konto zu belasten.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

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

### Ermächtigung der Bank

Diese Felder werden von der Bank ausgefüllt. Die Ermächtigung wird an die Ausgleichskasse Zug gesendet.

CH \_\_\_\_\_