ÖKK

Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

CH-DD-Basislastschrift (Swiss COR1 Direct Debit) auf das Postkonto der PostFinance AG oder Lastschriftverfahren LSV+ auf das Bankkonto

Kunde / Kundin

Name: Vorname:

Strasse, Nr.: PLZ/Ort:

Versicherten-Nr.:

Geltungsbereich

☐ Prämien und Kostenbeteiligungen ☐ Prämien ☐ Kostenbeteiligungen

☐ Belastung meines Postkontos (mit CH-DD-Basislastschrift (Swiss Core Direct Debit))

RS-PID 4110 1000 0006 0362 4

Hiermit ermächtige ich PostFinance bis auf Widerruf, die ihr von der ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG angegebenen fälligen Beträge meinem Konto zu belasten.

IBAN:

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, kann PostFinance diese mehrmals prüfen, um die Zahlung durchzuführen, ist aber nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen. Jede Belastung des Kontos wird dem Kunden von PostFinance in der mit ihm vereinbarten Form avisiert (z. B. mit dem Kontoauszug). Der belastete Betrag wird dem Kunden rückvergütet, falls er innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei der PostFinance in verbindlicher Form Widerspruch einlegt.

Bitte die vollständig ausgefüllte Zahlungsermächtigung an die unten erwähnte Adresse der ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG einsenden.

Ort, Datum: Unterschrift(en)*:

☐ Belastung meines Bankkontos

LSV IDENT. OKG1W

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die Ihr von der ÖKK-Kranken- und Unfallversicherungen AG vorgelegten Lastschriften zu belasten.

Bankname: PLZ, Ort:

IBAN:

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für meine Bank keine Verpflichtung zur Belastung. Jede Belastung meines Kontos wird mir avisiert. Der belastetet 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 unten erwähnte Adresse der ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG einsenden.

Ort, Datum: Unterschrift(en)*:

Berechtigung (bitte leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt)

IBAN:

Datum: Stempel und Visum der Bank:

*Unterschrift des Vollmachtgebers oder Bevollmächtigten auf dem Post- und Bankkonto. Bei Kollektivzeichnung sind zwei Unterschriften erforderlich.

ÖKK5002d/09.17

Wir sind gerne für Sie da.

ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG, Rechnungswesen, Bahnhofstrasse 13, 7302 Landquart, privatkunden@oekk.ch, 0800 838 000