

## Autorisation de paiement avec droit de contestation

Prélèvement CH-DD de base (Swiss COR1 Direct Debit) sur le compte postal de PostFinance S.	A ou procédure de débit LSV+ sur le compte bancaire	
Client / cliente		
Nom:	Prénom:	
Rue, nº:	NPA/localité:	
N° d'assuré:		
Champ d'application		
☐ Primes et participations aux coûts	□ Primes	☐ Participations aux coûts
□ Débit du compte postal (avec prélèvement l	CH-DD de base (Swiss Core Direct Debit))	RS-PID 4110 1000 0006 0362 4
Par la présente, le client autorise PostFinance jusqu'à révocatio	n à prélever sur son compte les montants dus à l'émetteur de l	a facture indiqué ci-dessus.
IBAN:		
Si le compte ne présente pas la solvabilité nécessaire, PostFina tuer le débit. Chaque débit du compte est notifié au client par F si, dans les 30 jours qui suivent la date de notification, il transm	PostFinance sous la forme convenue avec lui (p. ex. via l'extrait	
Veuillez envoyer l'autorisation de paiement dûment remplie à l'a	adresse de ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG indiqué	e ci-dessous.
Lieu, date:	Signature(s)*:	
□ Débit de mon compte bancaire		LSV IDENT. OKG1W
Par la présente, j'autorise ma banque, sous réserve de révocation	on, à débiter de mon compte les recouvrements directs émis pa	ar le bénéficiaire ci-dessus.
Banque:	NPA, localité:	
IBAN:		
Si mon compte ne présente pas la couverture suffisante, il n'ex me sera remboursé si je le conteste dans les 30 jours après la c Suisse ou à l'étranger, du contenu de cette autorisation de débi appropriés.	date de l'avis auprès de ma banque, en la forme contraignante.	J'autorise ma banque à informer le bénéficiaire, en
Veuillez envoyer l'autorisation de paiement dûment remplie à l'a	adresse de ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG indiqué	e ci-dessous.
Lieu, date:	Signature(s)*:	
Autorisation (ne pas remplir, sera complété par la banc		
IBAN:	•	
Date:	Timbre et visa de la banque:	
*Signature du mandant ou du mandataire sur le compte postal. Deux signatures sont requises o		