

Autorisation de paiement avec droit de contestation

ÖKK5002f/02.26

Prélèvement CH-DD de base (Swiss COR1 Direct Debit) sur le compte postal de PostFinance SA 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 CH-DD de base (Swiss Core Direct Debit)) RS-PID 4110 1000 0006 0362 4

Par la présente, le client autorise PostFinance jusqu'à révocation à prélever sur son compte les montants dus à l'émetteur de la facture indiqué ci-dessus.

IBAN: _____

Si le compte ne présente pas la solvabilité nécessaire, PostFinance est autorisée à contrôler le solde à plusieurs reprises en vue d'exécuter le paiement, mais n'est pas tenue d'effectuer le débit. Chaque débit du compte est notifié au client par PostFinance sous la forme convenue avec lui (p. ex. via l'extrait de compte). Le montant débité est remboursé au client si, dans les 30 jours qui suivent la date de notification, il transmet à PostFinance une opposition sous forme contraignante.

Veuillez envoyer l'autorisation de paiement dûment remplie à l'adresse de ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG indiquée 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, à débiter de mon compte les recouvrements directs émis par le bénéficiaire ci-dessus.

Banque: _____ NPA, localité: _____

IBAN: _____

Si mon compte ne présente pas la couverture suffisante, il n'existe pour ma banque aucune obligation de débit. Chaque débit sur mon compte me sera avisé. Le montant débité me sera remboursé si je le conteste dans les 30 jours après la date de l'avis auprès de ma banque, en la forme contraignante. J'autorise ma banque à informer le bénéficiaire, en Suisse ou à l'étranger, du contenu de cette autorisation de débit ainsi que de son éventuelle annulation par la suite, et ce par tous les moyens de communication qui lui sembleront appropriés.

Veuillez envoyer l'autorisation de paiement dûment remplie à l'adresse de ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG indiquée ci-dessous.

Lieu, date: _____ Signature(s)*: _____

Autorisation (ne pas remplir, sera complété par la banque)

IBAN: _____

Date: _____ Timbre et visa de la banque: _____

*Signature du mandant ou du mandataire sur le compte postal. Deux signatures sont requises en cas de signature collective.