Autorizzazione di pagamento con diritto di revoca

CH-DD di base per gli addebiti diretti (Swiss COR1 Direct Debit) sul conto postale di PostFinance SA o sistema di addebito LSV+ sul conto bancario

Cliente

Cognome: Nome:

Via, n.: NPA, Località:

Assic. n.:

Ambito di validità

☐ Premi e partecipazioni ai costi ☐ Solo premi ☐ Solo partecipazioni ai costi

☐ Addebito su conto postale (addebito di base CH-DD (Swiss Core Direct Debit))

RS-PID 4110 1000 0006 0362 4

Con la presente autorizzo PostFinance, fino a nuovo ordine, ad addebitare sul mio conto gli importi pendenti indicati da ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG.

IBAN:

Se sul conto non vi è una sufficiente disponibilità di denaro, PostFinance può monitorare il conto a più riprese per eseguire il pagamento, ma non è tenuta a effettuare l'addebito. PostFinance avvisa il cliente ogniqualvolta viene effettuato un addebito del conto nella forma convenuta con lo stesso (ad es. estratto conto). L'importo addebitato viene riaccreditato al cliente nel caso in cui, entro 30 giorni dalla data dell'avviso, presenti un'obiezione presso PostFinance in forma vincolante.

Spedire l'autorizzazione di pagamento debitamente compilata all'indirizzo di ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG riportato in basso.

Luogo e data: Firma/e*:

☐ Addebito su conto bancario

LSV IDENT. OKG1W

Con la presente autorizzo revocabilmente la mia banca ad addebitare sul mio conto gli addebiti emessi da ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG.

Nome banca: NPA e località:

IBAN:

Se sul mio conto non vi è una disponibilità di denaro sufficiente, la mia banca non è tenuta a effettuare l'addebito. Riceverò un avviso per ogni addebito sul mio conto. L'importo addebitato mi verrà riaccreditato se lo contesterò alla mia banca in forma vincolante entro 30 giorni dalla data dell'avviso di addebito. Autorizzo la mia banca a informare il destinatario del pagamento in Svizzera o all'estero sul contenuto della presente autorizzazione all'addebito, nonché sulla sua eventuale revoca successiva, tramite qualsiasi mezzo di comunicazione per lei opportuno.

Spedire l'autorizzazione di pagamento debitamente compilata all'indirizzo di ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG riportato in basso.

Luogo e data: Firma/e*:

Autorizzazione (non compilare, viene compilato dalla banca)

IBAN:

Data: Timbro e firma della banca:

*Firma del mandante o del mandatario del conto postale oppure bancario. In caso di firma collettiva, sono necessarie due firme.

ÖKK5002i/09.17

Siamo al suo fianco. Sempre.

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