

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.