

Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

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

Kund*in

Vorname: _____ Name: _____

Strasse, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Versicherten-Nr.: _____ Geburtsdatum: _____

Geltungsbereich (bitte eine der drei Möglichkeiten auswählen)

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.

Kontoinhaber: _____

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 dem*der Kund*in von PostFinance in der vereinbarten Form avisiert (z.B. mit dem Kontoauszug). Der belastete Betrag wird dem*der Kund*in rückvergütet, falls er*sie innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei der PostFinance in verbindlicher Form Widerspruch einlegt.

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 und Ort: _____

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

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

Ort/Datum: _____ Unterschrift(en)*: _____

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

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

IBAN: _____

Datum: _____ Stempel und Visum der Bank: _____

*Unterschrift des*der Vollmachtgeber*in oder bevollmächtigten Person auf dem Post- und Bankkonto.
Bei Kollektivzeichnung sind zwei Unterschriften erforderlich.