

ANSÖKAN OM BYTE AV BETALARE FÖR FÖRETAG av SPPs Vårdförsäkring

Företag	Gruppavtal
Gäller flytten hela företaget, vid nej vänligen specificera	Telefonnummer, Dagtid
	E-postadress

Betalare

Efternamn/Företagets namn	Personnummer/Organisationsnummer
Förnamn/Kontaktperson	Direktnr kontaktperson (inkl riktnr)
Adress	Mobiltelefon person (inkl riktnr)
Postnummer och ort	Växel (inkl riktnr)
E-postadress	Faxnr (inkl riktnr)

Viktig upplysning till försäkringstagaren om speciell betalare är angivet

Den speciella betalaren ska betala alla premier för denna försäkring och betalaren ges härmed fullmakt att mottaga alla påminnelser med bindande verkan för mig. **Jag avsäger mig härmed rätten att få premiepåminnelser skickade till mig enligt §14 Lagen om Försäkringsavtal vid utebliven betalning, och är insatt i att försäkringen upphör om inte premien betalas.** Likaså är jag insatt i att jag vid sådana tillfällen blir ansvarig för premieskuld och eventuella påminnelseavgifter.

Premieinbetalning

Inbetalningsavi	Kvartal	Halvår	Helår	
Autogiro (Vid Autogiro, fyll i nedan)	Månatlig	Kvartal	Halvår	Helår
Bankens Namn	Bankkontonr (Clearingnr 4 siffror, samt kontonr)			

Underskrift

.....
Datum

.....
Kontohavarens/Firmatecknarens underskrift
(Jag har tagit del av och godkänner villkoren nedan)

.....
Namnförtydligande

VILLKOR

Medgivande till betalning via Autogiro

Jag medger att uttag får göras från angivet bankkonto på begäran av angiven betalningsmottagare för överföring till denne via bankernas automatiska betalningstjänst, Autogiro. Banken är inte skyldig att pröva behörigheten av eller meddela mig i förväg om begärda uttag. Meddelande om gjorda uttag får jag på kontoutdrag från banken. Medgivandet kan på min begäran överflyttas till annat konto i banken eller till konto i annan bank.

Jag ska senast bankdagen för förfallodagen ha tillräckligt med pengar på kontot för mina betalningar. Jag medger att uttaget får belasta mitt konto i banken enligt bankens regler.

Uttag från mitt konto får ske på förfallodagen eller inom en vecka därefter.

- Om jag i god tid innan förfallodagen fått meddelande om belopp, förfallodag och betalningssätt, eller

- Om jag godkänt uttaget i samband med köp eller beställning av vara eller tjänst.

Jag accepterar att banken ska godkänna att mitt konto får användas för Autogiro samt banken och betalningsmottagaren har rätt att i vissa fall avbryta min anslutning till Autogiro.

Bankgirocentralen BGC AB har i uppdrag att sköta Autogirorutinen för bankens räkning. Jag medger därför att uppgifter ur bankens register om kontots nummer och adress får samarbetas med Bankgirocentralens uppgifter till ett register.

Mitt medgivande gäller tills vidare. Medgivandet upphör fem bankdagar efter det att jag skriftligen återkallat det hos betalningsmottagaren eller banken. Jag kan också stoppa ett eller flera uttag genom att kontakta betalningsmottagaren eller banken senast två dagar före förfallodagen.

Sändes portofritt till Frisvarsadress: DKV Hälsa, Frisvar 121 420 300, 110 00 Stockholm eller faxa till 08 - 619 62 40