

Autorisation de paiement avec droit de contestation 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



SWICA Gesundheitsorganisation, Generaldirektion, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur

No° d'adhérent Debit Direct (RS-PID) **41101000000647953**

LSV-IDENT. **SWA1W**

Informations sur le débiteur (client)

No d'assuré _____ Entreprise _____
Nom _____ Prénom _____
Rue, no _____ NPA, localité _____
Téléphone privé _____ Téléphone professionnel _____
E-mail _____ Date de naissance _____

Je souhaite payer mes primes par le système de recouvrement direct suivant:

via PostFinance (Swiss COR1 Direct Debit) par la banque (LSV+)

Je souhaite payer mes primes dans la périodicité suivante:

mensuellement tous les deux mois trimestriellement semestriellement annuellement

Je souhaite faire débiter la participation aux frais directement de mon compte:

via PostFinance (Swiss COR1 Direct Debit) par la banque (LSV+)

Débit du compte postal avec prélèvement CH-DD de base (Swiss COR1 Direct Debit)

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.

Nom/prénom titulaire du compte _____

IBAN (compte postal)

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 l'émetteur de la facture indiquée ci-dessus.

Lieu, date _____

Signature(s)* _____

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

Débit de mon compte bancaire (LSV+)

Par la présente, j'autorise ma banque, sous réserve de révocation, à débiter de mon compte les recouvrements directs en CHF émis par le bénéficiaire ci-dessus.

Nom/prénom titulaire du compte _____

Nom de la banque _____ NPA, localité _____

IBAN (compte bancaire)

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 l'émetteur de la facture indiquée ci-dessus.

Lieu, date _____

Signature _____

Rectification (laisser vide, à remplir par la banque)

IBAN

Date _____

Timbre et visa
de la banque _____