

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 37, 8401 Winterthur

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

LSV-IDENT. **SWA1W**

Informations sur la débitrice/le débiteur (cliente/client)

No d'assuré(e) 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, la cliente/le client autorise PostFinance jusqu'à révocation à prélever sur son compte les montants dus à l'émettrice de la facture indiquée 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 à la cliente/au client par PostFinance sous la forme convenue avec elle/lui (p. ex. via l'extrait de compte). Le montant débité est remboursé à la cliente/au client si, dans les 30 jours qui suivent la date de notification, elle/il transmet à PostFinance une opposition sous forme contraignante.

Veuillez envoyer l'autorisation de paiement dûment remplie à l'adresse de l'émettrice de la facture indiquée ci-dessus.

Lieu, date

Signature(s)*

* Signature de la mandante/du mandant ou de la/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 la 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 la 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'émettrice 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