

# 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



SWICA Gesundheitsorganisation, Generaldirektion, Römerstrasse 37, 8401 Winterthur

Numero d'aderente Debit Direct (RS-PID) **41101000000647953**

LSV-IDENT. **SWA1W**

## Dati della pagatrice/del pagatore dell'addebito (cliente)

|                         |                   |
|-------------------------|-------------------|
| Numero di assicurazione | Ragione sociale   |
| Cognome                 | Nome              |
| Indirizzo, n.           | NPA, luogo        |
| Telefono privato        | Telefono profess. |
| E-mail                  | Data di nascita   |

## Desidero pagare i premi attraverso la seguente modalità di addebitamento diretto:

via PostFinance (Swiss COR1 Direct Debit)  via banca (LSV+)

## Desidero pagare i premi con la seguente scadenza:

ogni mese  ogni due mesi  ogni tre mesi  ogni sei mesi  ogni anno

## Desidero addebitare la partecipazione ai costi direttamente sul mio conto:

via PostFinance (Swiss COR1 Direct Debit)  via banca (LSV+)

### Addebito sul conto postale con CH-DD di base per gli addebiti diretti (Swiss COR1 Direct Debit)

Con la presente la/il cliente autorizza PostFinance, fino a nuovo ordine, ad addebitare sul proprio conto gli importi pendenti indicati dall'emittente della fattura di cui sopra.

Cognome/nome intestataria/o del conto

IBAN (conto postale)

In assenza di una copertura sufficiente sul conto, PostFinance può verificarla più volte per eseguire il pagamento, ma non è tenuta a effettuare l'addebito. Per ogni addebito del conto viene fornito un avviso alla/al cliente di PostFinance nella forma convenuta con la stessa/lo stesso (ad es. con l'estratto conto). L'importo addebitato viene riaccreditato alla/al cliente nel caso in cui, entro 30 giorni dalla data dell'avviso, presenti un'obiezione presso PostFinance in forma vincolante.

Si prega di inviare l'autorizzazione di pagamento debitamente compilata all'**indirizzo** dell'emittente della fattura **summenzionato**.

Luogo, data

Firma(e)\*

\* Firma della/del mandante o della procuratrice/del procuratore sul conto postale. In caso di firma collettiva sono necessarie due firme.

### Addebito del mio conto bancario (LSV+)

Con la presente autorizzo revocabilmente la mia banca ad addebitare sul mio conto gli avvisi di addebito in CHF emessi dalla beneficiaria summenzionata.

Cognome/nome intestataria/o del conto

Nome della banca  NPA, luogo

IBAN (conto bancario)

Se il mio conto non presenta la copertura necessaria, la mia banca non è tenuta ad 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. Autorizzo la mia banca ad informare la destinataria del pagamento in Svizzera o all'estero sul contenuto della presente autorizzazione all'addebito nonché sulla sua eventuale revoca successiva, in qualsiasi modo essa lo ritenga opportuno.

Si prega di inviare l'autorizzazione di pagamento debitamente compilata all'**indirizzo** dell'emittente della fattura **summenzionato**.

Luogo, data

Firma

### Rettifica (lasciare vuoto, viene compilato dalla banca)

IBAN

Data  Timbro e visto della banca