

Autorisation de paiement avec droit de contestation

Prélèvement CH-DD de base sur le compte postal de PostFinance SA
ou procédure de débit LSV+ sur le compte bancaire



Gesundheit für Generationen

Bruggerstrasse 46, Postfach, 5401 Baden
Tel. +41 56 203 44 44, Fax +41 56 203 44 99
www.aquilana.ch

Bénéficiaire: Aquilana Versicherungen, Bruggerstrasse 46, 5400 Baden
RS-PID 41101000000603818 **Identité LSV+:** KABB1

Débiteur: **Nom** _____ **Prénom** _____

Rue, n° _____ **NPA, localité** _____

Telephone _____ si connu: **n° d'assuré/e** _____

Paiement des primes banque (LSV+) PostFinance SA (Swiss COR1 Direct Debit)
* = avec escompte mensuellement tous les deux mois trimestriellement semestriellement* annuellement*

Paiement participation aux frais banque (LSV+) PostFinance SA (Swiss COR1 Direct Debit)

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. 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.

IBAN (compte postal)

Lieu / date _____ **Signature(s) du / des titulaire(s) du compte*** _____

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

Veuillez envoyer l'autorisation de paiement dûment remplie à l'adresse d' **Aquilana Assurances** indiquée ci-dessus.

Débit de mon compte bancaire (LSV+)

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

Identification LSV+ KABB1 **Nom de la banque** _____

NPA, localité _____

IBAN (compte bancaire)

Lieu / date _____ **Signature** _____

Veuillez envoyer l'autorisation de débit dûment remplie à la banque.

Rectification (prière de laisser vide, sera complété par la banque)

IBAN (compte bancaire)

Date _____ **Timbre et visa de la banque** _____