

# Autorizzazione di pagamento con diritto di revoca

CH-DD di base per gli addebiti diretti sul conto postale di PostFinance SA o sistema di addebito LSV+ sul conto bancario



Gesundheit für Generationen

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

**Beneficiario:** Aquilana Versicherungen, Bruggerstrasse 46, 5400 Baden

**RS-PID** 41101000000603818

**Identità LSV+:** KABB1

**Debitore:** **Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

**Via, n.** \_\_\_\_\_ **NPA, località** \_\_\_\_\_

**Telephone** \_\_\_\_\_ se conosciuto: **n. assicurata/o** \_\_\_\_\_

**Pagamento del premio**  banca (LSV+)  Postfinance SA (Swiss COR1 Direct Debit)  
\* = con sconto  mensile  bimestrale  trimestrale  semestrale\*  annuale\*

**Pagamento**  banca (LSV+)  Postfinance SA (Swiss COR1 Direct Debit)

**partecipazione ai costi**

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

Con la presente il cliente autorizza PostFinance, fino a nuovo ordine, ad addebitare sul proprio conto gli importi pendenti indicati dall'emittente della fattura summenzionato. In assenza di una copertura sufficiente sul conto, PostFinance può verificarla più volte per eseguire il pagamento, ma non è tenuta ad effettuare l'addebito. Per ogni addebito del conto viene fornito un avviso al cliente di PostFinance nella forma convenuta con lo stesso (ad es. con l'estratto conto). L'importo addebitato viene riaccreditato al cliente nel caso in cui, entro 30 giorni dalla data dell'avviso, presenti un'obiezione presso PostFinance in forma vincolante.

**IBAN (conto postale)**

**Località / data** \_\_\_\_\_ **Firma(e) del/dei titolare(i) del conto\*** \_\_\_\_\_

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

Si prega di inviare l'autorizzazione di pagamento debitamente compilata **all'indirizzo di Aquilana Assicurazioni** summenzionato.

## Addebito del mio conto bancario (LSV+)

Con la presente autorizzo la mia banca, fino a nuovo ordine, ad addebitare sul mio conto gli avvisi di addebito emessi dal beneficiario summenzionato. 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 il destinatario 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.

**Identificazione LSV+ KABB1** **Nome della banca** \_\_\_\_\_

**NPA, località** \_\_\_\_\_

**IBAN (conto bancario)**

**Località / data** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

Si prega di inviare l'autorizzazione all'addebito debitamente compilata **alla banca**.

**Correzione** (lasciare p.f. lo spazio vuoto, verrà compilato dalla banca)

**IBAN (conto bancario)**

**Data** \_\_\_\_\_ **Timbro e visto della banca** \_\_\_\_\_