

AUTORIZZAZIONE DI PAGAMENTO CON DIRITTO DI REVOCA

Addebitamento base CH-DD (Swiss COR1 Direct Debit) sul conto postale della PostFinance SA o sistema di addebitamento diretto LSV+ sul conto bancario in CHF

Debitore

Nome _____ Cognome _____
Indirizzo _____ NPA / Luogo _____
N. d'assicurato _____ Data di nascita _____

Beneficiario

Atupri Assicurazione Salute SA
Service Center, Zieglerstrasse 29, 3001 Berna
LSV-Ident: KSB1W
RS-PID 4110000000056206

Banca

Autorizzo la mia banca, fino a revoca, ad addebitare direttamente sul mio conto gli importi in CHF dovuti al beneficiario sopra indicato. In caso di saldo insufficiente sul mio conto, la mia banca è esonerata dall'obbligo di addebito. Per ogni addebito sul mio conto ricevo un avviso dalla mia banca. L'importo addebitato mi sarà riaccreditato qualora, entro 30 giorni civili dalla data di avviso di addebito, io presenti alla mia banca opposizione in forma vincolante. Autorizzo la mia banca a rendere noto al beneficiario, in Svizzera o all'estero, il contenuto della presente autorizzazione di pagamento e la sua eventuale successiva revoca, tramite qualsiasi mezzo di comunicazione ritenuto da essa opportuno. **Inviare il modulo compilato in ogni parte alla propria banca.**

Nome banca _____

NPA / Luogo _____

N. IBAN _____

In futuro desidero che i pagamenti siano eseguiti sul conto sopra indicato.

Fino alla registrazione completa dell'autorizzazione, riceverà i conteggi dei premi e/o delle prestazioni conformemente alle sue ultime preferenze di pagamento.

Luogo e data _____

Firma*

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

Conferma dell'ordine emessa dalla banca (lasciare vuoto, sarà compilato dalla banca).

Timbro e firma della Banca _____

N. IBAN _____