



Système de recouvrement direct (paiement électr. des primes via le compte bancaire) **LSV-IDENT.: KKM1W**

Bénéficiaire:	Agilia Caisse-maladie, Administration, Mühlering 5, Case postale 246, 6102 Malters
Client	_____
Adresse	_____
Perception des primes	<input type="checkbox"/> par mois <input type="checkbox"/> tous les deux mois <input type="checkbox"/> par trimestre <input type="checkbox"/> par semestre <input type="checkbox"/> par année

Autorisation de débit avec droit de révocation

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

Banque	_____
No de compte	_____ IBAN _____
Si mon compte ne présente pas la couverture suffisante, il n'existe pour ma banque aucune obligation de débit. Le montant débité me sera remboursé si je retourne l'avis de débit dûment signé dans les 30 jours à ma banque.	
Lieu / Date	_____ Signature _____

A remplir par la banque

Numéro de compte à stocker	_____	No CB	_____
Visa	_____		

Debit-Direct (paiement électr. des primes via le compte postale) **DD-IDENT.: 106531**

Bénéficiaire:	Agilia Caisse-maladie, Administration, Mühlering 5, Case postale 246, 6102 Malters
Client	_____
Adresse	_____
Perception des primes	<input type="checkbox"/> par mois <input type="checkbox"/> tous les deux mois <input type="checkbox"/> par trimestre <input type="checkbox"/> par semestre <input type="checkbox"/> par année

Autorisation de débit avec droit de révocation

Par la présente, j'autorise la Poste, jusqu'à révocation, à débiter sur mon compte postal les recouvrements directs émis par le bénéficiaire ci-dessus:

No de compte postal	_____
IBAN	_____
Si mon compte ne présente pas la couverture suffisante, il n'existe pour la Poste aucune obligation de débit. Le montant débité me sera remboursé si je retourne l'avis de débit dûment signé dans les 30 jours à la Poste.	
Lieu / Date	_____ Signature _____