

**Sistema di addebitamento diretto** (SAD-pagamento elettronico dei premi tramite conto bancario) **LSV-IDENT.: KKM1W**

Beneficiario dei pagamenti:	Agilia Cassa-malati, Amministrazione, Mühlering 5, Casella postale 246, 6102 Matters		
Cliente	_____		
Indirizzo	_____		
Riscossione dei premi	<input type="checkbox"/> mensile	<input type="checkbox"/> bimensile	<input type="checkbox"/> trimestrale
	<input type="checkbox"/> semestrale	<input type="checkbox"/> annuale	

Autorizzazione di addebito con diritto di contestazione

Autorizzo la mia banca, fino a ordine contrario, ad addebitare al mio conto gli addebiti presentati dal summenzionato beneficiario dei pagamenti:

Banca _____

Conto n. _____

IBAN _____

Se il mio conto non ha sufficiente copertura, la mia banca non ha alcun obbligo di addebito. L'importo addebitato mi sarà rimborsato solo se entro 30 giorni ritorno al mio istituto bancario l'avviso di addebito firmato.

Luogo, Data _____

Firma _____

Da compilare da parte della banca

numero del conto da memorizzare _____

BC n. _____

Visto _____

Debit-Direct (pagamento elettronico dei premi tramite il conto postale)**DD-IDENT.: 106531**

Beneficiario dei pagamenti:	Agilia Cassa-malati, Amministrazione, Mühlering 5, Casella postale 246, 6102 Matters		
Cliente	_____		
Indirizzo	_____		
Riscossione dei premi	<input type="checkbox"/> mensile	<input type="checkbox"/> bimensile	<input type="checkbox"/> trimestrale
	<input type="checkbox"/> semestrale	<input type="checkbox"/> annuale	

Autorizzazione di addebito con diritto di contestazione

Autorizzo la Posta, fino a ordine contrario, ad addebitare al mio conto gli addebiti presentati dal summenzionato beneficiario dei pagamenti:

Numero conto postale _____

IBAN _____

Se il mio conto non ha sufficiente copertura, la Posta non ha alcun obbligo di addebito. L'importo addebitato mi sarà rimborsato, solo se entro 30 giorni ritorno al mio istituto bancario l'avviso di addebito firmato.

Luogo, data _____

Firma _____