



ECAB
KGV

ASS.N°

Nom et adresse du bénéficiaire de la facture

E-mail : _____

Tel : _____

| N° Facture | Date facture | Montant facture CHF |
|------------|--------------|---------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Votre compte présente un solde en votre faveur qui vous sera remboursé dans les 30 jours dès réception de ce formulaire dûment complété.

Titulaire du compte Nom _____ Prénom _____
(si différent de l'adresse ci-dessus) Adresse _____ NPA / Localité _____

IBAN du compte bancaire ou postal

Veillez indiquer les 21 caractères

Nom et adresse de la banque

Nom _____
Adresse _____ NPA / Localité _____

Date et signature _____

Veillez noter que les coordonnées indiquées ci-dessus seront enregistrées dans notre système pour être utilisées lors de prochains remboursements. Nous vous prions de nous communiquer toute modification.

Ce formulaire est à envoyer soit par e-mail à l'adresse info@ecab.ch ou par courrier postal.

Etablissement cantonal d'assurance des bâtiments/Kantonale Gebäudeversicherung

