

LSV+

Autorisation de débit avec droit de contestation

LSV IDENT. ASRA1 CHF

Important!

Un seul compte peut être enregistré pour toutes les personnes d'une famille liées dans nos fichiers.

Le droit de refus vous permet de contester sans difficulté le recouvrement d'un montant: dans les 30 jours suivant la date du débit, vous pouvez refuser le prélèvement auprès de votre banque.

Si votre compte ne présente pas la couverture suffisante, il n'y a pour la banque aucune obligation de débit.

Bénéficiaire

Assura-Basis SA / Assura SA
Assurance maladie et accident
Case postale 61
1009 Pully

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

Chaque débit de mon compte me sera avisé. Si mon compte ne présente pas la couverture suffisante, il n'existe pour ma banque aucune obligation de débit. Toutefois, à moins d'une contestation de ma part dans les 30 jours, cette impossibilité de débit a valeur de créance légale.

Le montant débité me sera remboursé si je le conteste dans les 30 jours après réception de l'avis auprès de ma banque, en la forme contraignante.

J'autorise ma banque à informer le bénéficiaire du contenu de cette autorisation de débit ainsi que de son éventuelle annulation par la suite, et ce par tous les moyens de communication qui lui semblent appropriés.

La date d'entrée en vigueur de ce mode de paiement me sera confirmée par le premier avis de débit. Entre-temps, je m'engage à régler mes factures au moyen des bulletins de versement en ma possession.

Lieu et date

Personne référente de la famille

Police n°

Madame

Monsieur

Nom(s), Prénom(s)

Rue

N°

NPA Localité

Autres personnes de la famille concernées

Police n°

Police n°

Police n°

Police n°

IBAN CH

ou

N° de compte bancaire

N° de clearing bancaire

Nom de la banque

NPA Localité

Si le titulaire du compte est différent de l'assuré

Nom(s), Prénom(s)

N° de tél.

Afin que nous puissions prendre en considération votre demande, vous voudrez bien nous retourner ce formulaire dûment **COMPLÉTÉ ET VISÉ PAR VOTRE BANQUE***.

Signature du titulaire du compte

*A compléter par la banque

BC-Nr./No.CB

IBAN

Date

Timbre et visa de la banque