Autorisation de paiement avec droit de contestation

Prélèvement CH-DD de base (Swiss COR1 Direct Debit) sur le compte postal de PostFinance SA
ou procédure de débit LSV+ sur le compte bancaire

CSS Assurance-maladie SA
Mailroom
Tribschenstrasse 21
Case postale 2568
6002 Lucerne

LSV IDENT. CKU1W
RS-PID 41101000000612257

Débiteur des primes

Numéro-client | Date de naissance

Nom | Prénom

Rue, n°

NPA, localité

Autorisation valable pour

☐ Primes et participations aux coûts (standard en cas d'absence de sélection) ☐ Primes uniquement ☐ Participations aux coûts uniquement

☐ **Débit de mon compte postal**

Par la présente, le client autorise PostFinance jusqu'à révocation à prélever sur son compte les montants dus à l'émetteur de la facture indiqué ci-dessus.

Si le compte ne présente pas la solvabilité nécessaire, PostFinance est autorisée à contrôler le solde à plusieurs reprises en vue d'exécuter le paiement, mais n'est pas tenue d'effectuer le débit. Chaque débit du compte est notifié au client par PostFinance sous la forme convenue avec lui (p. ex. via l'extrait de compte). Le montant débité est remboursé au client si, dans les 30 jours qui suivent la date de notification, il transmet à PostFinance une opposition sous forme contraignante.

Veuillez envoyer l'autorisation de paiement dûment remplie et signée **à l'adresse de CSS Assurance-maladie SA indiquée ci-dessus** ou par e-mail à **debitdirect@css.ch**.

☐ **Débit de mon compte bancaire**

Par la présente, j'autorise ma banque, sous réserve de révocation, à débiter de mon compte les recouvrements directs en CHF émis par CSS Assurance-maladie SA.

Nom de la banque

NPA, localité

Si mon compte ne présente pas la couverture suffisante, il n'existe pour ma banque aucune obligation de débit. Chaque débit sur mon compte me sera avisé. Le montant débité me sera remboursé au cas où je fais opposition de façon formelle auprès de ma banque dans un délai de 30 jours après la date de notification. J'autorise ma banque à informer le bénéficiaire, en Suisse ou à l'étranger, du contenu de cette autorisation de paiement ainsi que de son éventuelle annulation par la suite, et ce par tous les moyens de communication qui lui sembleront appropriés.

Veuillez envoyer l'autorisation de paiement entièrement complétée **à la banque.**

IBAN C H

Lieu, date | Signature(s)*

*Signature du mandant ou du mandataire sur le compte postal. Deux signatures sont requises en cas de signature collective.

Rectification (laisser vide, à remplir par la banque)

IBAN

Date | Timbre et visa de la banque