

Autorisation de paiement avec droit de contestation

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

LSV IDENT. CKU1W
 RS-PID 41101000000612257

Payeuse de primes / Payeur de primes

Numéro-client	Date de naissance
Nom	Prénom
Rue, n°	
NPA, localité	

Important:

Nous vous informerons dès que le recouvrement direct sera mis en place. Cela peut prendre jusqu'à six semaines. Merci de payer les factures que vous recevrez pendant cette période comme d'habitude.

Autorisation valable pour

- Primes uniquement
- Participations aux coûts uniquement
- Primes et participations aux coûts

Débit du compte postal

J'autorise PostFinance à débiter de mon compte en CHF les montants de la CSS Assurance-maladie SA à régler. Cela est valable jusqu'à révocation.

Merci de remplir intégralement la procuration de paiement, de la signer et de l'envoyer à

- **CSS Assurance-maladie SA** (adresse en haut à gauche) ou
- par e-mail à l'adresse **debitdirect@css.ch**

Débit du compte bancaire

J'autorise ma banque à débiter de mon compte les prélèvements en CHF effectués par la CSS Assurance-maladie SA. Cela est valable jusqu'à révocation.

Nom de la banque

NPA, localité

Merci de remplir intégralement la procuration de paiement et de l'envoyer à **votre banque**.

Autorisation de débit de mon compte postal ou bancaire avec droit d'opposition

Le montant débité est remboursé si je fais opposition sous une forme contraignante auprès de la banque ou de PostFinance dans les 30 jours suivant la date de l'avis. Si mon compte n'est pas suffisamment couvert, la banque ou PostFinance s'engage à ne pas débiter le compte. Je suis avisé/e de chaque débit de mon compte, par exemple avec l'extrait de compte.

IBAN C H

Lieu, Date Signature(s)*

*Signature de la personne qui donne la procuration ou d'une personne autorisée pour le compte

Rectification (laisser vide, à remplir par la banque)

IBAN C H

Date Timbre et visa de la banque