Autorizzazione all'addebito con diritto di revoca

CSS Assicurazione malattie SA
Mailroom
Tribschenstrasse 21
Casella Postale 2568
6002 Lucerna

LSV IDENT. CKU1W
RS-PID 41101000000612257

Debitrice dei premi / Debitore dei premi

Numero di cliente _____ Data di nascita _____

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo n. _____

NPA, luogo _____

La preghiamo di tener presente quanto segue:
La informeremo non appena il sistema di addebitamento diretto sarà predisposto. Questo richiede fino a 6 settimane.
La preghiamo di continuare a pagare come ha fatto finora le fatture che riceve durante questo periodo.

Autorizzazione valevole per
☐ Solo premi
☐ Solo partecipazioni ai costi
☐ Premi e partecipazioni ai costi

Addebito **conto postale**

Autorizzo PostFinance ad addebitare sul mio conto in CHF gli importi in scadenza della CSS Assicurazione Malattie SA. Questo vale fino a revoca.

La preghiamo di compilare debitamente l'autorizzazione di pagamento, firmarla e inviarcela a

- **CSS Assicurazione malattie SA** (indirizzo in alto a sinistra) oppure
- via e-mail a: **debitdirect@css.ch**

Addebito **conto bancario**

Autorizzo la mia banca ad addebitare sul mio conto in CHF gli importi in scadenza della CSS Assicurazione Malattie SA. Questo vale fino a revoca.

Nome della banca _____

NPA, Località _____

La preghiamo di compilare debitamente l'autorizzazione di pagamento e di inviarla alla **sua banca.**

Autorizzazione all'addebito sul mio conto postale o bancario con diritto di contestazione
L'importo addebitato sarà rimborsato se entro 30 giorni dalla data d'avviso presenterò contestazione in forma vincolante presso la banca/PostFinance. Se il mio conto non presenta una copertura sufficiente, la banca/PostFinance non si impegna ad addebitare il conto.
Vengo avvisata/o su ogni addebito sul mio conto, per esempio mediante l'estratto conto.

IBAN C H

Luogo, data _____ Firma/e* _____

*Firma della/del mandante o della mandataria/del mandatario per il conto

Rettifica (lasciare vuoto, viene compilato dalla banca)

IBAN C H

Data _____ Timbro e visto della banca _____

Form. 49I-09.24-pdf