

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 en CHF

Débiteur

Prénom

Nom

Adresse

NPA / Lieu

N° d'assuré

Date de naissance

Bénéficiaire

Atupri Assurance de la Santé SA
Service Center, Zieglerstrasse 29, 3001 Berne
N° d'identification LSV: KSB1W
RS-PID 4110000000056206

Banque

Par la présente, j'autorise ma banque, sous réserve de révocation, à débiter directement de mon compte les recouvrements en CHF émis par le bénéficiaire ci-dessus. Si mon compte ne présente pas la couverture nécessaire, il n'existe pour ma banque aucune autorisation de débit. Je recevrai un avis de ma banque à chaque fois que mon compte sera débité. Le montant débité me sera remboursé si je le conteste dans les 30 jours après la date de l'avis auprès de ma banque, en la forme contraignante. J'autorise ma banque à informer le bénéficiaire, en Suisse ou à l'étranger, 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 sembleront appropriés. **Veillez envoyer le formulaire entièrement complété à votre banque.**

Nom de la banque _____

NPA / Lieu _____

N° IBAN _____

PostFinance

Débit du compte postal par prélèvement de base CH-DD
(Swiss COR1 Direct Debit)

Par la présente, j'autorise PostFinance, sous réserve de révocation, à débiter directement de mon compte postal les recouvrements en CHF émis par le bénéficiaire 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 sur mon compte me sera avisé par PostFinance sous la forme convenue avec moi (p. ex. via l'extrait de compte). Le montant débité me sera remboursé si je le conteste dans les 30 jours après la date de l'avis auprès de PostFinance, en la forme contraignante. **Veillez envoyer le formulaire entièrement complété par courrier postal à Atupri.**

Je souhaite qu'à l'avenir, tous les paiements soient effectués sur le compte susmentionné.

Jusqu'à la saisie complète de l'autorisation, vous recevrez vos décomptes de primes et/ou de prestations conformément à votre dernière cessation de paiement.

Lieu et date

Signature*

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

Confirmation d'ordre de la banque (ne pas remplir, sera complété par la banque).

Cachet et signature de la banque

N° IBAN