CONCORDIA

Assurance suisse de maladie et accidents SA
Bundesplatz 15
6002 Lucerne

Autorisation de débit avec droit de contestation

Prélèvement de base CH-DD (Swiss COR 1 Direct Debit) sur le compte postal auprès de PostFinance SA ou par recouvrement direct LSV+ sur le compte bancaire

Preneur d'assurance

☐ Le titulaire du compte n'est pas le preneur d'assurance.

N° d'ass.	_____	N° de client	_____
Prénom	_____	Prénom	_____
Nom/Entreprise	_____	Nom/Entreprise	_____
Adresse	_____	Adresse	_____
NPA, localité	_____	NPA, localité	_____

Service externe CONCORDIA _____

☐ Débit du compte postal par prélèvement de base CH-DD (Swiss COR 1 Direct Debit)

RSPID: 41101000000621181

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.

IBAN (compte postal) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 de procéder au débit. PostFinance notifie chaque débit du compte au client sous la forme convenue avec ce dernier (p. ex. via l'extrait de compte). Si, dans les 30 jours qui suivent la date de notification, le client soumet à PostFinance une opposition en la forme contraignante, le montant débité lui est remboursé.

_____ _____

Lieu, date

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

Veuillez envoyer l'autorisation de débit dûment complétée **à l'émetteur de la facture à l'adresse indiquée ci-dessus**.

☐ Débit du compte bancaire au moyen de la procédure LSV+

LSV-ID: CON1W

Par la présente, j'autorise la banque, jusqu'à révocation, à prélever sur mon compte les recouvrements directs effectués par l'émetteur de la facture indiqué ci-dessus.

Nom de la banque _____ NPA, localité _____

IBAN (banque) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Si le compte ne présente pas la solvabilité nécessaire, la banque n'est pas tenue de procéder au débit. La banque me notifie chaque débit du compte. Si, dans les 30 jours qui suivent la date de notification, je soumets à la banque une opposition en la forme contraignante, le montant débité m'est remboursé. J'autorise la banque à informer le bénéficiaire, en Suisse ou à l'étranger, du contenu de la présente autorisation de débit et de son éventuelle annulation par la suite, et ce par tous les moyens de communication qui lui sembleront appropriés.

_____ _____

Lieu, date

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

Veuillez envoyer l'autorisation de débit dûment complétée **à la banque**.

Rectification (laisser vide, à remplir par la banque)

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

_____ _____

Date

Timbre et visa de la banque

Imprimer le formulaire