



## Faites des économies et simplifiez-vous la vie!

Grâce au système de recouvrement direct des banques suisses (LSV), vous **réglez vos factures automatiquement et sans risquer un retard**. Il vous suffit d'en donner l'autorisation au moyen du formulaire ci-joint et vos factures seront débitées de votre compte bancaire. N'hésitez plus, complétez le formulaire et renvoyez-le-nous sans tarder.

### Les avantages du LSV:

- Plus d'ordres de paiement
- Plus de frais pour charges administratives
- Plus d'attente aux guichets
- Plus besoin de factures sur papier. Vous pouvez donc vous inscrire à l'Espace Client et **recevoir toute notre correspondance par internet**. Renseignez-vous sur [www.e-assura.ch](http://www.e-assura.ch)
- Envoi d'un avis de prélèvement pour chaque facturation
- Droit de refus

### Important!

**Le droit de refus vous permet de contester sans difficulté le recouvrement d'un montant:** dans les 30 jours suivant la date du débit, vous pouvez refuser le prélèvement auprès de votre institution bancaire.

Si votre compte ne présente pas la couverture suffisante, il n'y a pour la banque aucune obligation de débit.

## LSV - Autorisation de débit avec droit de contestation

LSV IDENT. ASRA1 CHF

### Bénéficiaire

Assura-Basis SA/Assura SA  
Assurance maladie et accident  
Case postale 61  
1009 Pully

### Assuré

Madame  Monsieur

Nom, Prénom \_\_\_\_\_

Rue, n° \_\_\_\_\_

NPA, Localité \_\_\_\_\_

Police n°

Par la présente, j'autorise ma banque, sous réserve de révocation, à débiter de mon compte les recouvrements directs émis par le bénéficiaire ci-dessus.

IBAN	CH	<input type="text"/>
ou		
N° de compte bancaire		_____
N° de clearing bancaire	<input type="text"/>	
Nom de la banque		_____
NPA, Localité		_____
<b>Si le titulaire du compte est différent de l'assuré</b>		
Nom et prénom du titulaire		_____
N° de tél. du titulaire		_____

Chaque débit de mon compte me sera avisé. Si mon compte ne présente pas la couverture suffisante, il n'existe pour ma banque aucune obligation de débit. Toutefois, à moins d'une contestation de ma part dans les 30 jours, cette impossibilité de débit a valeur de créance légale.

Le montant débité me sera remboursé si je le conteste dans les 30 jours après réception de l'avis auprès de ma banque, en la forme contraignante.

J'autorise ma banque à informer le bénéficiaire 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 semblent appropriés.

**La date d'entrée en vigueur de ce mode de paiement me sera confirmée par le premier avis de débit.** Entre-temps, je m'engage à régler mes factures au moyen des bulletins de versement en ma possession.

Autres membres de la famille concernés (police n°)

**Afin que nous puissions prendre en considération votre demande, vous voudrez bien nous retourner ce formulaire dûment COMPLÉTÉ ET VISÉ PAR VOTRE BANQUE\*.**

Lieu et date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

### \* A compléter par la banque

BC-Nr./No.CB

IBAN

Date \_\_\_\_\_ Timbre et visa de la banque: \_\_\_\_\_

Document à retourner à: Assura, Case postale 61, 1009 Pully