

Ident. LSV: HUN1W  
 N° de participant de l'émetteur de la facture (RS-PID): 4110100000712555

**Helsana Accidents SA**  
 Trafic des paiements FDZ  
 Case postale  
 8081 Zurich

## Autorisation de paiement avec droit d'opposition

Prélèvement de base CH-DD sur le compte postal de PostFinance SA ou recouvrement direct LSV+ sur le compte bancaire

<b>Preneur d'assurance</b>	Nom / Entreprise
	Prénom
	Numéro de contrat
	Adresse
<b>Domaine d'application</b>	<input type="checkbox"/> L'autorisation s'applique à tous les contrats d'assurance accidents et indemnités journalières auprès d'Helsana.
<b>Compte destiné au versement</b>	<input type="checkbox"/> Je souhaite à l'avenir que tous les versements soient effectués sur le compte ci-dessous.
<b>Remarque concernant la période de transition</b>	Vous continuerez à recevoir vos primes et/ou décomptes de prestations jusqu'à l'enregistrement complet de cette autorisation.

**Compte bancaire**

Veillez envoyer l'autorisation de paiement entièrement complétée à **votre banque**.

**Compte postal**

Veillez envoyer l'autorisation de paiement entièrement complétée à l'adresse suivante:

**Helsana Accidents SA, Case postale, 8081 Zurich**

**Débit du compte bancaire avec LSV+**

Par la présente, j'autorise ma banque à débiter les prélèvements en CHF présentés par le bénéficiaire ci-dessus de mon compte jusqu'à nouvel ordre.

Si mon compte ne présente pas le crédit nécessaire, ma banque n'est pas tenue de le débiter. Je suis informé de tout débit effectué sur mon compte. La somme débitée m'est recreditée si je forme opposition en bonne et due forme auprès de ma banque dans les 30 jours suivant la date de notification. J'autorise ma banque à porter à la connaissance du bénéficiaire du paiement en Suisse ou à l'étranger le contenu de cette autorisation de débit ainsi que son annulation ultérieure éventuelle, par tout moyen de communication qui lui semble approprié.

**Débit du compte postal avec le prélèvement de base CH-DD**

Par la présente, le client autorise PostFinance à débiter les montants dus indiqués par le bénéficiaire ci-dessus de son compte jusqu'à nouvel ordre.

Si le compte ne présente pas le crédit nécessaire, PostFinance peut vérifier la couverture à plusieurs reprises afin de procéder au paiement, mais n'est pas tenue de débiter le compte. Tout débit du compte est notifié au client par PostFinance de la manière convenue (p. ex. au moyen du relevé de compte). La somme débitée est recreditée au client s'il forme opposition en bonne et due forme auprès de PostFinance dans les 30 jours suivant la date de notification.

Nom de la banque

Adresse de la banque

Inutile dans le cas d'un compte postal.

Nom/prénom du titulaire du compte

IBAN

**CH**

Lieu, date

Signature du preneur d'assurance

Signature of the account holder\* (if different)

\* Signature du mandant ou du mandataire sur le compte. Deux signatures sont requises en cas de signature collective.

IBAN

Date

Timbre et visa de la banque