

## Possibilités de paiement des primes

N° de police \_\_\_\_\_ N° de famille \_\_\_\_\_

**Assuré(e)** (prière de remplir en lettres d'imprimerie)

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Rue/N° \_\_\_\_\_ NPA/Localité \_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_ Tél. privé \_\_\_\_\_ Tel. prof. \_\_\_\_\_

---

**Autorisation de débit (débit LSV banque)** (avec possibilité d'opposition)

**Merci d'adresser ce formulaire directement à votre banque!**

N° d'identification: PRV 1W

Nom de la banque \_\_\_\_\_ Adresse/Localité \_\_\_\_\_

N° de clearing \_\_\_\_\_ N° du compte \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Valable dès \_\_\_\_\_ Nom du titulaire du compte \_\_\_\_\_

Lieu/Date \_\_\_\_\_ Signature du titulaire du compte \_\_\_\_\_

En signant ce document, j'autorise ma banque, jusqu'à contrordre, à débiter mon compte des demandes de recouvrement direct (LSV) présentées par PROVITA Assurance Santé. Si mon compte ne présente pas la couverture nécessaire, ma banque n'est pas tenue de procéder au débit. Si j'adresse à ma banque une opposition écrite dans un délai de 30 jours, le montant débité me sera remboursé.

**Attention: si vous avez donné un ordre permanent, ne pas oublier de l'annuler!**

---

**Debit Direct (DD) de la poste**

N° du compte postal \_\_\_\_\_ Nom du titulaire du compte \_\_\_\_\_

Lieu/Date \_\_\_\_\_ Signature du titulaire du compte \_\_\_\_\_

Valable dès \_\_\_\_\_

En signant ce document, j'autorise la Poste, jusqu'à contrordre, à procéder directement au débit de mon compte sur demande présentée par PROVITA Assurance Santé. Si mon compte ne présente pas la couverture nécessaire, la Poste n'est pas tenue de le débiter. Si j'adresse à mon centre de traitement une opposition écrite dans un délai de 30 jours, le montant débité me sera remboursé.

**Attention: si vous avez donné un ordre permanent, ne pas oublier de l'annuler!**

---

mensuel (seul. autorisation de débit ou DD)     tous les 2 mois     trimestriel     semestriel     annuel

---

eFacture: plus d'informations sur [www.provita.ch](http://www.provita.ch)

# Remboursement des prestations

N° de police \_\_\_\_\_ N° de famille \_\_\_\_\_

---

## Banque

Nom de la banque \_\_\_\_\_ Adresse/Localité \_\_\_\_\_

N° de clearing \_\_\_\_\_ N° du compte \_\_\_\_\_

Valable dès \_\_\_\_\_ Nom du titulaire du compte \_\_\_\_\_

Lieu/Date \_\_\_\_\_ Signature du titulaire du compte \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

---

## Poste

N° du compte postal \_\_\_\_\_ Nom du titulaire du compte \_\_\_\_\_

Lieu/Date \_\_\_\_\_ Signature du titulaire du compte \_\_\_\_\_

Valable dès \_\_\_\_\_

---

Examiné par \_\_\_\_\_ Succursale \_\_\_\_\_ Date de mutation \_\_\_\_\_

## PROVITA Gesundheitsversicherung AG

Brunngasse 4  
Postfach  
8401 Winterthur

Tel. 052 260 02 02  
Fax 052 260 02 03

info@provita.ch  
www.provita.ch

