



Demande de paiement par acomptes et reconnaissance de dette pour les créances au titre de l'assurance obligatoire des soins selon LAMal

Prénom: _____

Nom: _____

Numéro postal / localité: _____

N° de tél. / e-mail : _____

Date de naissance: _____

N° d'assuré/e: _____

Montant total en CHF: _____

Je souhaite régler les arriérés par les acomptes mensuels suivants*:

- 2 acomptes 3 acomptes 4 acomptes 5 acomptes 6 acomptes 7 acomptes
 8 acomptes 9 acomptes 10 acomptes 11 acomptes 12 acomptes

* Le montant minimum d'un acompte est de CHF 50.–. La créancière prélève une taxe de CHF 5.– par acompte. Le paiement par acomptes peut être accordé uniquement pour des créances de l'assurance obligatoire des soins.

- Par ma signature, je m'engage à régler l'arriéré susmentionné par les acomptes proposés. Je suis conscient/e que
 - la créancière tient compte de tous les arriérés lors de l'établissement de la convention de paiement par acomptes et que le montant susmentionné peut donc encore faire l'objet de modifications;
 - la convention de paiement par acomptes ne demeure valable que lorsque je paye les factures en cours dans les délais impartis, en plus des acomptes;
 - en cas de non-respect de la convention de paiement par acomptes, la dette restant à payer est due immédiatement;
 - la créancière peut refuser la demande de paiement par acomptes.
- Je suis d'accord avec le fait que la créancière peut prélever des frais de traitement conformément à son règlement en vigueur, lorsqu'elle doit prendre des mesures relevant du droit des poursuites, et je renonce à contester ce prélèvement.
- Je prends connaissance du fait que je ne peux pas changer d'assureur-maladie lorsqu'une convention de paiement par acomptes est en cours (art. 64 al. 6 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie LAMal). Un changement d'assureur au prochain délai possible ne peut avoir lieu que lorsque tous les arriérés (y compris les intérêts moratoires, les frais de rappel et de traitement ainsi que les éventuels frais de poursuites) ont été intégralement réglés.
- En signant la présente demande de paiement par acomptes, je reconnais la dette non contestable envers la créancière et je m'engage à régler le montant dû. La présente demande a valeur de reconnaissance de dette au sens de l'article 82 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP).
- Après réception, nous examinerons volontiers votre demande. Si cette dernière est acceptée, vous recevrez la convention de paiement par acomptes et les bulletins de versement correspondants, pour le versement des acomptes. En cas de refus de la demande, vous serez informé/e en conséquence.

Lieu, date / Signature _____

Veillez envoyer la demande à l'adresse suivante:

Visana Services SA, Trafic des paiements, Weltpoststrasse 19, 3000 Berne 16
Tél. 031 357 93 00, fax 031 357 96 21, www.visana.ch