



Richiesta di pagamento a rate e riconoscimento del debito per i crediti dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal

Nome:

Cognome:

NPA e luogo:

N° di tel. / e-mail:

Data di nascita:

Ass. n.:

Importo totale CHF:

Desidero versare gli arretrati con il seguente numero di rate mensili*:

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

* L'importo minimo di una rata ammonta a CHF 50.–. Per ogni rata la creditrice preleva una tassa di CHF 5.–. Il pagamento rateale è concesso solamente per i crediti dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal.

- Con la firma mi impegno a versare l'arretrato sopra indicato tramite le rate proposte. Sono consapevole del fatto che
 - al momento della stesura della dilazione di pagamento, la creditrice terrà conto di tutti gli arretrati e, pertanto, l'importo summenzionato potrà subire variazioni.
 - la dilazione di pagamento resta valida solamente se oltre alle rate provvederò a saldare entro i termini le fatture correnti.
 - il debito residuo in essere sarà subito esigibile se non riuscirò a rispettare la dilazione di pagamento.
 - la creditrice può rifiutare la richiesta di dilazione di pagamento.
- Sono d'accordo sul fatto che la creditrice possa addebitare spese amministrative conformemente al suo regolamento vigente se costretta a intraprendere misure esecutive e rinuncio a contestare tali oneri.
- Sono a conoscenza del fatto che, finché la dilazione di pagamento sarà valida, non potrò cambiare assicuratore malattie (art. 64 cpv. 6 della Legge federale sull'assicurazione malattie LAMal). È possibile cambiare assicuratore malattie alla prossima scadenza possibile solamente se tutti gli arretrati (interessi di mora, spese di sollecito e amministrative, così come spese di esecuzione inclusi) saranno pagati integralmente.
- Con la firma della presente richiesta di dilazione di pagamento riconosco il debito incontestabile nei confronti della creditrice e mi impegno a saldare l'importo arretrato. La presente richiesta ha valore di riconoscimento di debito ai sensi dell'art. 82 della Legge federale sulla esecuzione e sul fallimento (LEF).
- Una volta ricevuta la Sua richiesta provvederemo a esaminarla. Qualora la richiesta venga accettata riceverà la dilazione di pagamento e le relative cedole di versamento per il pagamento rateale. Qualora la Sua richiesta venisse respinta, gliene sarà data comunicazione.

Luogo e data / Firma:

Per favore inviare la richiesta al seguente indirizzo:

Visana Services SA, Traffico dei pagamenti, Weltpoststrasse 19, 3000 Berna 16
Tel. 031 357 93 00, fax 031 357 96 21, www.visana.ch