

Famille et aide en nature

«Personnes domiciliées en Suisse»

Informations complémentaires concernant votre famille domiciliée dans l'UE/AELE

Proposante/proposant

Nom

Prénom

Canton actuel de domicile

Veillez répondre aux questions suivantes en vue de votre enregistrement pour les aides en nature:

Résidence des membres de la famille

- a) Membres de la famille résidant dans l'UE/AELE et n'exerçant pas d'activité lucrative

Conjointe/conjoint ou partenaire enregistré(e)

Nom

Prénom

Date de naissance

N° AVS

Enfant à charge

Nom

Prénom

Date de naissance

N° AVS

Enfant à charge

Nom

Prénom

Date de naissance

N° AVS

- b) Les membres de votre famille n'exerçant pas d'activité lucrative ont-ils exercé leur droit d'option individuel et obtenu une exemption de l'obligation d'assurance-maladie en Suisse, ou une telle exemption est-elle prévue? (Possible uniquement pour les personnes domiciliées en Allemagne, Autriche, Finlande, France et Italie.)
- Oui Non

- c) **À remplir uniquement en cas d'enfants à charge:**

L'autre parent exerce-t-il une activité lucrative dans le pays de résidence?

Oui

Non

Si oui, une assurance en Suisse/dans la Principauté de Liechtenstein est impossible.

- d) J'autorise SWICA à effectuer mon enregistrement, ainsi que celui des membres de ma famille à inclure dans l'assurance, auprès de la l'assurance-maladie suivante, et autorise cette dernière à traiter mes données personnelles.

Nom/adresse de l'assurance-maladie

En l'absence d'indication concernant l'assurance-maladie compétente (organisme de liaison), nous vous ferons parvenir le formulaire S1. Vous devrez ensuite remettre ce dernier à une l'assurance-maladie agréée dans le pays de résidence.

Si les membres de votre famille ne possèdent pas de numéro AVS, nous avons besoin pour effectuer la demande des informations suivantes, accompagnées d'une copie de la pièce d'identité, du passeport ou de l'acte de naissance de chaque personne:

Conjointe/conjoint ou partenaire enregistré(e)

Prénom et nom de la mère

Prénom et nom du père

Enfant à charge

Prénom et nom de l'autre parent

Enfant à charge

Prénom et nom de l'autre parent

Procuration pour la police familiale

Par sa signature de la présente procuration pour l'établissement d'une proposition et l'administration de l'assurance groupée, la soussignée ou le soussigné confirme demander l'établissement d'une proposition d'assurance groupée. Cela signifie qu'une proposition sera établie pour plusieurs personnes formant ensemble une constellation familiale (p. ex. couple marié avec enfants/couple en concubinage/grands-parents et petits-enfants).

Le traitement d'un contrat groupé implique en outre que tous les documents (p. ex. décisions d'admission, décomptes de primes et de participations aux coûts, décomptes de prestations, polices d'assurance, cartes d'assurance, attestations fiscales, correspondance relative à la restitution de prestations, couvertures d'assurance, etc.) sont gérés dans le cadre d'une police familiale (encaissement familial). La personne désignée ci-après comme contact du contrat est débitrice de l'ensemble des primes et participations aux coûts de la police familiale (c.-à-d. que le contact du contrat est responsable du paiement des primes pour l'ensemble des preneuses et preneurs d'assurance de la police familiale). Le contact du contrat est également destinataire de la correspondance et des prestations versées. Ainsi, la correspondance, y compris lorsqu'elle contient des données sensibles (notamment relatives à la santé), sera systématiquement adressée par SWICA au contact du contrat ou transmise à ce dernier. Cela vaut pour l'ensemble de la correspondance, y compris les décisions d'assurance, les communications avec effet juridique contraignant et les décisions soumises à délai légal. SWICA décline toute responsabilité quant aux conséquences de la communication des données par le contact du contrat, ainsi qu'aux conséquences d'un éventuel délai dans la transmission d'information par le contact du contrat à la personne assurée concernée. La présente procuration est valable jusqu'à révocation et peut être révoquée à tout moment.

Lieu/date

Signature de la proposante/du proposant

Signature de toutes les personnes
majeures aussi assurées