



Scission de la police

Données sur le nouveau/la nouvelle destinataire des polices/factures

Nom (preneur/preneuse d'assurance)

Prénom

N° d'assuré(e) SWICA

Date de naissance

(jour/mois/année)

Adresse (rue/localité/NPA)

Téléphone (joignable dans la journée)

E-mail

Données pour la communauté collective

Nom employeur*

Association/fédération avec adhésion**

*En cas d'une assurance collective existante chez SWICA

**Merci de fournir une copie de l'adhésion.

Autres membres de la famille coassurés dans le nouveau contrat

(Merci d'indiquer également le prénom, le nom, la date de naissance et le numéro d'assuré(e).)

Validité

Scission à partir de la prochaine facturation

Scission à partir du

Adresse valable à partir du

(Les factures déjà réglées ne peuvent être remboursées ni subdivisées.)

Modalité de paiement souhaitée pour les primes et participations aux coûts

(uniquement via un compte bancaire ou postal suisse/liechtensteinois)

Paiement des primes	E-facture/eBill*		Recouvrement direct/Debit Direct**		
	Bulletin de versement (BVR)		Encaissement des primes par l'entreprise		
Facturation des primes	mensuel	bimensuel	trimestriel	semestriel	annuel
Paiement de la participation aux coûts	E-facture/eBill*	Recouvrement direct/Debit Direct**		Bulletin de versement (BVR)	

*Veuillez vous inscrire dès réception de la police d'assurance auprès de votre banque ou de votre bureau de poste pour l'e-facture/eBill.

**Prière de joindre le formulaire de recouvrement direct/Debit Direct dûment rempli.

Jusqu'à ce que votre banque délivre l'autorisation de débit LSV, nous vous ferons parvenir des bulletins de versement (BVR) pour le règlement des primes et participations aux coûts.

Compte pour les versements

(uniquement via un compte bancaire ou postal suisse/liechtensteinois)

Titulaire du compte

IBAN (banque ou poste) CH

Lieu/date

Signature preneur/preneuse
d'assurance

Signature deuxième parent*

Signature jeunes gens
de plus de 18 ans

*Uniquement si la facturation était jusqu'ici établie pour toute la famille.

Autorisation de paiement avec droit de contestation Prélèvement CH-DD de base (Swiss COR1 Direct Debit) sur le compte postal de PostFinance SA ou procédure de débit LSV+ sur le compte bancaire

SW/CA



SWICA Gesundheitsorganisation, Generaldirektion, Römerstrasse 37, 8400 Winterthur

No d'adhérent(e) Debit Direct (RS-PID) **010001456**

LSV-IDENT. **SWA1W**

Informations sur la débitrice/le débiteur (cliente/client)

No d'assuré(e)	Entreprise
Nom	Prénom
Rue, no	NPA, localité
Téléphone privé	Téléphone professionnel
E-mail	Date de naissance

Je souhaite payer mes primes par le système de recouvrement direct suivant:

☐ via PostFinance (Swiss COR1 Direct Debit) ☐ par la banque (LSV+)

Je souhaite payer mes primes dans la périodicité suivante:

☐ mensuellement ☐ tous les deux mois ☐ trimestriellement ☐ semestriellement ☐ annuellement

Je souhaite faire débiter la participation aux frais directement de mon compte:

☐ via PostFinance (Swiss COR1 Direct Debit) ☐ par la banque (LSV+)

Débit du compte postal avec prélèvement CH-DD de base (Swiss COR1 Direct Debit)

Par la présente, la cliente/le client autorise PostFinance jusqu'à révocation à prélever sur son compte les montants dus à l'émettrice de la facture indiquée ci-dessus.

Nom/prénom titulaire du compte

IBAN (compte postal)

Si le compte ne présente pas la solvabilité nécessaire, PostFinance est autorisée à contrôler le solde à plusieurs reprises en vue d'exécuter le paiement, mais n'est pas tenue d'effectuer le débit. Chaque débit du compte est notifié à la cliente/au client par PostFinance sous la forme convenue avec elle/lui (p. ex. via l'extrait de compte). Le montant débité est remboursé à la cliente/au client si, dans les 30 jours qui suivent la date de notification, elle/il transmet à PostFinance une opposition sous forme contraignante.

Veuillez envoyer l'autorisation de paiement dûment remplie à l'adresse de l'émettrice de la facture indiquée ci-dessus.

Lieu, date

Signature(s)*

* Signature de la mandante/du mandant ou de la/du mandataire titulaire du compte postal. Deux signatures sont requises en cas de signature collective.

Débit de mon compte bancaire (LSV+)

Par la présente, j'autorise ma banque, sous réserve de révocation, à débiter de mon compte les recouvrements directs en CHF émis par la bénéficiaire ci-dessus.

Nom/prénom titulaire du compte

Nom de la banque NPA, localité

IBAN (compte bancaire)

Si mon compte ne présente pas la couverture suffisante, il n'existe pour ma banque aucune obligation de débit. Chaque débit sur mon compte me sera avisé. Le montant débité me sera remboursé si je le conteste dans les 30 jours après la date de l'avis auprès de ma banque, en la forme contraignante. J'autorise ma banque à informer la bénéficiaire, en Suisse ou à l'étranger, du contenu de cette autorisation de débit ainsi que de son éventuelle annulation par la suite, et ce par tous les moyens de communication qui lui sembleront appropriés.

Veuillez envoyer l'autorisation de paiement dûment remplie à l'adresse de l'émettrice de la facture indiquée ci-dessus.

Lieu, date

Signature

Rectification (laisser vide, à remplir par la banque)

IBAN

Date

Timbre et visa
de la banque