

DEMANDE D’AFFILIATION.

Police individuelle

Police familiale

Prière de joindre pour chaque personne majeure une «Procuration pour le dépôt d’une proposition d’assurance avec administration commune».

1. INFORMATIONS SUR L’ASSUREUR-MALADIE ACTUEL

Nom de votre assureur de base actuel

Résiliation par:

SWICA

Intermédiaire

Client/Cliente

2. PERSONNE À ASSURER

Dans quelle langue désirez-vous les documents?

allemand

français

italien

anglais

Nom

Prénom

N° d’assuré(e) SWICA

Date de naissance

(jour/mois/année)

Sexe

masculin

féminin

Nationalité

Rue/no

NPA/Localité/Pays

Adresse de correspondance/
Case postaleTéléphone
(joignable dans la journée)

E-mail

Autorisation de séjour/
Permis

B C D L G F N S Ci Sans-Papiers

Diplomate ou personne jouissant de privilèges selon le droit international (art. 6 OAMal)

Statut pendant le séjour
à l’étranger

Trav. détaché(e)

Frontalier/ère

Retraité(e) (AVS/AI)/Chômeur/euse

Membre de la famille

Domicile (art. 23 CC)
(Cocher uniquement pour L/
pers. détachées.)

Suisse

Étranger

3. PERSONNE À ASSURER (ARRIVÉE DE L’ÉTRANGER OU FRONTALIER/FRONTALIÈRE)

Date de l’annonce au contrôle des
habitants pour nouvel(le) arrivant(e)*Début du travail/de l’autorisation
pour frontalier/frontalière*

Avez-vous de la famille n’exerçant pas d’activité lucrative et domiciliée dans l’UE/AELE?

Oui

Non

Si oui, veuillez remplir la feuille complémentaire.

*Le début effectif de la date d’assurance peut différer de la date indiquée selon le groupe de personnes ou la durée du séjour.
Prière de joindre une copie des documents correspondants: autorisation de séjour, inscription à la commune, autorisation frontalière, carte de
légitimation, contrat de travail, etc.

Percevez-vous un salaire, une rente ou d’autres prestations en espèces de l’étranger?

Oui

Non

Si oui, de quels pays?

Avez-vous été exempté(e) de l’obligation de vous assurer lors de l’entrée en Suisse?

Oui

Non

Si oui, veuillez joindre une copie de la décision d’exemption.

4. RENSEIGNEMENTS SUR LA SITUATION PROFESSIONNELLE

Bénéficiez-vous de prestations de l'assurance chômage? (AC)	Oui	Non
Êtes-vous employé(e) au moins 8 heures par semaine par le même employeur?	Oui	Non

5. MODALITÉS DE PAIEMENT

5.1 MODALITÉ DE PAIEMENT SOUHAITÉE POUR LES PRIMES ET PARTICIPATIONS AUX COÛTS (uniquement via un compte bancaire ou postal suisse)

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.

5.2 COMPTE POUR LES VERSEMENTS (uniquement via un compte bancaire ou postal suisse)

Titulaire du compte	
IBAN (banque ou poste)	CH

6. SOLUTION D'ASSURANCE PERSONNELLE

6.1 ASSURANCE-MALADIE SELON LA LAMAL

Modèle d'assurance de base ¹

					Début de l'assurance (jour/mois/année)	Prime mensuelle en CHF
Franchise en CHF	Accident	Oui	Non	Région		

Offre sous réserve d'éventuelles modifications de primes.

Remarques particulières:

¹ Assureur SWICA Assurance-maladie SA

DÉCLARATION DU/DE LA SIGNATAIRE DESTINÉE AUX FRONTALIERS/FRONTALIÈRES.

CHÈRE CLIENTE, CHER CLIENT

Merci d'avoir opté pour SWICA. Dans le but de mener à bonne fin votre proposition d'assurance, nous vous prions de lire les dispositions ci-dessous, d'indiquer, lorsque nécessaire et demandé, votre consentement en cochant la ou les case(s) correspondante(s) et de confirmer avec votre signature.

DÉCLARATION DE COMPRÉHENSION RELATIVEMENT À L'ADMISSION AU SEIN DE L'ASSURANCE OBLIGATOIRE DES SOINS

Au travers de la communication de votre déclaration d'admission, vous proposez votre admission au sein de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal. Vous confirmez ce faisant que les indications figurant sur la déclaration d'admission sont correctes et complètes.

Vous avez accepté avec effet de droit les CGA et les CS, qui font partie intégrante du contrat d'assurance, et pris connaissance de la Déclaration de protection des données de SWICA. En tant qu'assuré d'une assurance revêtant une forme particulière, vous avez accepté de vous soumettre à tous les traitements et examens conformément aux directives reçues à ces égards.

TRAITEMENT DES DONNÉES DANS LE CADRE DU DÉROULEMENT DU CONTRAT

Dans le cadre du déroulement du contrat d'assurance selon la LAMal, SWICA traite les données conformément aux dispositions légales.

ÉCHANGE DE DONNÉES AU SEIN DU GROUPE SWICA DANS LE CADRE DU DÉROULEMENT DU CONTRAT

Afin de garantir un déroulement expéditif du contrat, SWICA, dans le cadre de l'exécution de ce dernier, échangera et utilisera les données traitées, y compris d'éventuelles données relatives à la santé, cela au sein de l'unité organisationnelle de l'assureur compétent et à l'échelon des sociétés actives dans le domaine de l'assurance appartenant au groupe SWICA.

AUTRES TRAITEMENTS DES DONNÉES

Si vous y donnez votre accord, SWICA Assurances SA traitera vos données en vue d'activités marketing (SWICA entend par activités marketing les études de marché, l'encadrement global, le conseil et l'information de la clientèle sur l'offre de services, la mise au point et la fourniture de services sur mesure au nombre desquels figurent de la publicité imprimée et en ligne, la soumission d'offres de couvertures d'assurance plus étendues à partir de résultats statistiques, l'organisation de manifestations à l'intention de clients et d'intéressés ou de manifestations à caractère culturel, le sponsoring, des enquêtes auprès de la clientèle sur son degré de satisfaction ainsi que sur ses besoins et comportements au futur ou encore l'évaluation du potentiel en matière de clients, de marché ou de produits). À cette fin, les données de SWICA Assurance-maladie SA seront portées à la connaissance de SWICA Assurances SA.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES SUR LE TRAITEMENT DES DONNÉES

Pour toute information complémentaire sur le traitement des données et les éventuels mandataires chargés de cette tâche, sur les fondements juridiques et les finalités dudit traitement et, enfin, sur les droits qui vous appartiennent en tant que personne concernée par le traitement des données, veuillez vous référer à la Déclaration de protection des données de SWICA (accessible également sous [swica.ch/protection-des-donnees](https://www.swica.ch/protection-des-donnees)).

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT

Je déclare avoir été informé sur toutes les dispositions ayant des incidences sur le rapport d'assurance ainsi que sur les dispositions applicables prévues par les CGA et les CS et d'éventuels accords particuliers. En outre, je déclare les accepter entièrement.

J'accepte le traitement de données à des fins d'activités marketing.

Nom

Prénom

Date de naissance

(jour/mois/année)

Lieu/date

Signature du/de la proposant(e)/
représentant(e) légal(e)

Nom et signature du conseiller/
de la conseillère

Numéro de courtier

Annexes remises:

Aperçu des prestations

CGA/CS

Devoir d'information (art. 45 LSA)

Fiches d'information/flyer

Déclaration de protection des données

À VOTRE SERVICE 365 JOURS PAR AN, 24 HEURES SUR 24.

Téléphone 0800 80 90 80 / [swica.ch](https://www.swica.ch)

