



Regroupement de polices

Coordonnées de la personne assurée

Nom

Prénom

N° d'assuré(e) SWICA

Date de naissance (jour/mois/année)

Relation avec le contact du contrat Conjoint(e) Concubin(e) Père/mère personne majeure
Autre

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.)

Renseignements sur le nouveau/la nouvelle destinataire de la police/facture (contact du contrat)

Nom

Prénom

N° d'assuré(e) SWICA

Téléphone (joignable dans la journée)

Validité

Regroupement à partir de la prochaine facturation Regroupement à partir du

Adresse valable à partir du

Modalité de paiement souhaitée pour les primes et participations aux coûts

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

Cette partie ne doit être remplie qu'en cas de modification des coordonnées de compte du contact du contrat.

Paielement 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	
Paielement 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

Nom

Prénom

N° d'assuré(e) SWICA

Date de naissance

(jour/mois/année)

Administration conjointe de familles et couples

Le déroulement d'un contrat collectif implique en outre que tous les documents (tels que décisions d'admission, décomptes de primes et de participations aux coûts, décomptes de prestations, polices d'assurance, cartes d'assurance, attestations pour le fisc, correspondance relative au remboursement de prestations et couvertures d'assurance) sont administrés sur le plan des relations d'assurance en tant que police familiale (encaissement familial). La personne désignée en tant que contact du contrat est réputée être le débiteur de l'ensemble des primes de la police familiale (en d'autres termes, le contact du contrat répond de ce que les primes et participations aux coûts de tous les preneurs d'assurance de la police familiale soient payées dans leur ensemble). Il est aussi le destinataire de la correspondance et des prestations versées.

Dès lors, toute correspondance ainsi que les données contenues dans celle-ci, y compris les données personnelles sensibles telles que celles relatives à la santé sont envoyées ou transmises par SWICA au contact du contrat. Tout le courrier est adressé en principe par la poste, y compris les décisions, les communications ayant des effets juridiques contraignants et les décisions impliquant des délais. SWICA ne répond pas des conséquences d'une divulgation des données par le contact du contrat ni du retard éventuel avec lequel ce dernier aurait transmis des informations à la personne assurée. La présente procuration conserve sa validité jusqu'à sa révocation, laquelle peut intervenir en tout temps.

Lieu/date

Signature contact du contrat

Signature personne assurée

Signature jeunes gens
de plus de 18 ans

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