

Procuration

Au sein de SWICA Organisation de santé sont regroupées SWICA Assurance-maladie SA, SWICA Assurances SA, SWICA Management AG et PROVITA Gesundheitsversicherung AG

A des fins d'identification, il est **impératif** de joindre au présent formulaire la copie d'une pièce d'identité officielle tant de la personne assurée que de celle autorisée à la représenter.

Prière de remplir le formulaire de manière complète et en caractères d'imprimerie

Données relatives à la personne assurée (mandant/e)

Madame Monsieur

Prénom _____

Nom _____

Rue/n° _____

NPA/Localité _____

Date de naissance _____ (jour/mois/année)

Assuré/e n° _____

E-mail _____

Personne autorisée

Madame Monsieur

Prénom _____

Nom _____

Rue/n° _____

NPA/Localité _____

Date de naissance _____ (jour/mois/année)

Téléphone _____

E-mail _____

Prière d'utiliser l'adresse ci-dessus pour la correspondance (si cette option est souhaitée, cocher la case correspondante)

Lien avec la personne à assurer

Conjoint(e)/partenaire enregistré(e) Concubin(e) Représentant(e) légal(e)/père ou mère Fils ou fille

Tuteur(trice)/curateur(trice) Autre _____

Déclaration de procuration

J'autorise la personne mentionnée ci-dessus à agir dès à présent en mon nom et à me représenter valablement vis-à-vis de SWICA Organisation de santé pour les questions d'assurance **suyvantes** me concernant. A cette fin, je délègue SWICA Organisation de santé ainsi que tous ses collaborateurs compétents de leur secret professionnel et de leur devoir de discrétion à l'égard de la personne mentionnée plus haut, cela sans réserve aucune.

Je reconnais être personnellement lié/e juridiquement, cela en tout temps, par l'ensemble des actes accomplis par la personne autorisée en vertu de la présente procuration.

Veillez cocher ce qui convient:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Modifier mes données personnelles (p.ex. mon nom, mon état civil, mon adresse, mes coordonnées de paiement, mes coordonnées bancaires) | <input type="checkbox"/> Recevoir l'ensemble de la correspondance |
| <input type="checkbox"/> Procéder à des modifications d'assurance s'agissant de l'assurance obligatoire de base | <input type="checkbox"/> Recevoir la correspondance suyvante : |
| <input type="checkbox"/> Procéder à des modifications d'assurance s'agissant de l'assurance complémentaire/des assurances complémentaires | <input type="checkbox"/> Police d'assurance |
| <input type="checkbox"/> Résiliation de l'assurance de base | <input type="checkbox"/> Factures de primes |
| <input type="checkbox"/> Résiliation de l'assurance complémentaire/des assurances complémentaires | <input type="checkbox"/> Décomptes de prestations/factures de participation aux coûts |
| <input type="checkbox"/> Recueil de renseignements personnels et relatifs à la santé | <input type="checkbox"/> Correspondance générale |
| <input type="checkbox"/> Transmission de renseignements personnels et relatifs à la santé | <input type="checkbox"/> Décisions |
| | <input type="checkbox"/> Carte d'assurance |
| | <input type="checkbox"/> Attestation fiscale |
| | <input type="checkbox"/> Magazine destiné à la clientèle |

Autres restrictions du mandat

La présente procuration entre en force à compter de la date de sa signature. Elle est valide jusqu'à la révocation écrite. Elle vaut également au-delà du décès ou d'une déclaration d'absence de la personne assurée, ou encore de la perte par cette dernière de l'exercice de ses droits civils.

Lieu/date

Signature du preneur/de la preneuse d'assurance

(ou, dans le cas d'un enfant, de la personne qui en a la garde)

Lieu/date

La personne autorisée

Prière d'envoyer au service-clientèle de SWICA le formulaire dûment rempli, y compris la copie des pièces d'identité officielles. Vous en trouverez l'adresse sur votre police d'assurance. Merci!