



PROCURATION À L'INTENTION.

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

À 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)

Nom

Prénom

N° d'assuré(e) SWICA

Date de naissance (jour/mois/année) Sexe masculin féminin

Rue/no

NPA/Localité

E-mail

PERSONNE AUTORISÉE

Nom

Prénom

Date de naissance (jour/mois/année) Sexe masculin féminin

Rue/no

NPA/Localité

Téléphone
(joignable dans la journée)

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 ou 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 **suivantes** me concernant. À 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.

Veuillez cocher ce qui convient:

Modifier mes données personnelles (p.ex. mon nom, mon état civil, mon adresse, mes coordonnées de paiement, mes coordonnées bancaires)

Procéder à des modifications d'assurance s'agissant de l'assurance obligatoire de base

Procéder à des modifications d'assurance s'agissant de l'assurance complémentaire/des assurances complémentaires

Résiliation de l'assurance de base

Résiliation de l'assurance complémentaire/des assurances complémentaires

Recueil de renseignements personnels et relatifs à la santé

Transmission de renseignements personnels et relatifs à la santé

Recevoir l'ensemble de la correspondance

Recevoir la correspondance **suivante**:

Police d'assurance

Factures de primes

Décomptes de prestations/factures de participation aux coûts

Correspondance générale

Décisions

Carte d'assurance

Attestation fiscale

Magazine destiné à la clientèle

AUTRES RESTRICTIONS DU MANDANT

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

Signature de 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!

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

Téléphone 0800 80 90 80 / swica.ch

