



Déclaration de procuration

SWICA Organisation de santé est constituée de SWICA Assurance-maladie SA, SWICA Assurances SA et SWICA Health SA.

À des fins d'identification, la copie d'une pièce d'identité officielle de la personne assurée mandante doit obligatoirement être jointe à la présente procuration. Merci de remplir intégralement le formulaire en lettres majuscules.

Données relatives à la personne assurée mandante

Madame Monsieur

Nom
Prénom
N° d'assuré(e) SWICA
Date de naissance (jour/mois/année)
Rue/n°
NPA/localité
E-mail

Personne mandatée

Madame Monsieur

Nom
Prénom
Date de naissance (jour/mois/année)
Rue/n°
NPA/localité
Téléphone (joignable en journée)
E-mail

Relation avec la personne assurée

Conjoint(e)/partenaire enregistré(e) Concubin(e) Représentant(e) légal(e)/père/mère Enfant
Curateur/curatrice Autre

Déclaration de procuration

Je donne procuration à la personne susmentionnée afin qu'elle me représente, dès à présent, dans toutes les affaires d'assurance **désignées ci-après** auprès de SWICA Organisation de santé. À cette fin, je délègue SWICA Organisation de santé et son personnel du secret professionnel et du devoir légal de discrétion à l'égard de la personne mandatée. Je reconnais que tous les actes accomplis par cette dernière sur la base de la présente procuration me lient juridiquement.

Cochez les mentions pertinentes:

Demande écrite ou orale de tout renseignement et document

Accomplissement de tâches administratives telles que les résiliations et la communication de changements (notamment nom, adresse, e-mail, modifications contractuelles, compte de versement)

J'accepte également que toute la correspondance soit envoyée uniquement à l'adresse de la personne mandatée selon les modalités suivantes:

Courrier postal Compte mySWICA de la personne mandatée

Autres restrictions concernant la mandante/le mandant

La procuration prend effet à la date de la signature et est valable jusqu'à révocation écrite. Elle demeure valable en cas de cessation de la relation d'assurance, de décès, de déclaration d'absence, de perte de la capacité d'exercer les droits civils et de faillite de la personne mandante. Les modifications apportées à la présente procuration ne prennent effet qu'après confirmation écrite signée par la personne mandante.

Lieu/date

Signature de la preneuse/du preneur d'assurance
(du ou de la titulaire de l'autorité parentale)

Merci de renvoyer le formulaire rempli et signé, accompagné de la copie de la pièce d'identité officielle, au **service clientèle de SWICA**. L'adresse figure sur la police d'assurance.