



POLICENTRENNUNG.

ANGABEN ZUM/ZUR NEUEN POLICEN-/RECHNUNGSEMPFÄNGER/IN

Name (Versicherungsnehmer/in)

Vorname

Versicherten-Nr. SWICA

Geburtsdatum

(Tag/Monat/Jahr)

Adresse (Strasse/Ort/PLZ)

Telefon (tagsüber erreichbar)

E-Mail

Angaben für Kollektivgemeinschaft

Name Arbeitgeber*

Verein/Verband mit Mitgliedschaft**

*Für den Fall einer bestehenden Kollektivversicherung bei SWICA

**Bitte Kopie der Verbandsmitgliedschaft einreichen.

Weitere mitversicherte Familienmitglieder im neuen Vertrag

(Bitte vermerken Sie ebenfalls Vorname, Name, Geburtsdatum und die Versichertennummer.)

GÜLTIGKEIT

Trennung ab nächster Rechnungsstellung

Trennung ab

Adresse gültig ab

(Bereits beglichene Rechnungen können weder zurückvergütet noch aufgeteilt werden.)

GEWÜNSCHTE ZAHLUNGSART FÜR PRÄMIEN UND KOSTENBETEILIGUNGEN

(nur via Schweizer/Liechtensteiner Bank- oder Postkonto möglich)

Prämienzahlung	E-Rechnung/eBill*		Lastschriftverfahren/Debit Direct**		
	Einzahlungsschein (ESR)		Prämieninkasso Firma		
Rechnungsstellung Prämien	monatlich	zweimonatlich	vierteljährlich	halbjährlich	jährlich
Zahlung der Kostenbeteiligung	E-Rechnung/eBill*		Lastschriftverfahren/Debit Direct**	Einzahlungsschein (ESR)	

*Bitte registrieren Sie sich nach Erhalt Ihrer Versicherungspolice bei Ihrer Bank/Post für E-Rechnung/eBill.

**Bitte Lastschriftverfahren-/Debit-Direct-Formular ausgefüllt beilegen.

Bis zur Freigabe der LSV-Belastungsermächtigung durch Ihre Bank stellen wir Ihnen zur Begleichung der Prämien und Kostenbeteiligungen Einzahlungsscheine (ESR) zu.

KONTO FÜR GUTSCHRIFTEN

(nur via Schweizer/Liechtensteiner Bank- oder Postkonto möglich)

Kontoinhaber/in

IBAN (Bank oder Post)

CH

Ort/Datum

Unterschrift

Versicherungsnehmer/in

Unterschrift

zweiter Elternteil*

Unterschrift

Jugendliche über 18 Jahre

*Nur notwendig, sofern die bisherige Rechnungsstellung für die gesamte Familie erfolgte.

Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht CH-DD-Basislastschrift (Swiss COR1 Direct Debit) auf das Postkonto der PostFinance AG oder Lastschriftverfahren LSV+ auf das Bankkonto



SWICA Gesundheitsorganisation, Generaldirektion, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur

Teilnehmer-Nr. der Rechnungsstellerin (RS-PID) **4110100000647953** LSV-IDENT. **SWA1W**

Angaben zur Lastschriftzahlerin/zum Lastschriftzahler (Kundin/Kunde)

Versicherten-Nr.	Firma
Name	Vorname
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
Telefon privat	Telefon Geschäft
E-Mail	Geburtsdatum

Ich wünsche die Prämienzahlung über folgendes Direktbelastungsverfahren:

via PostFinance (Swiss COR1 Direct Debit) via Bank (LSV+)

Ich wünsche die Prämienzahlung in der folgenden Periodizität:

monatlich zweimonatlich dreimonatlich halbjährlich jährlich

Ich wünsche die Kostenbeteiligung direkt meinem Konto zu belasten:

via PostFinance (Swiss COR1 Direct Debit) via Bank (LSV+)

Belastung des Postkontos mit CH-DD-Basislastschrift (Swiss COR1 Direct Debit)

Hiermit ermächtigt die Kundin/der Kunde PostFinance bis auf Widerruf, die ihr von obiger Rechnungsstellerin angegebenen fälligen Beträge ihrem/seinem Konto zu belasten.

Name/Vorname Kontoinhaber/-in

IBAN (Postkonto)

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, kann PostFinance diese mehrmals prüfen, um die Zahlung durchzuführen, ist aber nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen. Jede Belastung des Kontos wird der Kundin/dem Kunden von PostFinance in der mit ihr/ihm vereinbarten Form avisiert (z.B. mit dem Kontoauszug). Der belastete Betrag wird der Kundin/dem Kunden rückvergütet, falls sie/er innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei PostFinance in verbindlicher Form Widerspruch einlegt.

Bitte die vollständig ausgefüllte Zahlungsermächtigung **an die oben erwähnte Adresse** der Rechnungsstellerin einsenden.

Ort, Datum

Unterschrift/-en*

*Unterschrift der vollmachtgebenden oder bevollmächtigten Person auf dem Postkonto. Bei Kollektivzeichnung sind zwei Unterschriften erforderlich.

Belastung des Bankkontos mit LSV+

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr von obiger Zahlungsempfängerin vorgelegten Lastschriften in CHF meinem Konto zu belasten.

Name/Vorname Kontoinhaber/-in

Bankname PLZ, Ort

IBAN (Bankkonto)

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für meine Bank keine Verpflichtung zur Belastung. Jede Belastung meines Kontos wird mir avisiert. Der belastete Betrag wird mir rückvergütet, falls ich innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei meiner Bank in verbindlicher Form Widerspruch einlege. Ich ermächtige meine Bank, der Zahlungsempfängerin im In- oder Ausland den Inhalt dieser Belastungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem der Bank geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

Bitte die vollständig ausgefüllte Zahlungsermächtigung **an die oben erwähnte Adresse** der Rechnungsstellerin einsenden.

Ort, Datum

Unterschrift

Berichtigung (bitte leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt)

IBAN

Datum

Stempel und Visum
der Bank