



Policentrennung

Angaben zum/zur neuen Policen-/Rechnungsempfänger/in

Name (Versicherungsnehmer/in) _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ (Tag/Monat/Jahr)

Versichertennummer _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

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 _____

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

Gewünschte Zahlungsart für Prämien und Kostenbeteiligungen (nur via Schweizer Bank- oder Postkonto möglich)

Prämienzahlung E-Rechnung/eBill* Lastschriftverfahren/Debit Direct** Einzahlungsschein (ESR)

Prämieninkasso Firma

Zahlung der Kostenbeteiligung E-Rechnung/eBill* Lastschriftverfahren/Debit Direct** Einzahlungsschein (ESR)

Rechnungsstellung Prämien monatlich zweimonatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

* 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 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. des Rechnungsstellers (RS-PID) **41101000000647953**

LSV-IDENT. **SWA1W**

Angaben zum Lastschriftzahler (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 der Kunde PostFinance bis auf Widerruf, die ihr von obigem Rechnungssteller angegebenen fälligen Beträge 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 dem Kunden von PostFinance in der mit ihm vereinbarten Form avisiert (z.B. mit dem Kontoauszug). Der belastete Betrag wird dem Kunden rückvergütet, falls er innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei PostFinance in verbindlicher Form Widerspruch einlegt.

Bitte die vollständig ausgefüllte Zahlungsermächtigung **an die oben erwähnte Adresse** des Rechnungsstellers einsenden.

Ort, Datum

Unterschrift/-en*

*Unterschrift des Vollmachtgebers oder Bevollmächtigten 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 obigem Zahlungsempfänger vorgelegten Lastschriften in CHF meinem Konto zu belasten.

Name/Vorname Kontoinhaber/-in

Bankname

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, dem Zahlungsempfänger 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** des Rechnungsstellers einsenden.

Ort, Datum

Unterschrift

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

IBAN

Datum

Stempel und Visum der Bank