Svizzera LAMal/LCA

Separazione delle polizze

Informazioni sul/sulla nuovo/a destinatario/a della polizza/fattura

Cognome (contraente dell'assicurazione)

Nome

N. d'assicurato/a SWICA

Data di nascita (giorno/mese/anno)

Indirizzo (via/località/NPA)

Telefono (raggiungibile durante il giorno)

E-mail

Informazioni per società collettiva

Nome del datore di lavoro*

Associazione con affiliazione**

*Nel caso di un'assicurazione collettiva già esistente presso SWICA
**Presentare una copia dell'affiliazione all'associazione.

Altri membri della famiglia assicurati nel nuovo contratto
(Indicare nome, cognome, data di nascita e numero d'assicurato/a.)

Validità

☐ Separazione dalla prossima fattura ☐ Separazione a partire dal

Indirizzo valido dal

(Eventuali fatture già pagate non possono essere rimborsate né suddivise.)

Modalità di pagamento desiderata per i premi e le partecipazioni ai costi

(solo conto bancario/postale in Svizzera/nel Liechtenstein)

Pagamento dei premi
- ☐ E-fattura/eBill*
- ☐ Sistema di addebito diretto/Debit Direct**
- ☐ Polizza di versamento (PVR)
- ☐ Incasso dei premi ditta

Fatturazione dei premi
- ☐ mensile
- ☐ bimestrale
- ☐ trimestrale
- ☐ semestrale
- ☐ annuale

Pagamento della partecipazione ai costi
- ☐ E-fattura/eBill*
- ☐ Sistema di addebito diretto/Debit Direct**
- ☐ Polizza di versamento (PVR)

*Alla ricezione della polizza d'assicurazione, si iscriva per l'e-fattura/eBill presso la sua banca/posta.
**Allegare il modulo di addebitamento diretto/Debit Direct debitamente compilato.
Fino alla ricezione dell'autorizzazione della sua banca per l'addebito diretto, per il pagamento dei premi/delle partecipazioni ai costi le inviamo delle polizze di versamento (PVR).

Conto per accrediti

(solo conto bancario/postale in Svizzera/nel Liechtenstein)

Titolare del conto

IBAN (banca o posta) CH

Luogo/data	Firma del/della contraente dell'assicurazione	Firma secondo genitore*	Firma giovani con più di 18 anni

*Necessaria solo se finora l'emissione della fattura avveniva per l'intera famiglia.

230i / online / 6.2025

Autorizzazione di pagamento con diritto di revoca CH-DD di base per gli addebiti diretti (Swiss COR1 Direct Debit) sul conto postale di PostFinance SA o sistema di addebito LSV+ sul conto bancario

SWICA

SWICA Gesundheitsorganisation, Generaldirektion, Römerstrasse 37, 8400 Winterthur

Numero d'aderente Debit Direct (RS-PID) **41101000000647953** LSV-IDENT. **SWA1W**

Dati della pagatrice/del pagatore dell'addebito (cliente)

Numero di assicurazione Ragione sociale

Cognome Nome

Indirizzo, n. NPA, luogo

Telefono privato Telefono profess.

E-mail Data di nascita

Desidero pagare i premi attraverso la seguente modalità di addebitamento diretto:
☐ via PostFinance (Swiss COR1 Direct Debit) ☐ via banca (LSV+)

Desidero pagare i premi con la seguente scadenza:
☐ ogni mese ☐ ogni due mesi ☐ ogni tre mesi ☐ ogni sei mesi ☐ ogni anno

Desidero addebitare la partecipazione ai costi direttamente sul mio conto:
☐ via PostFinance (Swiss COR1 Direct Debit) ☐ via banca (LSV+)

Addebito sul conto postale con CH-DD di base per gli addebiti diretti (Swiss COR1 Direct Debit)

Con la presente la/il cliente autorizza PostFinance, fino a nuovo ordine, ad addebitare sul proprio conto gli importi pendenti indicati dall'emittente della fattura di cui sopra.

Cognome/nome intestataria/o del conto

IBAN (conto postale)

In assenza di una copertura sufficiente sul conto, PostFinance può verificarla più volte per eseguire il pagamento, ma non è tenuta a effettuare l'addebito. Per ogni addebito del conto viene fornito un avviso alla/al cliente di PostFinance nella forma convenuta con la stessa/lo stesso (ad es. con l'estratto conto). L'importo addebitato viene riaccreditato alla/al cliente nel caso in cui, entro 30 giorni dalla data dell'avviso, presenti un'obiezione presso PostFinance in forma vincolante.

Si prega di inviare l'autorizzazione di pagamento debitamente compilata all'**indirizzo** dell'emittente della fattura **summenzionato.**

Luogo, data Firma(e)*

* Firma della/del mandante o della procuratrice/del procuratore sul conto postale. In caso di firma collettiva sono necessarie due firme.

Addebito del mio conto bancario (LSV+)

Con la presente autorizzo revocabilmente la mia banca ad addebitare sul mio conto gli avvisi di addebito in CHF emessi dalla beneficiaria summenzionata.

Cognome/nome intestataria/o del conto

Nome della banca NPA, luogo

IBAN (conto bancario)

Se il mio conto non presenta la copertura necessaria, la mia banca non è tenuta ad effettuare l'addebito. Riceverò un avviso per ogni addebito sul mio conto. L'importo addebitato mi verrà riaccreditato se lo contesterò alla mia banca in forma vincolante entro 30 giorni dalla data dell'avviso. Autorizzo la mia banca ad informare la destinataria del pagamento in Svizzera o all'estero sul contenuto della presente autorizzazione all'addebito nonché sulla sua eventuale revoca successiva, in qualsiasi modo essa lo ritenga opportuno.

Si prega di inviare l'autorizzazione di pagamento debitamente compilata all'**indirizzo** dell'emittente della fattura **summenzionato.**

Luogo, data Firma

Rettifica (lasciare vuoto, viene compilato dalla banca)

IBAN

Data Timbro e visto della banca