



# Policenzusammenführung

## Angaben versicherte Person

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ (Tag/Monat/Jahr)

Versichertennummer \_\_\_\_\_

Beziehung zum Hauptversicherungsnehmer  Ehepartner/in  Konkubinatspartner/in  Vater/Mutter volljähriger Person  Andere \_\_\_\_\_

Weitere mitversicherte Familienmitglieder im neuen Vertrag  
(Bitte vermerken Sie ebenfalls Vorname, Name, Geburtsdatum und die Versichertennummer)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Angaben zum/zur neuen Policen-/Rechnungsempfänger/in (Hauptversicherungsnehmer/in)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Versichertennummer \_\_\_\_\_

**Gültigkeit**  Zusammenführung ab nächster Rechnungsstellung  Zusammenführung ab \_\_\_\_\_

Dieser Abschnitt ist nur auszufüllen, falls sich die Kontoangaben des/der Hauptversicherungsnehmers/-nehmerin ändern

## 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 \_\_\_\_\_

---

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ (Tag/Monat/Jahr)  
Versichertennummer \_\_\_\_\_

**Gemeinsame Administration für Familien und Paare**

Die Versicherungsabwicklung im Verbund bedeutet, dass alle Dokumente (wie z.B. Aufnahmeentscheide, Prämien- und Kostenbeteiligungsrechnungen, Leistungsabrechnungen, Versicherungspolicen, Versichertenkarten, Steuernachweise, Korrespondenzen zu Leistungsrückerstattungen, Versicherungsdeckungen) im Rahmen des Versicherungsverhältnisses als Familienpolice (Familieninkasso) geführt werden und die nachfolgend als «Hauptversicherungsnehmer» definierte Person als Zahler sämtlicher Prämien der Familienpolice (d.h., der «Hauptversicherungsnehmer» ist dafür verantwortlich, dass die Prämien sämtlicher Versicherungsnehmer der Familienpolice gesamthaft einbezahlt werden) und Kostenbeteiligungen sowie Korrespondenzempfänger geführt wird sowie die Leistungsauszahlungen erhält.

Dementsprechend wird jegliche Korrespondenz sowie die darin enthaltenen Angaben, inklusive besonders schützenswerter Personendaten wie Daten über die Gesundheit, von SWICA an den «Hauptversicherungsnehmer» zugesendet oder weitergegeben. Die Zustellung erfolgt grundsätzlich für die gesamte Postzustellung, inklusive Verfügungen, rechtsverbindlicher Mitteilungen und fristgebundener Entscheide. SWICA lehnt für die Folgen der Preisgabe der Daten durch den «Hauptversicherungsnehmer» jegliche Haftung ab und SWICA haftet auch nicht für die Folgen, die sich aus einer allenfalls verzögerten Weiterleitung von Informationen durch den «Hauptversicherungsnehmer» an die versicherte Person ergeben. Diese Vollmacht gilt bis auf Widerruf und kann jederzeit widerrufen werden.

---

Ort/Datum	Unterschrift Hauptversicherungsnehmer/in	Unterschrift versicherte Person	Unterschrift Jugendliche über 18 Jahre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

# 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 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, 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