



# Regroupement de polices

## Coordonnées de la personne assurée

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ (jour/mois/année)

N° d'assuré/e \_\_\_\_\_

Relation avec le preneur/la preneuse d'assurance principal/e

Conjoint/e       Concubin/e       Père/mère personne majeure

Autre \_\_\_\_\_

Autres membres de la famille coassurés dans le nouveau contrat  
(Merci d'indiquer également le prénom, le nom, la date de naissance et le numéro d'assuré/e.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Renseignements sur le nouveau/la nouvelle destinataire de la police/facture (preneur/preneuse d'assurance principal/e)

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

N° d'assuré/e \_\_\_\_\_

**Validité**

Regroupement à partir de la prochaine facturation

Regroupement à partir du \_\_\_\_\_

**Cette partie ne doit être remplie qu'en cas de modification des coordonnées de compte du preneur/de la preneuse d'assurance principal/e**

## Modalité de paiement souhaitée pour les primes et participations aux coûts (uniquement via un compte bancaire ou postal suisse)

Paiement des primes

E-facture/eBill\*       Recouvrement direct/Debit Direct\*\*       Bulletin de versement (BVR)

Encaissement des primes par l'entreprise

Paiement de la participation aux coûts

E-facture/eBill\*       Recouvrement direct/Debit Direct\*\*       Bulletin de versement (BVR)

Facturation des primes

mensuel       bimensuel       trimestriel       semestriel       annuel

\* Veuillez-vous inscrire dès réception de la police d'assurance auprès de votre banque ou de votre bureau de poste pour l'e-facture/eBill.

\*\* Prière de joindre le formulaire de recouvrement direct/Debit Direct dûment rempli.

Jusqu'à ce que votre banque délivre l'autorisation de débit LSV, nous vous ferons parvenir des bulletins de versement (BVR) pour le règlement des primes et participations aux coûts.

## Compte pour les versements (uniquement via un compte bancaire ou postal suisse)

Titulaire du compte \_\_\_\_\_

IBAN (banque ou poste) CH \_\_\_\_\_

---

Nom \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ (jour/mois/année)  
N° d'assuré/e \_\_\_\_\_

**Administration conjointe de familles et couples**

Le déroulement d'un contrat collectif implique en outre que tous les documents (tels que décisions d'admission, décomptes de primes et de participations aux coûts, décomptes de prestations, polices d'assurance, cartes d'assurance, attestations pour le fisc, correspondance relative au remboursement de prestations et couvertures d'assurance) sont administrés sur le plan des relations d'assurance en tant que police familiale (encaissement familial). La personne désignée en tant que «preneur d'assurance principal» est réputée être le débiteur de l'ensemble des primes de la police familiale (en d'autres termes, le «preneur d'assurance principal» répond de ce que les primes et participations aux coûts de tous les preneurs d'assurance de la police familiale soient payées dans leur ensemble). Il est aussi le destinataire de la correspondance et des prestations versées.

Dès lors, toute correspondance ainsi que les données contenues dans celle-ci, y compris les données personnelles sensibles telles que celles relatives à la santé sont envoyées ou transmises par SWICA au «preneur d'assurance principal». Tout le courrier est adressé en principe par la poste, y compris les décisions, les communications ayant des effets juridiques contraignants et les décisions impliquant des délais. SWICA ne répond pas des conséquences d'une divulgation des données par le «preneur d'assurance principal» ni du retard éventuel avec lequel ce dernier aurait transmis des informations à la personne assurée. La présente procuration conserve sa validité jusqu'à sa révocation, laquelle peut intervenir en tout temps.

---

Lieu/date	Signature preneur/preneuse d'assurance principal/e	Signature personne assurée	Signature jeunes gens de plus de 18 ans
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

# Autorisation de paiement avec droit de contestation Prélèvement CH-DD de base (Swiss COR1 Direct Debit) sur le compte postal de PostFinance SA ou procédure de débit LSV+ sur le compte bancaire



SWICA Gesundheitsorganisation, Generaldirektion, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur

No° d'adhérent Debit Direct (RS-PID) **41101000000647953**

LSV-IDENT. **SWA1W**

## Informations sur le débiteur (client)

No d'assuré	Entreprise
Nom	Prénom
Rue, no	NPA, localité
Téléphone privé	Téléphone professionnel
E-mail	Date de naissance

### Je souhaite payer mes primes par le système de recouvrement direct suivant:

via PostFinance (Swiss COR1 Direct Debit)  par la banque (LSV+)

### Je souhaite payer mes primes dans la périodicité suivante:

mensuellement  tous les deux mois  trimestriellement  semestriellement  annuellement

### Je souhaite faire débiter la participation aux frais directement de mon compte:

via PostFinance (Swiss COR1 Direct Debit)  par la banque (LSV+)

## Débit du compte postal avec prélèvement CH-DD de base (Swiss COR1 Direct Debit)

Par la présente, le client autorise PostFinance jusqu'à révocation à prélever sur son compte les montants dus à l'émetteur de la facture indiqué ci-dessus.

Nom/prénom titulaire du compte

IBAN (compte postal)

Si le compte ne présente pas la solvabilité nécessaire, PostFinance est autorisée à contrôler le solde à plusieurs reprises en vue d'exécuter le paiement, mais n'est pas tenue d'effectuer le débit.

Chaque débit du compte est notifié au client par PostFinance sous la forme convenue avec lui (p. ex. via l'extrait de compte). Le montant débité est remboursé au client si, dans les 30 jours qui suivent la date de notification, il transmet à PostFinance une opposition sous forme contraignante.

Veuillez envoyer l'autorisation de paiement dûment remplie à l'adresse de l'émetteur de la facture indiquée ci-dessus.

Lieu, date

Signature(s)\*

\* Signature du mandant ou du mandataire titulaire du compte postal. Deux signatures sont requises en cas de signature collective.

## Débit de mon compte bancaire (LSV+)

Par la présente, j'autorise ma banque, sous réserve de révocation, à débiter de mon compte les recouvrements directs en CHF émis par le bénéficiaire ci-dessus.

Nom/prénom titulaire du compte

Nom de la banque NPA, localité

IBAN (compte bancaire)

Si mon compte ne présente pas la couverture suffisante, il n'existe pour ma banque aucune obligation de débit. Chaque débit sur mon compte me sera avisé. Le montant débité me sera remboursé si je le conteste dans les 30 jours après la date de l'avis auprès de ma banque, en la forme contraignante. J'autorise ma banque à informer le bénéficiaire, en Suisse ou à l'étranger, du contenu de cette autorisation de débit ainsi que de son éventuelle annulation par la suite, et ce par tous les moyens de communication qui lui sembleront appropriés.

Veuillez envoyer l'autorisation de paiement dûment remplie à l'adresse de l'émetteur de la facture indiquée ci-dessus.

Lieu, date

Signature

## Rectification (laisser vide, à remplir par la banque)

IBAN

Date

Timbre et visa  
de la banque