



Raggruppamento delle polizze

Dati della persona assicurata

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____ (giorno/mese/anno)

Numero d'assicurato/a _____

Relazione con l'assicurato/a principale Coniuge Convivente Padre/madre persona maggiorenne Altro _____

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

Dati del/della nuovo/a destinatario/a della polizza/delle fatture (assicurato/assicurata principale)

Cognome _____

Nome _____

Telefono _____

Numero d'assicurato/a _____

Validità Congiungimento dalla prossima fattura Congiungimento dal _____

Questa parte deve essere compilata solo se cambiano i dati del conto dell'assicurato/dell'assicurata principale.

Modalità di pagamento desiderata per i premi e le partecipazioni ai costi (solo conto bancario/postale in Svizzera)

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

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

Fatturazione dei premi mensile bimestrale trimestrale semestrale annuale

* 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)

Titolare del conto _____

IBAN (banca o posta) CH _____

Cognome _____
Nome _____
Data di nascita _____ (giorno/mese/anno)
Numero d'assicurato/a _____

Amministrazione congiunta per famiglie e coppie

Lo svolgimento dell'assicurazione unificata comporta inoltre che tutti i documenti (come, ad esempio, decisioni relative all'ammissione, fatture dei premi e delle partecipazioni ai costi, conteggi delle prestazioni, polizze assicurative, tessere d'assicurato, attestati fiscali, corrispondenza sui rimborsi delle prestazioni, coperture assicurative), nell'ambito del rapporto d'assicurazione, siano gestiti come polizza familiare (incasso di famiglia) e la persona definita qui di seguito quale «assicurato principale» è considerata debitore di tutti i premi della polizza familiare (vale a dire che l'«assicurato principale» è responsabile per il pagamento complessivo dei premi di tutti gli assicurati della polizza familiare) e delle partecipazioni ai costi; essa è altresì destinataria della corrispondenza e riceve i pagamenti delle prestazioni.

Pertanto tutta la corrispondenza e le indicazioni in essa contenute, compresi in particolare i dati personali degni di protezione, come quelli sulla salute, vengono inviate o trasmesse da SWICA all'«assicurato principale». Di principio l'invio ha luogo per tutte le notifiche tramite posta, comprese le decisioni formali, le comunicazioni giuridicamente vincolanti e le decisioni vincolate a una scadenza. SWICA respinge ogni responsabilità per le conseguenze della rivelazione dei dati da parte dell'«assicurato principale» e non è responsabile neanche per le conseguenze dell'eventuale ritardo nella comunicazione delle informazioni alla persona assicurata da parte dell'«assicurato principale». Questa procura vale fino alla sua revoca e può essere revocata in ogni momento.

| Località, data | Firma dell'assicurato/ dell'assicurata principale | Firma della persona assicurata | Firma giovani in età superiore ai 18 anni |
|----------------------|--|-----------------------------------|--|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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 Gesundheitsorganisation, Generaldirektion, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur

Numero d'aderente Debit Direct (RS-PID) **41101000000647953**

LSV-IDENT. **SWA1W**

Dati 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 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 intestatario(-a) 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 al cliente di PostFinance nella forma convenuta con lo stesso (ad es. con l'estratto conto). L'importo addebitato viene riaccreditato 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 del mandante o 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 dal beneficiario summenzionato.

Cognome/nome intestatario(-a) 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 il destinatario 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