

Procuration

Données personnelles

A remplir entièrement, s.v.p

Madame Monsieur

Prénom, Nom

Rue, No

NPA, Localité

Téléphone

E-Mail

Cette procuration est valable

Du _____ au _____

Les informations et les documents me concernant ou concernant mon état de santé doivent être (directement) en lien avec les primes, les participations aux coûts ou les données fiscales.

Adresse de correspondance

Je souhaite que l'ensemble de la correspondance qui m'est destinée (primes, participations aux coûts, police d'assurance, etc.) soit adressée à la personne désignée ci-dessus (à l'exception de la carte d'assuré et les rappels). La relation bancaire ou postale reste identique.

Oui Non

Durée de validité de l'adresse de correspondance

Du _____ au _____

(Il est possible d'annuler en tout temps la procuration concernant l'adresse de correspondance.)

Personne assurée

No d'ass.

Prénom, Nom

Rue, No

NPA, Localité

Téléphone

E-Mail

Par la présente, je consens à ce que les renseignements ou documents soient fournis aux conditions citées précédemment durant la durée de validité de la procuration. Je délègue la GALENOS ainsi que tous les collaborateurs compétents de leur secret professionnel, resp. de leur obligation légale de garder le secret et ce, sans aucune restriction.

Lieu et date

Signature du preneur d'assurance

Lieu et date

Signature du mandataire

Merci de faire parvenir ce document dûment complété et signé à la GALENOS Assurance-maladie et accidents, Case postale, 8021 Zurich.