

Déclaration de procuration

Données personnelles

N° d'assuré/e: _____ Date de naissance: _____
 Nom: _____ Rue: _____
 Prénom: _____ NPA / localité: _____

autorise la personne ci-dessous

Nom: _____ NPA / localité: _____
 Prénom: _____ N° de tél privé / prof: _____
 Date de naissance: _____ E-mail: _____
 Rue: _____

à intervenir dans les affaires d'assurance du groupe Visana (Visana Assurances SA, Visana SA, Visana Assurances générales SA, sana24 SA, vivacare SA et Galenos SA) et à effectuer les opérations suivantes:

(Prière de marquer d'une croix ce qui convient)

<input type="checkbox"/> Modification d'assurance	<input type="checkbox"/> Réception de l' ensemble de la correspondance
<input type="checkbox"/> Envoi de résiliations	OU (une seule sélection possible)
<input type="checkbox"/> Modification des coordonnées de paiement	<input type="checkbox"/> Réception de la correspondance suivante
<input type="checkbox"/> Renseignements (sans données médicales / liées à la santé)	<input type="checkbox"/> Police d'assurance / Offres / Étiquettes autocollantes / Carte d'assurance
OU (une seule sélection possible)	<input type="checkbox"/> Magazine destiné à la clientèle
<input type="checkbox"/> Renseignements (y compris données médicales / liées à la santé)	<input type="checkbox"/> Factures de primes
	<input type="checkbox"/> Décomptes de prestations / Factures de participation aux coûts
	<input type="checkbox"/> Correspondance individuelle (peut contenir des indications médicales)

Payement des prestations et des remboursements de primes:

(Prière de marquer d'une croix ce qui convient)

par le biais des coordonnées bancaires / postales actuelles

par le biais des coordonnées bancaires / postales **de la personne à laquelle la procuration est donnée**

IBAN: **CH**

Le présent mandat est valable à partir de la date de la signature jusqu'à révocation écrite. Par la présente, la personne donnant procuration délègue sans réserve le groupe Visana ainsi que ses collaboratrices et collaborateurs, dans le cadre de la procuration octroyée, de leur secret professionnel, c'est-à-dire de leur obligation légale de garder le secret vis-à-vis de la personne à laquelle la procuration est donnée, pour l'accomplissement des prestations de service souhaitées.

Lieu / date:

Signature de la personne assurée:

Signature de la personne à laquelle la procuration est donnée:

En signant ce formulaire, vous donnez votre accord pour que nous consignions vos données personnelles dans notre système et que nous les utilisions pour le traitement de nos prestations d'assurance.