

Procuration

Domaine d'application Assurance de base (LAMal)
 Assurance/s complémentaire/s (LCA)

Personne assurée – À des fins d'identification, il est impératif de joindre une copie de la pièce d'identité.

Prénom, nom _____
Rue, no _____
NPA, localité _____
No d'assurance _____
No de téléphone _____
E-mail _____

Personne autorisée Mme M.

Prénom, nom _____
Rue, no _____
NPA, localité _____
Date de naissance _____
No de téléphone _____
E- mail _____

J'autorise la personne mentionnée ci-dessus à se procurer les renseignements suivants ou à procéder aux actes suivants dans le cadre de l'assurance auprès du Groupe Helsana :

- obtenir tous types de renseignements, y c. des données sensibles
 modifier des données personnelles (p. ex. nom, état civil, adresse, coordonnées bancaires)
 modifier la couverture d'assurance (p. ex. franchise, couverture accident, médecin de famille, modèle alternatif d'assurance)
 résilier la couverture d'assurance

Souhaitez-vous modifier l'adresse administrative ?

- Je souhaite que toute la correspondance (en particulier les factures de prime, la police d'assurance, ainsi que les documents pouvant contenir des données sensibles, comme les décomptes de prestations, etc.) soit adressée à la personne autorisée. Cela concerne les domaines d'application LAMal et LCA.

Information à la personne autorisée

Vous êtes assuré-e chez nous et utilisez le portail clients myHelsana ? Dans ce cas, vous recevrez la correspondance de la personne assurée en format numérique sur votre compte ou en plus par courrier, en fonction de vos paramètres.

- Non, je souhaite recevoir la correspondance de la personne assurée par courrier uniquement.

La présente procuration est valable dès la date de la signature et jusqu'à sa révocation écrite. Je délègue le Groupe Helsana et tous les collaborateurs compétents de l'obligation légale de garder le secret envers la personne autorisée dans le cadre de cette procuration, et ce sans réserve.

Lieu et date _____ Signature de la personne assurée (ou représentant/e légal/e)

Lieu et date _____ Signature de la personne autorisée

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli et signé avec une copie de la pièce d'identité de la personne assurée au Service Clientèle : Helsana Assurances SA, case postale, 8081 Zurich