

Procuration

Domaine d'application

- Assurance de base (LAMal)
 Assurance/s complémentaire/s (LCA)

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

Prénom, nom _____
Rue, n° _____
NPA, localité _____
N° d'assurance _____
N° de téléphone _____
E-mail _____

Je souhaite/Nous souhaitons 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.

Personne autorisée

Mme M.

Prénom, nom _____
Rue, n° _____
NPA, localité _____
Date de naissance _____
N° de téléphone _____
E-mail _____

J'autorise/Nous autorisons 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
-

La présente procuration est valable dès la date de la signature et jusqu'à sa révocation écrite. Je délègue/Nous délègions 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/des personne/s assurée/s (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/des personne/s assurée/s au Service Clientèle : Helsana Assurances SA, case postale, 8081 Zurich