

Procuration

Preneur d'assurance:

Prénom et nom:

Date de naissance:

Procuration autorisant à envoyer du courrier et à donner des renseignements:

Le/la soussigné(e) (mandant) charge Sanitas de transmettre les informations suivantes à l'office ou à la personne mentionné(e) ci-dessous:

- ☐ Factures de primes
- ☐ Décompte de prestations
- ☐ Courriers concernant l'assurance de base obligatoire et les assurances complémentaires
- ☐ Renseignements (sauf renseignements médicaux)
- ☐ Renseignements (y compris les renseignements médicaux)
- ☐ Paiements

Procuration autorisant uniquement à donner des renseignements:

Le/la soussigné(e) (mandant) charge Sanitas de transmettre les informations suivantes à l'office ou à la personne mentionné(e) ci-dessous:

- ☐ Factures de primes
- ☐ Décompte de prestations
- ☐ Courriers concernant l'assurance de base obligatoire et les assurances complémentaires
- ☐ Renseignements (sauf renseignements médicaux)
- ☐ Renseignements (y compris les renseignements médicaux)
- ☐ Paiements

Cette procuration s'étend à toutes les formalités administratives, données médicales, questions relatives aux prestations, modifications contractuelles, et est valable avec effet immédiat, et ce jusqu'à sa révocation.

Données du mandataire:

Nom et prénom:

Office:

Rue:

NPA / lieu:

Téléphone:

Valable dès le:

Lieu et date:

Signature du mandant:

Veuillez nous retourner le formulaire dûment rempli et signé.

sanitas