

Procuration



Personne assurée

Numéro d'assuré/e	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>
Nom/prénom	<input type="text"/>	Rue	<input type="text"/>
NPA/localité	<input type="text"/>	Tél. privé/prof.	<input type="text"/>

Renseignements

J'autorise la personne physique ou morale ci-après à agir en mon nom auprès d'EGK pour mes affaires d'assurance et à entreprendre les actions suivantes:

- Modifications d'assurance Communication de renseignements

Documents

J'autorise par la présente EGK Assurances de base et EGK Assurances privées SA à transmettre les documents cochés ci-dessous à la personne physique ou morale ci-après et à lui communiquer tous les renseignements sur mon assurance:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Notifications | <input type="checkbox"/> Remboursements de primes | <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance |
| <input type="checkbox"/> Rappels de primes | <input type="checkbox"/> Carte d'assuré | <input type="checkbox"/> Décomptes de prestations |
| <input type="checkbox"/> Magazine clients Vivere | <input type="checkbox"/> Remboursements de prestations | <input type="checkbox"/> Factures de primes |
| <input type="checkbox"/> Rappels de participations aux coûts | | |

Vous continuerez à recevoir les documents non cochés.

Personne physique ou morale autorisée

Société/office	<input type="text"/>
Nom/prénom	<input type="text"/>
Date de naissance (personne physique)	<input type="text"/>
Rue	<input type="text"/>
NPA/localité	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>
N° IBAN banque/poste	<input type="text"/>
Nom de la banque, NPA/localité	<input type="text"/>

La présente procuration est valable à partir de la date de signature jusqu'à révocation écrite.

Lieu/date	<input type="text"/>
-----------	----------------------

Signatures

PERSONNE ASSURÉE

PERSONNE PHYSIQUE OU MORALE AUTORISÉE (AVEC CACHET)

EGK-Caisse de Santé
Brislachstrasse 2, 4242 Laufon
Téléphone 061 765 51 11
info@egk.ch, egk.ch