

Prénom, Nom :

Rue :

NPA, Localité :

Groupe Mutuel
Rue des Cèdres 5
Case postale
1919 Martigny

Procuration

Nom, prénom (représenté/e) :

Numéro de client :

Adresse complète :

Nom de l'assureur :

autorise la personne citée ci-dessous à entreprendre les actions spécifiées ci-après :

Nom, prénom (représentant/e) :

Adresse complète :

Type d'accès :

- consulter des données administratives (à l'exception des documents médicaux)
- consulter des données médicales
- représenter l'assuré auprès de l'assureur
- modifier le dossier d'assurance maladie de l'assuré

Raison de la procuration : *(la mention d'une raison au minimum est obligatoire)*

- changement d'adresse
- changement de coordonnées de paiement
- contrôle des paiements (p. ex. primes, arriérés, subsides, contentieux)
- contrôle de décomptes de prestations
- contrôle de factures des fournisseurs de soins
- autres raisons :

Accès particulier pour les utilisateurs de GMnet :

- J'autorise la personne soussignée à gérer mon dossier d'assurance au sein de son compte GMnet. En acceptant, je comprends que la personne soussignée pourra consulter et modifier mes données contractuelles, personnelles et médicales.

La personne représentée confirme avoir pris connaissance des éléments complétés ci-dessus. La validité de la procuration court dès sa signature et perdure aussi longtemps que la personne représentée ne la révoque pas. Les personnes de moins de 18 ans ne sont pas autorisées à donner valablement procuration. Toute falsification de procuration sera poursuivie pénalement.

Lieu et date :
.....

Signature (représenté/e) :
.....

Lieu et date :
.....

Signature (représentant/e) :
.....

Annexes obligatoires :

Copie de la pièce d'identité (carte d'identité, passeport) de la personne représentante
Copie de la pièce d'identité (carte d'identité, passeport) de la personne représentée