

Prénom, nom :

Rue :

Code postal, lieu :

Groupe Mutuel
Rue des Cèdres 5
Case postale
1919 Martigny

Procuration

Nom, prénom, rue, code postal, lieu :

.....

autorise :

Nom, prénom, rue, code postal, lieu :

.....

à consulter des données (à l'exception des documents du service médical) et à représenter l'assuré auprès de l'assureur, membre du Groupe Mutuel, suivant :

Nom de l'assureur :

Numéro de client :

Raison de la consultation / représentation :

- 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 :

(la mention d'une raison est obligatoire)

GMnet :

- J'autorise la personne soussignée à gérer mon compte GMnet.

De par ma signature, je confirme avoir pris connaissance du fait que les personnes de moins de 18 ans ne sont pas autorisées à donner valablement procuration et que toute falsification de procuration sera poursuivie pénalement.

Lieu et date :

Signature :

.....

(représenté/e)

.....

.....

(représentant/e)

.....

Annexes indispensables:

Copie de la pièce d'identité (p. ex. carte d'identité, passeport) de la personne représentée

Copie de la pièce d'identité (p. ex. carte d'identité, passeport) de la personne représentante