

Procuration

Personne assurée

Prénom	Nom	Date de naissance	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Rue, numéro de rue		NPA / Localité	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Numéros de téléphone			
Privé	<input type="text"/>	Mobile	<input type="text"/>
		Professionnel	<input type="text"/>
E-mail	Numéro de client		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Personne autorisée / Office autorisé

Prénom	Nom	Date de naissance	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ou			
Office / Entreprise			
<input type="text"/>			
Rue, numéro de rue		NPA / Localité	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Numéros de téléphone			
Privé	<input type="text"/>	Mobile	<input type="text"/>
		Professionnel	<input type="text"/>
E-mail	Numéro de client		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

J'autorise la CSS à communiquer des **informations** en tout genre à la personne mentionnée ci-dessus / l'Office mentionné ci-dessus.

Oui Non

J'autorise la personne mentionnée ci-dessus / l'Office mentionné ci-dessus à apporter des **modifications** à mon contrat.

Oui Non

Je souhaite que la personne mentionnée ci-dessus / l'Office mentionné ci-dessus reçoive **toute la correspondance** de la CSS (primes, participations aux coûts, polices, cartes d'assurés et décisions).

Oui Non

Lieu	Date	Signature
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

La procuration reste valable jusqu'à sa révocation.

Merci d'envoyer la procuration complétée à l'adresse suivante:

CSS, Centre de Services, case postale 2550, 6002 Lucerne