



Procuration

1/1

1. Personne assurée

Veillez fournir tous
les renseignements
de manière complète

Nom

Prénom

Rue et n°

NPA/localité

Numéro de client

Date de naissance

N° de tél. en journée

Adresse e-mail

2. Mandataire

Veillez fournir tous
les renseignements
de manière complète

Nom

Prénom

Rue et n°

NPA/localité

Date de naissance

N° de tél. en journée

Adresse e-mail

3. Renseignements

J'autorise le/la mandataire à demander tout renseignement utile à mon assureur du Groupe Sympany.
(Le Groupe Sympany comprend Vivao Sympany SA, Moove Sympany SA, Sympany Assurances SA et Caisse maladie Kolping SA.)

Restrictions de la procuration:

Veillez lister
les restrictions

4. Correspondance

Je souhaite que l'ensemble de la correspondance soit adressé au mandataire.

Exceptions:

Veillez lister
les exceptions

5. Confirmation par signature

Il est possible d'annuler ou modifier cette procuration en tout temps.

Veillez signer et
renvoyer par courrier
postal ou par e-mail à
l'adresse indiquée en
haut de la page

Lieu et date

Signature