

Données personnelles d'assuré/e

Nom	_____	Prénom	_____
Date de naissance	_____	N° d'assuré/e	_____
Rue, N°	_____	NPA, localité	_____
Tél. privé	_____	Tél. prof.	_____
Courriel	_____		

Procuration

Par la présente, j'autorise la personne ci-après à agir en mon nom auprès des assurances Aquilana (ci-après Aquilana) et notamment à prodéder aux actions suivantes dans le cadre de mes affaires d'assurance:

- Obtenir et/ou fournir des renseignements sur ma personne et ma santé (y compris commande de documents sur demande expresse tels que polices, décomptes de prestations, etc.)
- Procéder à des modifications d'assurance (y c. conclusion et résiliation de produits et de contrats)

Adresse de correspondance

Je charge Aquilana d'adresser toute la correspondance concernant mes affaires d'assurance (factures de primes et prestations, polices, carte d'assuré/e, etc.) à la personne ci-après, au bénéfice d'une procuration.

Oui Non

L'autorisation relative à l'adresse de correspondance peut être révoquée en tout temps et ne touche pas la validité de la procuration.

Données personnelles du/de la mandataire

Nom	_____	Prénom	_____
Date de naissance	_____	Courriel	_____
Rue, N°	_____	NPA, localité	_____
Tél. privé	_____	Tél. prof.	_____

Cette procuration reste valable jusqu'à sa révocation écrite.

Lieu et date

Preneur/euse d'assurance

Lieu et date

Mandataire

Prière d'imprimer le formulaire complété, de le signer et de l'envoyer à Aquilana. Merci d'avance!