

Procuration

Domaine d'application ☐ Assurance de base (LAMal)
☐ Assurance/s complémentaire/s (LCA)

Personne assurée – À des fins d'identification, il est impératif de joindre une copie de la pièce d'identité.

Prénom, nom

Rue, no

NPA, localité

No d'assurance

No de téléphone

E-mail

Personne autorisée ☐ Mme ☐ M.

Prénom, nom

Rue, no

NPA, localité

Date de naissance

No de téléphone

E- mail

J'autorise la personne mentionnée ci-dessus à se procurer les renseignements suivants ou à procéder aux actes suivants dans le cadre de l'assurance auprès du Groupe Helsana :

- ☐ obtenir tous types de renseignements, y c. des données sensibles
- ☐ modifier des données personnelles (p. ex. nom, état civil, adresse, coordonnées bancaires)
- ☐ modifier la couverture d'assurance (p. ex. franchise, couverture accident, médecin de famille, modèle alternatif d'assurance)
- ☐ résilier la couverture d'assurance

Souhaitez-vous modifier l'adresse administrative ?

- ☐ Je souhaite que toute la correspondance (en particulier les factures de prime, la police d'assurance, ainsi que les documents pouvant contenir des données sensibles, comme les décomptes de prestations, etc.) soit adressée à la personne autorisée. Cela concerne les domaines d'application LAMal et LCA.

Information à la personne autorisée

Vous êtes assuré-e chez nous et utilisez le portail clients myHelsana ? Dans ce cas, vous recevrez la correspondance de la personne assurée en format numérique sur votre compte ou en plus par courrier, en fonction de vos paramètres.

- ☐ Non, je souhaite recevoir la correspondance de la personne assurée par courrier uniquement.

La présente procuration est valable dès la date de la signature et jusqu'à sa révocation écrite. Je délie le Groupe Helsana et tous les collaborateurs compétents de l'obligation légale de garder le secret envers la personne autorisée dans le cadre de cette procuration, et ce sans réserve.

Lieu et date

Signature de la personne assurée (ou représentant/e légal/e)

Lieu et date

Signature de la personne autorisée

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli et signé avec une copie de la pièce d'identité de la personne assurée au Service Clientèle : Helsana Assurances SA, case postale, 8081 Zurich

Helsana Assurance SA
Trafic des paiements FDZ
Case postale
8081 Zurich

Autorisation de paiement avec droit d'opposition

Prélèvement de base CH-DD sur le compte postal de PostFinance SA ou recouvrement direct LSV+ sur le compte bancaire

Preneur d'assurance	Nom
	Prénom
	N° d'assuré
	Adresse
Champ d'application de cette autorisation	☐ Primes et participations aux coûts (standard en cas d'absence de sélection) ☐ <i>Primes uniquement</i> ☐ <i>Participations aux coûts uniquement</i>
Compte destiné au versement	☐ Je souhaite à l'avenir que tous les versements soient effectués sur le compte ci-dessous.
Remarque concernant la période de transition	Vous continuerez à recevoir vos primes et/ou décomptes de prestations jusqu'à l'enregistrement complet de cette autorisation.

☐ **Compte bancaire**

Veuillez envoyer l'autorisation de paiement entièrement complétée à **votre banque**.

☐ **Compte postal**

Veuillez envoyer l'autorisation de paiement entièrement complétée à l'adresse suivante:

Helsana Assurances SA, Case postale, 8081 Zurich

Débit du compte bancaire avec LSV+

Par la présente, j'autorise ma banque à débiter les prélèvements en CHF présentés par le bénéficiaire ci-dessus de mon compte jusqu'à nouvel ordre.

Si mon compte ne présente pas le crédit nécessaire, ma banque n'est pas tenue de le débiter. Je suis informé de tout débit effectué sur mon compte. La somme débitée m'est recréditée si je forme opposition en bonne et due forme auprès de ma banque dans les 30 jours suivant la date de notification. J'autorise ma banque à porter à la connaissance du bénéficiaire du paiement en Suisse ou à l'étranger le contenu de cette autorisation de débit ainsi que son annulation ultérieure éventuelle, par tout moyen de communication qui lui semble approprié.

Débit du compte postal avec le prélèvement de base CH-DD

Par la présente, le client autorise PostFinance à débiter les montants dus indiqués par le bénéficiaire ci-dessus de son compte jusqu'à nouvel ordre.

Si le compte ne présente pas le crédit nécessaire, PostFinance peut vérifier la couverture à plusieurs reprises afin de procéder au paiement, mais n'est pas tenue de débiter le compte. Tout débit du compte est notifié au client par PostFinance de la manière convenue (p. ex. au moyen du relevé de compte). La somme débitée est recréditée au client s'il forme opposition en bonne et due forme auprès de PostFinance dans les 30 jours suivant la date de notification.

Nom de la banque

Adresse de la banque

Inutile dans le cas d'un compte postal.

Nom/prénom du titulaire du compte

IBAN

CH

Lieu, date

Signature du preneur d'assurance

Signature du titulaire du compte* (si différente)

* Signature du mandant ou du mandataire sur le compte. Deux signatures sont requises en cas de signature collective.

Autorisation bancaire (laisser vide, sera complété par la banque)

IBAN

Date

Timbre et visa de la banque

1000 2208 8520

00020415

8/9

09.03.2022 11:01