

## Déclaration de procuration

### Personne assurée (mandant/e):

Nom, prénom

Rue, n°

NPA / Lieu

N° d'assuré

Date de naissance

### Mandataire:

Nom, prénom

Rue, n°

NPA / Lieu

N° d'assuré

Date de naissance

J'autorise, dès à présent, le/la mandataire susmentionné/e, à agir en mon nom et à me représenter auprès de la Fondation Agrisano (Assurance globale), Laurstrasse 10, 5201 Brugg, de la Caisse-maladie Agrisano SA, Laurstrasse 10, 5201 Brugg et des Assurances Agrisano SA, Laurstrasse 10, 5201 Brugg, pour les affaires d'assurance suivantes :

### Renseignements / Modifications de contrat (veuillez cocher les cases qui conviennent)

modifications de données personnelles (p. ex. nom, état civil, adresse, coordonnées bancaires)

modifications de l'assurance obligatoire des soins (p. ex. changement de couverture, résiliation, conclusion d'un nouveau contrat)

modifications de la ou des assurances complémentaires (p. ex. changement de couverture, résiliation, conclusion d'un nouveau contrat)

demande d'informations personnelles et relatives à la santé

### Adresse de correspondance

(veuillez cocher la case qui convient)

Je souhaite que toute la correspondance de la Fondation Agrisano (Assurance globale), de la Caisse-maladie Agrisano SA et des Assurances Agrisano SA (primes, relevés de prestations, polices, carte d'assurance, décisions, etc.) soit envoyée au/à la mandataire.

oui non

### Remboursements/ Les demandes de restitution

(veuillez cocher la case correspondante)

Je souhaite que tous les remboursements (droits aux prestations et aux primes, y compris les réductions de primes) de la Caisse-maladie Agrisano SA et des Assurances Agrisano SA soient versés sur le compte suivant\* :  
(Le mandataire est responsable pour les demandes de restitution)

Information : le remboursement de prestations a lieu pour autant que les conditions soient remplies.

oui non

Banque, lieu

Titulaire du compte

IBAN

\* Dans le cas d'un compte à l'étranger, le nom, le prénom et l'adresse à laquelle le compte a été ouvert sont obligatoires pour un versement.

La présente procuration est valable à compter de la date de signature jusqu'à sa révocation écrite.

Je délègue la Fondation Agrisano (Assurance globale), la Caisse-maladie Agrisano SA et les Assurances Agrisano SA, ainsi que tous les collaborateurs responsables des deux entreprises précitées, sans réserve, de leur secret professionnel et de l'obligation légale de garder le secret envers le/la mandataire pour l'accomplissement des services souhaités.

Lieu, date

Signature de la personne assurée (mandant/e)

Lieu, date

Signature du/de la mandataire

Ce formulaire doit être renvoyé à [info-einzelversicherung@agrisano.ch](mailto:info-einzelversicherung@agrisano.ch) ou par courrier à Laurstrasse 10 | 5201 Brugg

Les documents suivants doivent être joints à la présente procuration :

- Copie d'une pièce d'identité (page(s) avec photo et signature) de la personne assurée (mandant/e)
- Copie d'une pièce d'identité (page(s) avec photo et signature) du/de la mandataire

