

## Procuration

Nom et Prénom: \_\_\_\_\_

N° d'assuré: \_\_\_\_\_

## Autorise

Nom et Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse complète \_\_\_\_\_

À consulter des données (à l'exception des documents du service médical) et à représenter à l'assuré auprès de la cmveo.

## Raison de la consultation / représentation:

- Changement d'adresse
- Changement de coordonnées de paiement
- Contrôle de paiements (ex. primes, arriérés, subsides, contentieux)
- Contrôle de décomptes de prestations
- Contrôle de factures des fournisseurs de soins
- Autres raisons: \_\_\_\_\_

(la mention d'une raison est obligatoire)

## GMnet:

- J'autorise la personne soussignée à gérer mon compte GMnet.

**De par ma signature, je confirme avoir pris connaissance du fait que les personnes de moins de 18 ans ne sont pas autorisées à donner valablement procuration et que toute falsification de procuration sera poursuivie pénalement.**

Lieu et date:

Signature:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (représenté/e)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (représentant/e)

### Annexes indispensables:

*Copie de la pièce d'identité (ex. carte d'identité, passeport) de la personne représentée*

*Copie de la pièce d'identité (ex. carte d'identité, passeport) de la personne représentante*