



PROCURATION

Nom, prénom _____

Adresse _____

NPA/localité _____

Courriel _____

Demande de soutien de _____

Pour l'évaluation de ma demande de soutien adressée à la Fondation Sana, j'autorise expressément ses collaborateurs/trices ainsi que les seconds experts auxquels elle fait appel à requérir les informations et documents nécessaires auprès du groupe Helsana (Helsana ou Progrès), de ses médecins-conseils ainsi que de mes médecins et dentistes traitants, notamment mais pas uniquement :

_____.

Il s'agit là de documents et d'informations soumis à un devoir de confidentialité professionnel, contractuel ou légal. Je délègue par conséquent sans réserve les personnes mentionnées de leur devoir de confidentialité pour toute la durée de l'évaluation de ma demande de soutien financier.

La Fondation Sana est habilitée à échanger les informations nécessaires avec les organisations et les personnes mentionnées.

Par ma signature, je confirme également qu'il n'existe aucune autre possibilité (AVS/AI/services sociaux) de couvrir les coûts des prestations faisant l'objet de ma demande.

Date, signature