

ASSURA
70, av. C.-F. Ramuz
Case Postale

1009 PULLY

Cession de créance

Nom, Prénom :

Date de naissance :

N° de police :

Début de validité :

Fin de validité : (6 mois)

Fournisseurs de soins : Proximos, 36 avenue Cardinal-Mermillod, 1227 Carouge.

Par la signature de la présente, j'autorise Assura, assurance maladie et accident, à acquitter les prestations dues conformément à la Loi Fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) en main du fournisseur de soins précité.

La présente vaut de cession de créance au sens des articles 164 et suivants du Code des Obligations (CO).

Lieu et date :

Signature