



## Procuration

### Le/la soussigné(e) (personne assurée)

Numéro d'assuré \_\_\_\_\_

Nom de famille \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Rue, numéro \_\_\_\_\_

Code postal, lieu \_\_\_\_\_

### Autorise par la présente :

Nom de famille \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Rue, numéro \_\_\_\_\_

Code postal, lieu \_\_\_\_\_

de le/la représenter dans toutes les affaires auprès de la Caisse fédérale de compensation, à recevoir toute correspondance, à donner des renseignements et à faire des requêtes. Cette procuration est valable jusqu'à révocation par la personne assurée.

Tant la personne assurée que son représentant prennent connaissance de l'obligation de nous annoncer tout changement.

\_\_\_\_\_  
Lieu et date

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne assurée

Si, pour des raisons de santé, la personne assurée n'est plus en mesure de signer à la main la procuration, nous avons besoin d'une confirmation du médecin traitant.

\_\_\_\_\_  
Lieu et date

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne autorisée