

Cession de créances

Je soussigné(e)

Nom, prénom :

Date de naissance :

Nom du représentant légal :

Adresse :

N° postal / Ville :

Ev. pièce d'identité présentée et N° :

déclare céder les créances qui me sont dues par

Assurance de base auprès de :

Numéro d'assuré :

pour la période de validité : **Attention : il est désormais obligatoire d'indiquer ces 2 dates**

Début de validité : ___ / ___ / _____

Fin de validité : ___ / ___ / _____

Sauf en cas de révocation par l'une ou l'autre des parties ou de rupture du contrat d'assurance. Si aucune date n'est indiquée ici, cette cession de créance sera fermée le 31 décembre de l'année en cours.

à la pharmacie ayant émis la (les) facture(s) :

┌ Timbre et signature de la pharmacie : ┐

└──┘

En signant cette cession de créance, je déclare :

- rester **débiteur de la différence** entre le montant de la facture et le montant effectivement versé par l'assurance-maladie, les intérêts et frais étant réservés
- d'entente avec la pharmacie ci-dessus, autoriser mon assureur-maladie à verser le montant me revenant directement à Ofac société coopérative, la coopérative professionnelle des pharmaciens suisses, à Genève, conformément à la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), sous déduction de la participation légale aux frais.

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

Fait en deux exemplaires,

Lieu et date :

Signature légale :

