

# PROCURA

Dati personali	
Ass. n.:	Via:
Cognome/nome:	NPA/luogo:
Data di nascita:	

autorizza la persona seguente	
Cognome:	NPA/luogo:
Nome:	Telefono privato/ufficio:
Data di nascita:	E-mail:
Via:	

**a eseguire le pratiche assicurative per il Gruppo Visana (Visana Assicurazioni SA, Visana SA, sana24 SA, vivacare SA e Galenos SA) e a svolgere le seguenti operazioni:**

(contrassegnare la risposta che corrisponde al caso)

<input type="radio"/> effettuare modifiche dell'assicurazione	<input type="radio"/> ricevere <b>tutta</b> la corrispondenza
<input type="radio"/> presentare disdette	<b>OPPURE</b> (è possibile selezionare solo una delle due opzioni)
<input type="radio"/> modificare le coordinate di pagamento	<input type="radio"/> ricevere <b>la seguente</b> corrispondenza
<input type="radio"/> gestire informazioni (esclusi i dati medici/legati alla salute)	<input type="radio"/> polizze assicurative/offerte/etichette autoadesive/ tessera d'assicurazione
<b>OPPURE</b> (è possibile selezionare solo una delle due opzioni)	<input type="radio"/> rivista per i clienti
<input type="radio"/> gestire informazioni (inclusi i dati medici/legati alla salute)	<input type="radio"/> fatture dei premi
	<input type="radio"/> conteggi delle prestazioni/conteggi delle partecipazioni ai costi
	<input type="radio"/> corrispondenza individuale (può contenere informazioni mediche)

**Le prestazioni e i rimborsi dei premi devono essere versati tramite:**

(contrassegnare la risposta che corrisponde al caso)

le attuali coordinate di pagamento

le coordinate di pagamento della **persona autorizzata**

IBAN: **CH**

Il presente incarico entra in vigore dalla data della firma e si estingue con la revoca scritta. Con la presente, la persona mandante libera, senza riserva alcuna e nei limiti della procura assegnata, il Gruppo Visana e i suoi collaboratori e collaboratrici dal loro segreto professionale e dall'obbligo di discrezione legale nei confronti della persona autorizzata ai fini dell'adempimento delle prestazioni desiderate.

Luogo/data:	Firma della persona delegata:
Firma della persona assicurata:	

Firmando il presente modulo, fornisce il Suo consenso all'archiviazione dei Suoi dati personali nel nostro sistema e al loro utilizzo ai fini del disbrigo delle nostre prestazioni assicurative.