

PROCURA

Dati personali

Ass. n.:	Data di nascita:
Cognome:	Via:
Nome:	NPA/luogo:

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 tutta la corrispondenza |
| <input type="radio"/> presentare disdette | OPPURE (è possibile selezionare solo una delle due opzioni) |
| <input type="radio"/> modificare le coordinate di pagamento | <input type="radio"/> ricevere la seguente corrispondenza |
| <input type="radio"/> gestire informazioni (esclusi i dati medici/legati alla salute) | <input type="radio"/> polizze assicurative/offerte/etichette autoadesive/
tessera d'assicurazione |
| OPPURE (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 utilizzando:

(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 delegata 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.