

## 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, Visana Assicurazioni generali SA, sana24 SA, vivacare SA e Galenos SA) e a svolgere le seguenti operazioni:**

(contrassegnare la risposta che corrisponde al caso)

effettuare modifiche dell'assicurazione  
 presentare disdette  
 modificare le coordinate di pagamento  
 gestire informazioni  
 (esclusi i dati medici / legati alla salute)

**OPPURE** (è possibile selezionare solo una delle due opzioni)

gestire informazioni  
 (inclusi i dati medici / legati alla salute)

ricevere **tutta** la corrispondenza

**OPPURE** (è possibile selezionare solo una delle due opzioni)

ricevere **la seguente** corrispondenza

polizze assicurative / offerte / etichette autoadesive /  
 tessera d'assicurazione

rivista per i clienti

fatture dei premi

conteggi delle prestazioni / conteggi delle partecipazioni ai costi

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 assicurata:

Firma della persona delegata:

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.