

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)

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

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.