

## 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	ricevere <b>tutta</b> la corrispondenza
presentare disdette	<b>OPPURE</b> (è possibile selezionare solo una delle due opzioni)
modificare le coordinate di pagamento	ricevere <b>la seguente</b> corrispondenza
gestire informazioni (esclusi i dati medici / legati alla salute)	polizze assicurative / offerte / etichette autoadesive / tessera d'assicurazione
<b>OPPURE</b> (è possibile selezionare solo una delle due opzioni)	rivista per i clienti
gestire informazioni (inclusi i dati medici / legati alla salute)	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.