



# PROCURA.

SWICA Organizzazione sanitaria comprende SWICA Assicurazione malattia SA, SWICA Assicurazioni SA e SWICA Management SA

**Per l'identificazione è obbligatorio allegare una copia di un documento d'identità ufficiale sia della persona assicurata, sia del/della procuratore/trice. Compilare il modulo in stampatello e in tutte le sue parti.**

## DATI DELLA PERSONA ASSICURATA (PERSONA CHE CONFERISCE LA PROCURA)

Cognome

Nome

N. d'assicurato/a SWICA

Data di nascita (giorno/mese/anno) Sesso maschile femminile

Via/n.

NPA/Luogo

E-mail

## PROCURATORE/TRICE

Cognome

Nome

Data di nascita (giorno/mese/anno) Sesso maschile femminile

Via/n.

NPA/Luogo

Telefono  
(raggiungibile durante il giorno)

E-mail

P.f. utilizzare questo indirizzo come indirizzo di corrispondenza (se del caso, contrassegnare)

Rapporto con la persona da assicurare

|                              |            |                                |        |
|------------------------------|------------|--------------------------------|--------|
| Coniuge/partner registrato/a | Convivente | Rappresentante legale/genitore | Figlio |
| Tutore/curatore              | Altro      |                                |        |

## DICHIARAZIONE DI PROCURA

Autorizzo la persona sopra indicata con effetto immediato a svolgere a mio nome le **seguenti** attività assicurative e a rappresentarmi in modo giuridicamente valido. Con la presente esonero senza riserve SWICA Organizzazione sanitaria e tutti i collaboratori responsabili dal loro obbligo al segreto professionale e legale nei confronti della persona sopra indicata.

Riconosco in qualsiasi momento come giuridicamente vincolanti tutte le azioni compiute dal/dalla procuratore/trice in virtù della presente procura.

Contrassegnare ciò che fa al caso:

Modifica dei dati personali (ad es. nome, stato civile, indirizzo, relazioni di pagamento, relazione bancaria)

Modifiche nella copertura dell'assicurazione di base obbligatoria

Modifiche nella copertura della/e assicurazione/i complementare/i

Disdetta dell'assicurazione di base

Disdetta della/e assicurazione/i complementare/i

Richiesta di informazioni relative alla persona e allo stato di salute

Fornitura di informazioni relative alla persona e allo stato di salute

Ricezione di tutta la corrispondenza

Presa in consegna della **seguente** corrispondenza:

Polizza d'assicurazione

Fatture dei premi

Conteggi delle prestazioni/  
fatture per la partecipazione ai costi

Corrispondenza in generale

Decisioni

Tessera d'assicurato

Giustificativo fiscale

Rivista clienti

## ALTRE LIMITAZIONI DEL/DELLA PROCURATORE/TRICE

La presente procura è valida dalla data della firma della procura. La durata di validità è fissata fino a revoca scritta anche dopo il decesso, la dichiarazione di scomparsa o la perdita della capacità di agire della persona assicurata.

\_\_\_\_\_  
Luogo/data

\_\_\_\_\_  
Firma del/della contraente dell'assicurazione  
(persona autorizzata)

\_\_\_\_\_  
Luogo/data

\_\_\_\_\_  
Firma del/della Procuratore/trice

Si prega di inviare il modulo debitamente compilato e firmato unitamente alla copia dei documenti d'identità ufficiali al servizio clienti di SWICA. L'indirizzo figura sulla sua polizza d'assicurazione. Grazie.

**A VOSTRA DISPOSIZIONE 24 ORE SU 24, 365 GIORNI ALL'ANNO.**

Telefono 0800 80 90 80 / [swica.ch](http://swica.ch)

