

Procura

SWICA Organizzazione sanitaria comprende SWICA Assicurazione malattia SA, SWICA Assicurazioni SA, SWICA Management SA, PROVITA Gesundheitsversicherung AG

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)

Signora

Signor

Nome _____

Cognome _____

Via/n. _____

NPA/luogo _____

Data di nascita _____ (giorno/mese/anno)

N. di assicurato _____

E-mail _____

Procuratore/trice

Signora

Signor

Nome _____

Cognome _____

Via/n. _____

NPA/luogo _____

Data di nascita _____ (giorno/mese/anno)

Telefono _____

E-mail _____

P.f. utilizzare questo indirizzo come indirizzo di corrispondenza (se del caso, apporre una crocetta)

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

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.