



Procura

1/1

1. Persona assicurata

Compilare in modo
completo tutti i campi

Cognome

Nome

Via/n. civico

NPA/località

Numero cliente

Data di nascita

Telefono (di giorno)

E-mail

2. Procuratore/trice

Compilare in modo
completo tutti i campi

Cognome

Nome

Via/n. civico

NPA/località

Data di nascita

Telefono (di giorno)

E-mail

3. Informazioni

Autorizzo il procuratore/la procuratrice a richiedere informazioni di qualsiasi tipo presso il mio assicuratore del Gruppo Sympany.
(Il Gruppo Sympany comprende Vivao Sympany SA, Moove Sympany SA, Sympany Assicurazioni SA e Cassa malati Kolping SA.)

Limitazioni della procura:

Si prega d'elencare
le limitazioni

4. Corrispondenza

Dispongo che tutta la corrispondenza sia inviata al procuratore/alla procuratrice.

Eccezioni:

Si prega d'elencare
le eccezioni

5. Conferma tramite firma

La procura è valida fino a revoca.

Firmare qui e
ritornare per posta o
e-mail all'indirizzo
indicato sopra

Luogo e data

Firma