



Procura

Le sue informazioni

Nome/cognome

Data di nascita

Numero cliente

Indirizzo

A chi vuole dare una procura? (Procuratore/procuratrice)

Appellativo Signora Signore

Nome/cognome

Indirizzo

CP/luogo

Data di nascita

Telefono

E-mail

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

Corrispondenza

Dispongo che tutta la corrispondenza sia inviata al procuratore/alla procuratrice. Si prega di elencare le eccezioni qui di seguito.

Eccezioni

Luogo/data <input type="text"/>	Firma <input type="text"/>
---------------------------------	----------------------------

La procura è valida fino a revoca.