

Procura a favore di Assura (Assura-Basis SA e/o Assura SA)

Persona assicurata* (rappresentato)

Signora Signor

Cognome, nome _____

Indirizzo _____

N° di polizza d'assicurazione _____

Data di nascita _____

Rappresentante legale

(Cognome, nome, relazione tra il rappresentato e la persona autorizzata)

***Nel caso di persona assicurata minorenni, si prega di compilare anche il modulo allegato.**

Il rappresentato accorda alla persona autorizzata, senza possibilità di ulteriore delega, il diritto di chiedere tutte le informazioni e la corrispondenza che lo riguardano e di agire in suo nome e per suo conto nell'ambito delle sue relazioni d'assicurazione nei confronti di Assura.

Indichi qui sotto le eventuali restrizioni che desidera apportare alla procura (per esempio, in relazione alla trasmissione delle informazioni mediche o nel caso di limitazione ad una sola pratica):

In mancanza di limitazioni, la società di assicurazioni comunicherà alla persona autorizzata ogni informazione utile, comprese le informazioni mediche.

Indirizzo di spedizione degli atti amministrativi

Desidero che tutta la corrispondenza di Assura (premi, conteggi delle prestazioni, polizze, tessera d'assicurato, comunicazione di decisioni, ecc.) sia trasmessa alla persona autorizzata succitata:

Sì No

La presente procura entra in vigore a partire dalla data della firma e rimane valida fino al ricevimento da parte di Assura della sua revoca scritta e firmata dal rappresentato o dalla persona autorizzata.

Con la presente, svincolo la mia società di assicurazioni e tutti i suoi collaboratori coinvolti, senza riserva, dal segreto professionale o dall'obbligo di mantenere il segreto nei confronti della persona autorizzata.

Luogo e data

Firma del rappresentato (o del suo rappresentante legale)

Luogo e data

Firma della persona autorizzata

La preghiamo di inviare il presente modulo debitamente compilato e firmato all'indirizzo che figura nella sua polizza d'assicurazione.

Allegato alla procura a favore di Assura (Assura-Basis SA e/o Assura SA)

Persona minorenni assicurata

Signora Signor

Cognome, nome _____

Indirizzo _____

N° di polizza d'assicurazione _____

Data di nascita _____

Persona minorenni assicurata

Signora Signor

Cognome, nome _____

Indirizzo _____

N° di polizza d'assicurazione _____

Data di nascita _____

Persona minorenni assicurata

Signora Signor

Cognome, nome _____

Indirizzo _____

N° di polizza d'assicurazione _____

Data di nascita _____

Persona minorenni assicurata

Signora Signor

Cognome, nome _____

Indirizzo _____

N° di polizza d'assicurazione _____

Data di nascita _____

Persona minorenni assicurata

Signora Signor

Cognome, nome _____

Indirizzo _____

N° di polizza d'assicurazione _____

Data di nascita _____

Persona minorenni assicurata

Signora Signor

Cognome, nome _____

Indirizzo _____

N° di polizza d'assicurazione _____

Data di nascita _____