

Dichiarazione di procura

Persona assicurata (mandante):

Nome e cognome
Via, numero
CAP / Luogo
Nr. Assicurato
Data di nascita

Persona delegata:

Nome e cognome
Via, numero
CAP / Luogo
Nr. Assicurato
Data di nascita

Autorizzo la persona sopraccitata ad agire in mio nome e a rappresentarmi, con effetto immediato, nelle seguenti questioni assicurative che riguardano la Fondazione Agrisano (Assicurazione globale), Laurstrasse 10, 5201 Brugg; la Cassa malati Agrisano SA, Laurstrasse 10, 5201 Brugg e la società Assicurazioni Agrisano SA, Laurstrasse 10, 5201 Brugg.

Informazioni / Modifiche del contratto (spuntare la casella corrispondente)

Modifiche dei dati personali (ad es. nome, stato civile, indirizzo, coordinate per il pagamento)
Modifiche dell'assicurazione di base obbligatoria (ad es. modifiche della copertura, disdetta, nuova stipulazione di un contratto, ecc.)
Modifiche delle assicurazioni complementari (ad es. modifiche della copertura, disdetta, nuova stipulazione di un contratto, ecc.)
Richiesta di informazioni personali e sanitarie

Indirizzo di consegna amministrativa (spuntare la casella corrispondente)

Desidero che tutta la corrispondenza della Fondazione Agrisano (Assicurazione globale), della Cassa malati Agrisano SA e della società Assicurazioni Agrisano SA (premi, estratti conti, polizze, tessera di assicurazione, ecc.) venga recapitata alla persona da me delegata.

Si No

Rimborsi / Recupero

(spuntare la casella corrispondente)
Informazione: un'erogazione dei rimborsi delle prestazioni verrà effettuata solo se a saldo risulta un rimborso.

Desidero che tutti i rimborsi (prestazioni e richieste di premio, incluse le riduzioni di premio) della Cassa malati Agrisano SA e della società Assicurazioni Agrisano SA vengano trasferiti sul seguente conto*: (La persona autorizzata è responsabile dei recuperi)

Si No

Banca, luogo

Titolare del conto _____

IBAN

* Nel caso di un conto all'estero, il nome, il cognome e l'indirizzo all'estero sul quale è stato aperto il conto sono richiesti obbligatoriamente per effettuare il pagamento.

La presente procura è valida dalla data della firma fino alla revoca scritta.

Io libero la Fondazione Agrisano (Assicurazione globale), la Cassa malati Agrisano SA e la società Assicurazioni Agrisano SA, nonché tutti i dipendenti delle suddette persone giuridiche, dal segreto professionale e dall'obbligo legale di riservatezza nei confronti della persona autorizzata e a fornirle i servizi richiesti.

Luogo e data

Firma della persona assicurata (mandante)

Luogo e data

Firma della persona delegata

Questo formulario deve essere ritornato all'indirizzo e-mail: info-einzelversicherung@agrisano.ch oppure per posta a Laurstrasse 10 | 5201 Brugg

Alla presente procura devono essere allegati i seguenti documenti:

- Copia di un documento d'identità (pagina/e con foto e firma) della persona assicurata (mandante)
- Copia di un documento d'identità (pagina/e con foto e firma) della persona delegata

