

Procura

Ambito di applicazione Assicurazione di base (LAMal)

Assicurazione(i) integrativa(e) (LCA)

Persona(e) assicurata(e) – mandante - Per l'identificazione è tassativo allegare una copia di un documento ufficiale di identità.

Cognome, nome

Via, n.

NPA, località

N. d'assicurato

Telefono

E-Mail

Mandatario Signora Signor

Cognome, nome

Via, n.

NPA, località

Data di nascita

Telefono

E-Mail

Autorizzo la suddetta persona a richiedere le seguenti informazioni ovvero a compiere i seguenti atti giuridici per questioni assicurative del gruppo Helsana:

- Richiesta di informazioni di qualsiasi tipo, questo include anche dati particolarmente sensibili
- Modifica di dati personali (per es. cognome, stato civile, indirizzo, coordinate bancarie)
- Modifiche della copertura (per es. franchigia annua, inclusione/esclusione dell'infortunio, cambio medico di famiglia/modello)
- Disdetta della copertura assicurativa

Modifica dell'indirizzo amministrativo?

- Sì, desidero/desideriamo che l'intera corrispondenza correlata alle azioni compiute (premi, polizze, tessera d'assicurato, così come dati protetti come conteggi delle prestazioni, ecc) venga inviata alla suddetta persona. Questo riguarda il campo di applicazione LAMal e LCA.

Informazioni alla persona autorizzata

È assicurato con noi e usa il portale clienti myHelsana? In questo caso, riceverà tutta la corrispondenza della persona assicurata in modo digitale nel suo portale clienti o anche per posta, a seconda del canale di comunicazione selezionato nel portale.

- No, desidero ricevere tutta la corrispondenza dell'assicurato solo per posta.

La presente procura è valida a partire dalla data della firma fino alla revoca scritta. Con la presente esonero senza riserve il gruppo Helsana e tutti i collaboratori responsabili dal segreto professionale ovv. dall'obbligo del segreto legale nei confronti del mandatario per l'adempimento delle prestazioni desiderate.

Luogo e data

Firma del/della contraente o rappresentante legale

Luogo e data

Firma del mandatario

Inviare il modulo compilato e firmato insieme alla copia di un documento ufficiale di identità del/della mandante della procura al Servizio clienti: Helsana Assicurazioni SA, Casella Postale, 8081 Zurigo