**Il gruppo Helsana comprende Helsana Assicurazioni SA, Helsana Assicurazioni integrative SA e Helsana Infortuni SA.**

Helsana

# Procura

**Per l'identificazione è <u>obbligatorio</u> allegare una copia di un documento d'identità ufficiale della persona assicurata. Compilare il modulo in modo completo e leggibile (in caso di compilazione a mano, scrivere in stampatello):**

**Ambito di applicazione**

○ Assicurazione di base (LAMal)

○ Assicurazione(i) integrativa(e) (LCA)

**Persona assicurata – mandante (Conferente della procura)**

Cognome, nome

Via, n.

NPA, località

N. d'assicurato

Telefono

E-mail

**Mandatario**

Cognome, nome

Via, n.

NPA, località

Data di nascita

Telefono

E-mail

**Incarico il Gruppo Helsana di inviare, <u>unicamente</u> in questa occasione, i documenti elencati di seguito alla persona autorizzata:**

○ La polizza assicurativa attualmente valida

○ Estratto per la dichiarazione d'imposta anno/i:

○ Altri:

**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?**

○ Si, desidero che l'intera corrispondenza correlata alle azioni compiute (premi, polizze, tessera d'assi-curato, 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 nell'ambito di questa procura.**

| Luogo e data | Firma della persona assicurata o del rappresentante legale |
|---|---|

| Luogo e data | Firma del mandatario |
|---|---|

**La invitiamo a inviarci il formulario compilato e firmato, insieme alla copia di un documento di identità ufficiale del conferente della procura, all'indirizzo e-mail form@helsana.ch, tramite messaggio nel portale myHelsana oppure per posta al seguente indirizzo: Helsana Assicurazioni SA, Casella postale, 8081 Zurigo.**