

Procura

Per l'identificazione è **tassativo** allegare una copia di un documento ufficiale di identità della persona assicurata.

Persona/e assicurata/e
(mandante)

Persona singola Famiglia

Cognome, nome

Via, n.

NPA, località

N. d'assicurato

Data di nascita

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

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 dell'assicurazione di base

Disdetta della/e assicurazione/i integrativa/e

Ulteriori autorizzazioni della/del mandante

Indirizzo di recapito amministrativo

Desidero che l'intera corrispondenza correlata alle azioni compiute (premi, polizze, tessera d'assicurato ecc.) venga inviata alla suddetta persona.

Sì

No

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 (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