

Procura per informazioni

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

Persona assicurata
(mandante)

Signora Signor

Cognome, nome

Via, n.

NPA, località

N. d'assicurato

Data di nascita

Mandatario

Signora Signor

Cognome, nome

Via, n.

NPA, località

Data di nascita

Telefono

E-mail

Autorizzo la persona di cui sopra a richiedere informazioni di qualsiasi tipo presso il mio assicuratore (barrare la scelta corrispondente).

- Helsana Assicurazioni SA
 Helsana Assicurazioni integrative SA
 Progrès Assicurazioni SA

Limitazioni dell'informazione

Indirizzo amministrativo di corrispondenza

Desidero che **tutta** la corrispondenza di Helsana (premi, partecipazioni ai costi, polizze, tessera d'assicurato, decisioni, ecc.) venga inviata alla persona di cui sopra.

Sì No

La presente procura vale dalla data di sottoscrizione fino alla revoca scritta.

Con la presente esonero senza riserve il mio assicuratore e tutti i collaboratori competenti dall'obbligo al segreto professionale e/o legale nei confronti del mandatario ai fini dell'adempimento dei servizi desiderati.

Luogo e data

Firma del contraente (persona responsabile dell'educazione)

Luogo e data

Firma del mandatario

Si prega di inviare il modulo compilato e sottoscritto insieme alla copia di un documento di riconoscimento ufficiale del mandante al Servizio clienti. L'indirizzo è riportato sui suoi documenti assicurativi. Grazie.