

Procura per l'assicurazione malattie

La/Il mandante

Signora Signor

Nome e cognome

Via e n°

NPA Località

Numero d'assicurazione

Data di nascita

Telefono cellulare

Indirizzo email

conferisce procura alla mandataria/al mandatario seguente

Signora Signor

Nome e cognome

Via e n°

NPA Località

Data di nascita

Telefono cellulare

Indirizzo email

e l'autorizza a compiere i seguenti atti giuridici presso la CONCORDIA Assicurazione svizzera malattie e infortuni SA e la CONCORDIA Assicurazioni SA (di seguito denominate CONCORDIA):

Procurarsi oralmente o per iscritto tutte le informazioni e tutta la documentazione

Procedere a disdette e notificare modifiche (nome, indirizzo, stato civile, contratto, conto di pagamento, ecc.)

Recapito postale

La/Il mandante accetta inoltre che gli invii postali siano inoltrati unicamente all'indirizzo della mandataria/del mandatario, con le seguenti conseguenze:

Recapito della corrispondenza

La/Il mandante autorizza la CONCORDIA a inoltrare **tutta la corrispondenza** che produce effetti giuridici (ad esempio polizze, fatture dei premi, conteggi delle prestazioni, ecc.) **per posta alla mandataria/al mandatario.**

myCONCORDIA

Il diritto d'accesso della/del mandante a myCONCORDIA si estingue.

Informazioni

La CONCORDIA è autorizzata a fornire alla mandataria/al mandatario **tutte le informazioni sia oralmente sia per iscritto.** Tale autorizzazione è applicabile a prescindere dall'atto giuridico summenzionato.

Indirizzo di pagamento per i rimborsi

Da compilare unicamente qualora le attuali coordinate bancarie o postali non siano più valide.

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

La persona titolare del conto non è la mandataria/il mandatario.

Cognome e nome della persona titolare del conto

Indirizzo della persona titolare del conto

Pagamento dei premi e procedura di pagamento

mensile

bimestrale

trimestrale

semestrale

annuale

Swiss Direct Debit (PostFinance)*

LSV+ (banca)*

Polizza di versamento**

Fattura collettiva

* Si prega di compilare il formulario ad hoc.

** La CONCORDIA propone la modalità eBill.

La presente procura **è valida dalla data della sua sottoscrizione fino alla sua revoca scritta**. Non si estingue con la cessazione del rapporto assicurativo, il decesso, la dichiarazione di scomparsa, la perdita dell'esercizio dei diritti civili o il fallimento della/del mandante. Eventuali modifiche alla presente procura sono valide esclusivamente se sottoscritte dalla/dal mandante.

Con la presente procura, la/il mandante solleva senza riserve la CONCORDIA dall'obbligo del segreto professionale e dall'obbligo del segreto nei confronti della mandataria/del mandatario, segnatamente anche in relazione alla documentazione medica riservata.

Luogo, data

Firma mandante o rappresentante legale

Luogo, data

Firma mandataria/mandatario

Ai fini dell'identificazione della/del mandante occorre imperativamente allegare una copia di un suo documento ufficiale d'identità.

Si prega di inoltrare il formulario debitamente compilato e firmato unitamente alla copia menzionata del documento ufficiale di identità al seguente indirizzo: CONCORDIA, Tecnica assicurativa Clientela privata, Bundesplatz 15, 6002 Lucerna.