

Persona assicurata

Numero d'assicurato		Data di nascita	
Cognome/nome		Via	
NPA/luogo		Tel. casa/ufficio	

Informazioni

Autorizzo la persona fisica o giuridica indicata qui di seguito a sbrigare in mio nome le questioni assicurative nei confronti di EGK e a svolgere in particolare quanto segue:

- ☐ modifiche assicurative ☐ dare informazioni

Documenti

Con la presente autorizzo l'assicurazione di base EGK e l'assicurazione privata EGK SA a comunicare i documenti contrassegnati alle persone fisiche e giuridiche elencate qui di seguito e di fornire loro tutte le informazioni concernenti la mia assicurazione:

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Comunicazioni | ☐ Accrediti premi | ☐ Certificato d'assicurazione |
| ☐ Solleciti pagamento premi | ☐ Tessera d'assicurato | ☐ Conteggi prestazioni |
| ☐ Rivista clienti Vivere | ☐ Accrediti prestazioni | ☐ Conteggi premi |
| ☐ Solleciti pagamento partecipazioni ai costi | | |

Continueremo a inviarle come fatto finora i documenti non contrassegnati.

Persona fisica o giuridica autorizzata

Ditta/ufficio	
Cognome/nome	
Data di nascita (persona fisica)	
Via	
NPA/luogo	
Telefono	
IBAN banca /posta	
Nome banca, NPA, località	

La presente procura ha validità dal giorno in cui è stata sottoscritta fino a revoca scritta.

Luogo/data	
------------	--

Firme

PERSONA ASSICURATA

PERSONA FISICA O GIURIDICA AUTORIZZATA (CON TIMBRO)

EGK-Cassa della salute
Birspark 1, 4242 Laufen
Telefono 061 765 51 11
info@egk.ch, egk.ch