

# Conferma della procura

Autorizzazione alla comunicazione di informazioni personali secondo LPD  
(legge federale sulla protezione dei dati)



## Rifiuto di comunicare i dati

Non voglio che vengano comunicati informazioni e/o documenti a

## Autorizzazione a comunicare i dati

Con la presente autorizzo le assicurazioni di base EGK e le assicurazioni private EGK SA a comunicare  
le seguenti informazioni e/o documenti a

### Informazioni

- Dati personali
- Informazioni concernenti la copertura assicurativa di base e complementare

### Documenti concernenti l'assicurazione base e complementare

- Polizza
- Conteggi premi
- Conteggi prestazioni
- Fatture fornitori di prestazioni
- Certificato d'imposta

### Informazioni concernenti la vendita

- Offerta personalizzata con moduli di richiesta dell'assicurazione base e complementare

### Questa autorizzazione è valida

- a tempo indeterminato
- fino al giorno  (data)

### per le persone specificate qui di seguito:

Numero assicurato	Cognome	Nome	Firma
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>