

Persona assicurata

| | | | |
|---------------------|----------------------|-------------------|----------------------|
| Numero d'assicurato | <input type="text"/> | Data di nascita | <input type="text"/> |
| Cognome/nome | <input type="text"/> | Via | <input type="text"/> |
| NPA/luogo | <input type="text"/> | Tel. casa/ufficio | <input type="text"/> |

Documenti e informazioni

Con la presente autorizzo le assicurazioni di base EGK SA e le assicurazioni private 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:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Comunicazioni | <input type="checkbox"/> Accrediti premi | <input type="checkbox"/> Certificato d'assicurazione |
| <input type="checkbox"/> Solleciti pagamento premi | <input type="checkbox"/> Tessera d'assicurato | <input type="checkbox"/> Conteggi prestazioni |
| <input type="checkbox"/> Rivista clienti Vivere | <input type="checkbox"/> Accrediti prestazioni | <input type="checkbox"/> Conteggi premi |
| <input type="checkbox"/> Solleciti pagamento partecipazioni ai costi | | |

→ Continueremo a inviarle come fatto finora i documenti non contrassegnati.

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:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> modifiche assicurative | <input type="checkbox"/> dare informazioni |
|---|--|

Persona fisica o giuridica autorizzata

| | |
|----------------------------------|----------------------|
| Ditta/ufficio | <input type="text"/> |
| Cognome/nome | <input type="text"/> |
| Data di nascita (persona fisica) | <input type="text"/> |
| Via | <input type="text"/> |
| NPA/luogo | <input type="text"/> |
| Telefono | <input type="text"/> |
| IBAN banca /posta | <input type="text"/> |
| Nome banca, NPA, località | <input type="text"/> |

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

| | |
|------------|----------------------|
| Luogo/data | <input type="text"/> |
|------------|----------------------|

Firme

PERSONA ASSICURATA

PERSONA FISICA O GIURIDICA AUTORIZZATA (CON TIMBRO)

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