

## 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 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**  
Brislachstrasse 2, 4242 Laufen  
Telefono 061 765 51 11  
info@egk.ch, www.egk.ch