



Dichiarazione di procura

Fanno parte di SWICA Organizzazione sanitaria SWICA Assicurazione malattia SA, SWICA Assicurazioni SA e SWICA Health AG.

Ai fini dell'identificazione, è necessario allegare una copia di un documento d'identità ufficiale della o del mandante. Si prega di compilare il modulo in modo completo e in stampatello.

Dati della persona assicurata (mandante)

Signora Signore

Cognome

Nome

N. d'assicurata/o SWICA

Data di nascita (giorno/mese/anno)

Via/n.

NPA/luogo

E-mail

Persona autorizzata

Signora Signore

Cognome

Nome

Data di nascita (giorno/mese/anno)

Via/n.

NPA/luogo

Telefono (raggiungibile di giorno)

E-mail

Rapporto con la persona assicurata

Coniuge/partner registrata/o

Convivente

Rappresentante legale/genitore

Figlia/o

Curatore/curatrice

Altro

Dichiarazione di procura

Conferisco alla persona sopra indicata la procura di rappresentarmi con effetto immediato per tutte le **seguenti** attività assicurative nei confronti di SWICA Organizzazione sanitaria. A tal fine esonero SWICA Organizzazione sanitaria e il relativo personale dall'obbligo al segreto professionale e legale nei confronti della persona autorizzata. Riconosco che tutte le azioni intraprese dalla persona autorizzata sulla base della presente procura sono giuridicamente vincolanti nei miei confronti.

Segnare ciò che fa al caso:

Raccolta orale o scritta di tutte le informazioni e di tutti i documenti

Esecuzione di compiti amministrativi, come disdette, notifiche di mutazioni
(tra cui nome, indirizzo, e-mail, modifiche del contratto, conto di pagamento)

Accetto inoltre che tutta la corrispondenza venga inviata esclusivamente all'indirizzo della persona autorizzata come segue:

Per posta Account mySWICA della persona autorizzata

Ulteriori limitazioni della/del mandante

La procura entra in vigore alla data della firma e rimane valida fino a quando non viene revocata per iscritto. Essa non perde la propria validità con la cessazione del rapporto d'assicurazione, con il decesso, con una dichiarazione di scomparsa, con la perdita della capacità di agire o con il fallimento della/del mandante. Le modifiche alla presente procura acquistano validità solo quando vengono confermate e firmate per iscritto dalla/dal mandante.

Luogo/data

Firma della/del contraente l'assicurazione (tutore legale)

Si prega di inviare il modulo debitamente compilato e firmato unitamente alla copia del documento d'identità ufficiale al **servizio clientela di SWICA**. L'indirizzo figura sulla polizza d'assicurazione.